



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

TEMA:

“INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN EL PERSONAL FEMENINO DEL COLEGIO UNIVERSITARIO DE BACHILLERATO-UTN, UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE, 2019”.

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

AUTORA: Wendy Elizabeth Pulles Navarrete

DIRECTOR: Lic. Cristian Santiago Torres Andrade MSc.

IBARRA – ECUADOR

2020

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL 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 EL PERSONAL FEMENINO DEL COLEGIO UNIVERSITARIO DE BACHILLERATO-UTN, UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE, 2019”**. De autoría de **WENDY ELIZABETH PULLES NAVARRETE**, 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:

A handwritten signature in blue ink is written over a blue rectangular stamp. The stamp contains the text: "Msc. Cristian Torres A.", "FISIOTERAPEUTA", and "C.I. 1003649686". There is a small logo with the letters "m" and "p" inside a square on the left side of the stamp.

Lcdo. Cristian Santiago Torres Andrade MSc.

C.I.: 1003649686

DIRECTOR DE TESIS



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

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

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

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE CIUDADANÍA:	1003506613		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Pulles Navarrete Wendy Elizabeth		
DIRECCIÓN:	Rio Santiago 5-19 y Pastaza		
EMAIL:	wen-dy18@hotmail.com		
TELÉFONO FIJO:	062954316	TELF. MÓVIL:	0981036720
DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO:	“INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN EL PERSONAL FEMENINO DEL COLEGIO UNIVERSITARIO DE BACHILLERATO-UTN, UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE, 2019”.		
AUTOR (A):	Pulles Navarrete Wendy Elizabeth		
FECHA:	2020/02/19		
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

La autora 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 de 2020

LA AUTORA:



.....
Pulles Navarrete Wendy Elizabeth

C.C: 100350661-3

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCS-UTN

Fecha: Ibarra, 19 de febrero del 2020

Wendy Elizabeth Pulles Navarrete “INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN EL PERSONAL FEMENINO DEL COLEGIO UNIVERSITARIO DE BACHILLERATO-UTN, UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE, 2019” / Trabajo de grado. Licenciada en Terapia Física Médica. Universidad Técnica del Norte.

DIRECTORA: Lcdo. Cristian Santiago Torres Andrade MSc.

El principal objetivo de la presente investigación fue: “Incontinencia urinaria y calidad de vida en el personal femenino del Colegio Universitario de Bachillerato-UTN, Entre los objetivos específicos constan: Caracterizar sociodemográficamente 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 sub escalas de calidad de vida.

Fecha: Ibarra, 19 de febrero de 2019



Lic. Cristian Santiago Torres Andrade MSc

Director



Wendy Elizabeth Pulles Navarrete

Autora

DEDICATORIA

Mi investigación se la dedico principalmente a Dios, por llenarme de sabiduría y por darme la oportunidad de concluir mi carrera, a mi familia por todo su esfuerzo y dirigirme correctamente para ser una persona de bien.

Es para mí una gran satisfacción poder dedicarles a mis padres Milton y Judith, porque ellos son mi gran motivación, mi orgullo de ser lo que seré. No me alcanzan las palabras para expresar lo orgullosa y feliz que me siento de tenerlos en mi vida.

A mis hermanos Jorge, Ricardo y Francis, por siempre estar a mi lado en cada paso y mucho más cuando más los he necesitado, les agradezco de todo corazón por siempre estar conmigo brindándome su amor y cariño.

A mis sobrinos Mily, Maty y Faby, por toda la alegría, dulzura y color que le dan a mi vida, son mi motivación para salir adelante.

A mis familiares y amigos, que depositaron toda su confianza y estar conmigo en cada reto de mi existencia. Esto es posible gracias a ustedes.

Wendy Elizabeth Pulles Navarrete

AGRADECIMIENTO

Agradezco principalmente a Dios por ser mi guía en el transcurso de mi vida, brindándome paciencia y sabiduría para culminar con éxitos mis metas planteadas.

No tengo palabras para expresar mi amor y gratitud hacia mis padres, por su apoyo en cada momento por su confianza y por nunca dejar de creer en mí. A mis hermanos y sobrinos, por estar siempre presentes, acompañándome y brindándome su amor y cariño en los momentos más importantes de mi vida.

A mi novio Andrés, que, por medio de mensajes y llamadas a distancia, estuviste motivándome para terminar con este proyecto que no fue fácil, pero gracias a ti hoy puedo disfrutar de este logro de haber culminado una meta más.

A la Universidad Técnica del Norte, en especial a la Facultad Ciencias de la Salud por permitirme desarrollarme en esta bonita carrera, la cual me enseñó a hacer las cosas con amor y pasión. A mis docentes que gracias a sus conocimientos y sabiduría me motivaron a desarrollarme personalmente.

De manera muy especial a mi tutor de Tesis, MSc Cristian Torres, gracias por su apoyo y confianza a lo largo de esta investigación y en el transcurso de mi carrera universitaria.

Mi agradecimiento al Colegio Universitario de Bachillerato UTN, por formar parte de la investigación.

Wendy Elizabeth Pulles Navarrete

ÍNDICE GENERAL

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS.....	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	iii
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE GENERAL.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS	xi
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
TEMA:	xiv
CAPÍTULO I.....	1
1. Problema de la Investigación	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema.....	4
1.3. Justificación	5
1.4. Objetivos.....	6
1.4.1. Objetivo general.....	6
1.4.2. Objetivo específicos.....	6
1.5. Preguntas de investigación	7
CAPÍTULO II	8
2. Marco Teórico	8
2.1. Sistema Urinario.....	8
2.1.1. Riñones	8
2.1.2. Uréteres	9
2.1.3. Vejiga.....	9
2.1.4. Uretra	9
2.2. Anatomía del suelo pélvico	9
2.2.1. Musculatura del suelo pélvico	9

2.3. Fisiología de la micción.....	10
2.3.1. Fases de la micción.....	11
2.4. Control nervioso de las vías urinarias inferiores	12
2.5. Incontinencia Urinaria	12
2.5.1. Fisiopatología de la incontinencia urinaria.....	12
2.5.2. Clasificación de la disfunción vesical neuropática.....	16
2.5.3. Mecanismo esfinterianos en la mujer	17
2.5.4. Mecanismos de sostén de suelo pélvico	17
2.6. Clasificación de la incontinencia urinaria	17
2.6.1. Incontinencia urinaria de estrés o esfuerzo (IUE):	18
2.6.2. Incontinencia urinaria de urgencia (IUU):.....	18
2.6.3. Incontinencia urinaria sensitiva:	18
2.6.4. Incontinencia urinaria motora:.....	18
2.6.5. Enuresis nocturna:.....	18
2.6.6. Incontinencia urinaria por rebosamiento o sobre flujo:	19
2.6.7. Incontinencia urinaria mixta (IUM):.....	19
2.7. Síndromes indicativos de disfunción del tracto genitourinario	19
2.7.1. Síndrome de la vejiga hiperactiva.....	19
2.7.2. Síndrome de disfunción del vaciado vesical.....	20
2.7.3. Síndrome de dolor genitourinario.	20
2.8. Factores de riesgo	20
2.8.1. Factores no modificables	20
2.8.2. Factores modificables	21
2.9. Mujeres y Salud	23
2.10. Calidad de vida.	23
2.10.1. Calidad de vida relacionada con la salud.....	23
2.10.2. Aspectos de la calidad de vida relacionados con la salud.....	24
2.10.3. Calidad de vida relacionada con la incontinencia urinaria:	25
2.11. Evaluación de la incontinencia urinaria y calidad de vida	25
2.11.1. Cuestionario de incontinencia urinaria (ICIQ-IU-SF).....	25
2.11.2. Instrumento para la calidad de vida con incontinencia (I- QOL)	25
2.12. Marco legal y ético	27

2.12.1. Proyecto de constitución del Ecuador 2008.....	27
2.12.2. Esta investigación se basa en el Plan Nacional Toda una Vida:.....	32
CAPÍTULO III.....	35
3. Metodología de la Investigación	35
3.1. Diseño de la investigación.....	35
3.2. Tipo de la investigación.....	35
3.3. Localización y ubicación del estudio.....	36
3.4. Población de estudio.....	36
3.4.1. Criterios de inclusión	36
3.4.2. Criterios de exclusión	36
3.4.3. Criterios de Salida.....	37
3.5. Operacionalización de variables	38
3.5.1. Variables de caracterización	38
3.5.2. Variables de interés.....	39
3.6. Métodos de recolección de información.....	41
3.7. Técnicas e instrumentos	41
3.7.1. Técnica.....	41
3.8. Validación.....	42
CAPÍTULO IV.....	44
4. Análisis y discusión de los resultados	44
4.1. Respuestas a las preguntas de investigación	52
CAPÍTULO V.....	54
5. Conclusiones y Recomendaciones	54
5.1. Conclusiones.....	54
5.2. Recomendaciones	55
BIBLIOGRAFIA	56
ANEXOS	63
Anexo 1. Cuestionario sobre aspectos sociodemográficos	63
Anexo 2: Cuestionario de incontinencia urinaria (ICIQ-IU-SF).....	64
Anexo 3. Instrumento para la calidad de vida con incontinencia (I-QOL).	65
Anexo 4. Consentimiento Informado	66
Anexo 5. Evidencia fotográfica.....	68

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Caracterización de la población de estudio según edad.	44
Tabla 2. Caracterización de la población de estudio según etnia.....	45
Tabla 3. Caracterización de la población de estudio según número de hijos.....	46
Tabla 4. Prevalencia puntual de incontinencia urinaria.	47
Tabla 5. Prevalencia de la incontinencia urinaria según tipos.	48
Tabla 6. Evaluación de la calidad de vida en función de la incontinencia urinaria. ..	49
Tabla 7. Evaluación de la calidad de vida según sub escalas IQOL test.	50
Tabla 8. Relación entre tipos de incontinencia urinaria y sub escalas de calidad de vida	51

RESUMEN

INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN EL PERSONAL FEMENINO DEL COLEGIO UNIVERSITARIO DE BACHILLERATO-UTN, UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE, 2019”.

Autora: Pulles Navarrete Wendy Elizabeth

Correo electrónico: wepullesn@utn.edu.ec

La incontinencia urinaria (UI), se define como la pérdida involuntaria de orina, que constituye un problema social e higiénico, teniendo un efecto importante en el bienestar social y psicológico, modificando así la calidad de vida de la persona que la padece. La presente investigación tuvo como objetivo determinar la prevalencia de la incontinencia urinaria y su efecto en la calidad de vida, de las mujeres que trabajan en el Colegio Universitario de Bachillerato-UTN. La metodología del estudio fue de tipo cuali-cuantitativa, de corte transversal, descriptivo, no experimental y epidemiológico de prevalencia puntual. Se utilizó una población de estudio, en edades entre los 25-65 años de edad. Los resultados indican que, entre las edades de 36 a 64 años, la etnia mestiza presentó mayor predominio, en relación de la etnia afro ecuatoriana; de las cuales la mitad de las mujeres estudiadas son multíparas. La incontinencia de esfuerzo tuvo mayor predominio en la población de estudio, seguido de la incontinencia urinaria de urgencia e incontinencia urinaria mixta. La mayor parte de la población con incontinencia urinaria presentó afectación en su calidad de vida según las sub escalas de incontinencia urinaria esfuerzo reflejó mayor afectación, específicamente en la sub escala de vergüenza social.

Palabras Claves: Incontinencia urinaria, calidad de vida, multíparas, prevalencia, epidemiológico.

ABSTRACT

“URINARY INCONTINENCE AND QUALITY OF LIFE IN THE FEMALE STAFF OF THE UNIVERSITY COLLEGE OF BACHILLERATO-UTN, UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE, 2019”.

Author: Pulles Navarrete Wendy Elizabeth

E-mail: wepullesn@utn.edu.ec

ABSTRACT

Urinary incontinence (UI) is defined as the involuntary loss of urine, which constitutes a social and hygienic problem, having an important effect on social and psychological well-being, thus modifying the quality of life of the person suffering from it. The purpose of this research was to determine the prevalence of urinary incontinence and its effect on the quality of life of women working at the University College of Baccalaureate-UTN. The methodology of the study was qualitative-quantitative, cross-sectional, descriptive, non-experimental and epidemiological of punctual prevalence. A study population was used, aged 25-65 years. The results indicate that between the ages of 36 and 64, the mixed race presented a greater predominance, in relation to the Afro-Ecuadorian ethnic group; of which half of the women studied are multiparous. Stress incontinence was more prevalent in the study population, followed by urinary incontinence and mixed urinary incontinence. The majority of the population with urinary incontinence had an affectation in their quality of life according to the sub scales of stress urinary incontinence which reflected greater affectation, specifically in the sub-scale of social shame.

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



TEMA:

“INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN EL PERSONAL FEMENINO DEL COLEGIO UNIVERSITARIO DE BACHILLERATO-UTN, UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE, 2019”

CAPÍTULO I

1. Problema de la Investigación

1.1. Planteamiento del problema

La Sociedad Internacional de Continencia (ICS) la define como una pérdida involuntaria de orina que constituye un problema social o de higiene y puede ser demostrado objetivamente siendo un problema común y embarazoso que tiene un efecto profundo en el bienestar social y psicológico, modificando la calidad de vida y obligándoles a adoptar determinadas estrategias según la gravedad (1).

En el último informe de la Organización Mundial de la Salud, OMS, más de 200 millones de personas en el mundo padecen incontinencia urinaria, el 40 % de las mujeres son mayores de 35 años y no reciben la atención apropiada en las consultas médicas (2).

En España, la prevalencia de la incontinencia urinaria es del 43% en la población de 20 – 65 años de edad, la cual se incrementa con la edad, con tasa típica en la población joven, aumento en la etapa adulta e incremento sostenido en la población de mayor edad, afectando al nivel físico, social, psicológico, cultural y sexual (3).

En México, la incontinencia urinaria es un problema higiénico-social que afecta a la población joven y adulta que se manifiesta con la pérdida involuntaria de orina. En Estados Unidos, en el año 2016, la prevalencia fue de 49,6% originando trastornos en su vida sexual y calidad de vida. Por medio de una prueba uro dinámica se comprobó que las mujeres de raza blanca tienen mayor riesgo de padecer incontinencia de esfuerzo de 2 a 3 veces más que las mujeres afro estadounidenses (4) (5).

En Cuba, se realizaron estudios epidemiológicos que permitieron conocer aspectos de IU, demostrando así que tiene mayor relieve el sexo femenino a partir de los 30 años

con antecedentes obstétricos. En Brasil, se realizó un estudio longitudinal en el cual se encontró una mayor incidencia en las mujeres por factores de riesgo asociados al género femenino como son: edad, número de partos y enfermedades (5) (6).

A nivel de Chile solo se reporta un estudio en donde se advierte que cerca de dos millones de mujeres padecen de IU; la mayoría de ellas tiene pérdidas de orina durante la relación sexual, lo cual se convierte en una afección que potencialmente puede repercutir en la salud mental y social de estas usuarias (6).

En Colombia no existen estudios actualizados sobre esta condición, sin embargo, sí afecta de manera significativa en todos los aspectos de calidad de vida. Además, se asocia a importantes costos económicos, sociales, laborales para el paciente (7).

En Ecuador existen alrededor de 3 millones de personas de todas las edades que sufren de incontinencia, pero éste no es un número real ya que otro porcentaje menor al mencionado por vergüenza a la sociedad o el miedo a enfrentar la vejez no lo dicen y peor aún lo tratan, ocultando así los síntomas y haciendo que este progrese silenciosamente afectando la vida de la mujer (8).

La mayoría de los pacientes aprenden a vivir con el desconsuelo por el resto de sus vidas, ya que se les hace difícil hablar acerca de este tema por pensar que es algo íntimo de lo que deben callar por temor al rechazo (9). Esta afección da inicio a sobrellevar infecciones urinarias, problemas dermatológicos, escaras e incluso alteraciones del sueño. La persona que la padece tiende a aislarse de la sociedad debido al mal olor, pérdida de la autoestima y pérdida de ingresos económicos (10).

Se estima que las personas que padecen de incontinencia urinaria, está presente en todas las edades, la cual se incrementa progresivamente según la edad, llegan a invertir un gran coste económico. La incontinencia urinaria constituye una causa de incapacidad y deterioro de calidad de vida y alteran este problema reduciendo sus actividades diarias, por lo cual son enviados a instituciones donde les puedan prestar ayuda (11) (12).

Actualmente en la provincia de Imbabura, no existen investigaciones con respecto a la prevalencia de la incontinencia urinaria y tampoco se ha evaluado la afectación de la calidad de vida en relación con esta condición, esto puede deberse a la vergüenza social de las personas por buscar ayuda médica y a la falta de conocimiento acerca de la incontinencia urinaria.

1.2. Formulación del problema

¿Cómo afecta la incontinencia urinaria en la calidad de vida de las mujeres del Colegio Universitario de Bachillerato-UTN, Universidad Técnica del Norte?

1.3. Justificación

La presente investigación tuvo como finalidad conocer el número de personas que padecen incontinencia urinaria, y si ésta afecta la calidad de vida de quienes padecen esta condición, este no es un proceso de riesgo vital, pero si existe un deterioro significativo en la calidad de vida de quienes la padecen y a su vez se ve disminuida su autoestima, tal como lo muestran diversos estudios a nivel mundial.

Es viable ya que contó con la autorización y permisos de la Rectora del Colegio Universitario de Bachillerato-UTN, la participación del personal femenino que labora en la institución, por medio de la firma del consentimiento informado y finalmente el investigador, el cual conoce acerca del tema a estudiar.

Los resultados obtenidos en la presente investigación podrían servir para futuras investigaciones, en las cuales se brinde tratamiento especializado para los diferentes tipos de incontinencia urinaria y así poder disminuir o evitar el impacto en la calidad de vida de la población afectada.

Es factible ya que se contó con los recursos económicos, tecnológicos y se obtendrá resultados específicos mediante la utilización de los test que cuentan con su validez, los cuales sirvieron para la obtención de datos acerca de la incontinencia urinaria y calidad de vida.

La trascendencia social, radica en identificar la afectación en la calidad de vida de los sujetos de estudio a causa de la incontinencia urinaria, la cual representa un coste económico elevado, esto se podría revertir si se da tratamiento a la incontinencia urinaria, de igual manera los aspectos social e higiénico, lo que mejoraría considerablemente la calidad de vida.

Los beneficiarios en primera instancia son el personal femenino docente y empleado que trabaja en el Colegio Universitario de Bachillerato-UTN y la otra parte la Universidad Técnica del Norte conjuntamente con la estudiante.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Determinar la prevalencia de la incontinencia urinaria y su efecto en la calidad de vida de las mujeres del Colegio Universitario de Bachillerato-UTN.

1.4.2. Objetivo específicos

- Caracterizar sociodemográficamente 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 sub escalas 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

Durante el desarrollo se forman tres sistemas renales diferentes: pronefros, mesonefros y metanefros, los cuales forman el riñón. El pronefros se forma durante la cuarta semana y constando de unas pocas células arracimadas en la región cervical que degeneran pronto, la mayoría de los conductos son aprovechados por el mesonefros en desarrollo. El mesonefros aparece más tarde durante la cuarta semana, en sentido caudal al pronefros, formando grandes estructuras ovoides a ambos lados de la línea media. Al final de la quinta semana todo lo que queda del mesonefros son unos pocos túbulos caudales en ambos sexos, el conducto mesonéfrico en varones (13).

El metanefros comienza a desarrollarse durante la quinta semana y es funcional seis semanas después. Los riñones permanentes se desarrollan a partir de dos orígenes: el vérticulo metanérico (yema del uréter), en el cual sale el uréter, la pelvis renal, los cálices y los túbulos colectores, el mesodermo metanéfrico que da origen a los nefrones (unidades excretoras) del riñón (13).

Los riñones migran desde la pelvis del abdomen y asumen su posición adulta antes de la novena semana. Finalmente llegan a situarse cerca de la columna vertebral a nivel de L1. Los riñones se vuelven completamente funcionales durante la segunda mitad del embarazo, la orina pasa a la cavidad amniótica y forma la mayor parte del líquido amniótico. Sin embargo, la placenta elimina los productos de deshecho metabólico de la sangre fetal, los riñones no necesitan ser funcionales antes del nacimiento (13).

2.1.1. Riñones

Los riñones son dos, un derecho y un izquierdo que está situados a un lado de la columna vertebral, a la altura de las dos últimas vertebrales dorsales y las dos primeras

lumbares. Tienen una forma de frejol con una longitud de 12cm, de ancho y de 7 a 8 cm y un espesor de 4cm; su peso es de 140gr en hombres y 10gr en mujeres. Su color es café rojizo o rojo oscuro (14).

2.1.2. Uréteres

Son células de musculo liso especializadas, que funcionan como marcapasos para producir contracciones que permiten el desplazamiento de la orina hacia la vejiga (15).

2.1.3. Vejiga

Órgano neuromuscular que trabaja de modo reflejo o autónomo, dependiendo siempre de los centros medulares y corticales haciendo que la micción sea un acto voluntario y reflejo a la vez (16).

2.1.4. Uretra

Situada por detrás de la sínfisis del pubis y por delante de la vagina, mide 35 mm, puede dilatarse hasta 20 mm. Su musculatura es propia, lisa y estriada, formando un manguito alrededor de la uretra, se diferencia de forma anatómica y funcional entre ambos sexos. La función principal es la de impedir la salida de orina mientras se almacena en la vejiga y ayuda como conducto para la salida al exterior (16).

2.2. Anatomía del suelo pélvico

El tracto urinario inferior está compuesto por la vejiga, que es una actividad de estructura muscular con función de almacenamiento de la orina y por la uretra. La musculatura pelviana ayuda a la continencia urinaria fortaleciendo el mecanismo esfinteriano (17).

2.2.1. Musculatura del suelo pélvico

El periné está formado por un conjunto de partes blandas que cierran la pelvis y soportan las vísceras en posición de pie. Lo limitan por delante la sínfisis del pubis y

ramas isquiopúbicas y por detrás está el sacro, coxis y el ligamento sacrociático. El suelo pélvico son los cimientos, el diafragma es el techo, los abdominales y la musculatura espinal son los muros de una casa (17).

- **Plano profundo**

Elevador del ano. - Va de la sínfisis del pubis al coxis.

Músculos isquiocoxígeos. - Desde la espina ciática hasta el borde lateral del sacro y del coxis. Participa como sostén de las vísceras pélvicas, moviliza las vísceras hacia arriba y adelante (17).

- **Plano medio**

Comprende el esfínter externo de la uretra y los dos transversos profundos.

- **Superficial**

El plano superficial no interviene en la continencia urinaria, este plano comprende los músculos transversos superficiales y esfínter externo del ano (17).

2.3. Fisiología de la micción

La micción es una función del tracto urinario inferior, mediante el cual la vejiga consigue el vaciado de la orina, básicamente se llena poco a poco hasta que la tensión de sus paredes se eleva por encima de un valor umbral, circula por la pelvis renal y luego desciende por el uréter hasta la vejiga con la ayuda de las contracciones rítmicas de su musculo liso (18).

2.3.1. Fases de la micción

- **Fase de llenado**

El detrusor es capaz de aumentar su capacidad progresivamente permitiendo a la vejiga mantener una presión vesical constante durante el llenado, incluyendo las propiedades elásticas y visco elásticas de la pared de la vejiga, sin que exista una activación de mecanismos neuronales sin producción de ninguna actividad física (19).

- **Fase de almacenamiento**

Durante los periodos de esfuerzo, el aumento de presión intraabdominal se transmite a la vejiga, lo cual tendería a causar la expulsión de orina. Sin embargo, en circunstancias normales, el aumento de presión también se transmite al cuello vesical y a la uretra proximal, manteniendo la continencia (19).

- **Fase de vaciamiento**

El deseo de miccionar normalmente empieza cuando la vejiga ha alcanzado alrededor de la mitad de su capacidad fisiológica por contracción del musculo detrusor y la relajación del complejo esfinteriano, expulsando así la orina al exterior a través de la uretra (19).

Cuando se inicia el proceso de la micción, la presión uretral desciende, el aumento de estimulación parasimpática produce la contracción del músculo detrusor y el aumento de presión en la vejiga lleva al inicio voluntario de la micción. La contracción del músculo detrusor se mantiene durante el vaciado. Al finalizar el flujo de orina, el cuello vesical se eleva y se cierra gracias a la contracción del suelo pélvico; la presión uretral aumenta y la presión en el interior de la vejiga desciende. Cualquier resto de orina que se encuentre en la uretra proximal retrocede forzosamente hacia la vejiga y se reinicia el llenado vesical (20).

2.4. Control nervioso de las vías urinarias inferiores

- **Vías parasimpáticas:** Favorecen en el vaciado. Está inervado por el músculo detrusor y el nervio pélvico, utilizando la acetilcolina como neurotransmisor (21).
- **Vías simpáticas:** Ayuda al llenado vesical. A su vez está inervado por el músculo detrusor de la vejiga, el cuello vesical y la musculatura uretral lisa a través del nervio hipogástrico con la noradrenalina como neurotransmisor (21).
- **Vías somáticas:** Es el encargado de favorecer el llenado vesical. Inerva las zonas con fibras aferentes que a su vez funcionan como estímulos sensitivos (22).
- **Vías aferentes:** llevan a la medula espinal la información de: dilatación, tensión, fricción, propiocepción y nociceptores (22).

2.5. Incontinencia Urinaria

La incontinencia urinaria (IU), es un problema considerablemente, debido al impacto que tiene en la calidad de vida de la paciente, en sus actividades físicas, sociales y sexuales. Sin embargo, existe una gran cantidad de mujeres que no consultan acerca de este trastorno que empeora con la edad. Esta enfermedad requiere de un abordaje multidimensional, de manera que se realicen intervenciones en el estilo de vida, como son: rehabilitación física, farmacológica y quirúrgica, de acuerdo a las necesidades y expectativas de cada paciente (23).

2.5.1. Fisiopatología de la incontinencia urinaria

La fisiopatología de la IU cambió de forma que permitieron un mejor entendimiento de los mecanismos de desarrollo de la enfermedad. Es importante tener un conocimiento claro de la anatomía y de la neurofisiología del tracto urinario inferior para ser posible una adecuada clasificación de los diferentes tipos de IU. Los tipos más

comunes de incontinencia urinaria son: la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), la hiperactividad vesical (HV) y la incontinencia urinaria mixta (IUM). La incidencia de la incontinencia urinaria es más prevalente en la mujer a medida que aumenta la edad, hasta un 25 % después de la menopausia, siendo muchas veces omitida por las pacientes a pesar de que parte de los síntomas se vienen presentando desde hace años, lo cual indica que es subdiagnosticada. En este trabajo abordaremos la importancia de la IUE causada por la deficiencia del esfínter (DEI). Abordaremos conceptos generales y específicos de la IUE provocada por la deficiencia esfinteriana, así como tratar de proporcionar los conocimientos necesarios para aumentar la precisión en el diagnóstico, propeuéuticos actuales mínimamente invasivos y otras opciones terapéuticas como forma de mejorar esta condición y calidad de vida en la mujer (24).

La IU puede considerarse un síndrome geriátrico, pues las causas no necesariamente se relacionan con alteraciones del tracto genitourinario. Los cambios fisiológicos de acuerdo a la edad se pueden evidenciar a distintos niveles, generando alteraciones que disminuyen la posibilidad de continencia. La función uretral y vesical pareciera 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. 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 con incontinencia de orina de urgencia o retención urinaria secundaria. El deterioro a nivel de sistema nervioso central puede alterar los mecanismos de continencia urinaria. La enfermedad de pequeños vasos a nivel de la sustancia blanca en el cerebro produce algunos síndromes neurológicos, como el Parkinson. La evidencia muestra una fuerte asociación entre este tipo de enfermedad y el síndrome de vejiga hiperactiva (25).

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 del centro cerebral 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. Por último, a nivel de ultra estructura del urotelio se han demostrado cambios en relación con la edad. Distintas series realizadas con microscopía electrónica evidenciaron cambios en pacientes de entre 65 y 96 años, con aumento del depósito de colágeno en el urotelio, además de otras alteraciones a nivel de fibras nerviosas, receptores y vías de señal (25).

El hipo o hipersensibilidad vesical por neuropatía periférica o el estado mental alterado debido a hiper o hipoglicemia, podrían exacerbar o desencadenar incontinencia urinaria de distintos tipos. Especial consideración debe recibir la utilización de ciertos fármacos. El uso de anticolinérgicos, diuréticos, antipsicóticos, opioides y bloqueadores de canales calcio pueden aumentar ciertas condiciones fisiológicas del adulto mayor, deteriorando la función del vaciamiento vesical, exacerbando el aumento de la frecuencia miccional diurna y nocturna y generando mayor riesgo de urgencia miccional. Además, se debe hacer hincapié en el efecto de los irritantes vesicales tales como el té, el café, el alcohol, y bebidas carbonatadas, por mencionar algunos, que generan mayor sensibilidad al cambio de presiones intravesicales pudiendo incrementar la frecuencia miccional diurna y la nocturna, la sensación de urgencia miccional y la incontinencia urinaria de urgencia. Con respecto a la utilidad del estudio urodinámico, se recomienda solicitarlo cada vez que se planea realizar una cirugía de incontinencia de esfuerzo, ante la sospecha de incontinencia urinaria de esfuerzo oculta por un prolapso genital o ante la falla de tratamiento primario. Dada la importancia de caracterizar en forma detallada la función del vaciamiento vesical, no se recomienda la realización de cistometría simple o de oficina, ya que las condiciones fisiológicas de este grupo podrían aumentar la tasa de falsos negativos. Del mismo modo, la disminución en el Índice de Masa Corporal se asoció a disminución de la IU. Estos cambios en la fuerza muscular y en la composición corporal fueron asociados más a incontinencia de orina de esfuerzo que a urgencia miccional en mujeres. Otra

parte de la evaluación involucra la actividad física que realiza. Existe evidencia publicada que demuestra que el ejercicio puede disminuir el riesgo de desarrollar IU en la paciente añosa, con más probabilidad de que mejore la IU de esfuerzo que la IU de urgencia (25).

Se pueden distinguir una serie de elementos asociados con un riesgo aumentado de aparición de dicha incontinencia, y entre los cuales podemos identificar:

- **Sexo:** IU es más frecuente en mujeres que en hombres (26).
- **Genética:** Existe una predisposición genética para la incontinencia urinaria de esfuerzo y la incontinencia urinaria de urgencia (26).
- **Edad:** La prevalencia de incontinencia urinaria se incrementa progresivamente con la edad, observándose un pico de frecuencia entre los 50-60 años, alrededor de la menopausia. Sin embargo, no parece que la menopausia sea, en sí misma, un factor de riesgo de incontinencia urinaria (26).
- **Parto:** El parto vía vaginal se asocia con lesión directa de los tejidos blandos pelvianos, así como con la denervación del piso pelviano, siendo causa etiológica de incontinencia urinaria de esfuerzo. El parto se asocia con incontinencia urinaria mixta e incontinencia urinaria de esfuerzo, pero no con incontinencia urinaria de urgencia (27).
- **Obesidad:** Existe una evidente relación entre el IMC y la IU (27).
- **Factores uroginecológicos:** Colapsos de la pared vaginal y de los órganos pélvicos, cirugía uroginecológica, cistitis, estreñimiento son factores de riesgo para la aparición de incontinencia urinaria (28).

Entre los factores de riesgo más comunes en el varón se identifican la edad avanzada,

los síntomas de las vías urinarias inferiores, infecciones, deterioro funcional y cognitivo, trastornos neurológicos y antecedente de prostatectomía. La incontinencia urinaria puede ser temporal o crónica. La temporal puede ocurrir después del parto o durante una infección aguda de vías urinarias y suele resolver de forma espontánea. La crónica puede deberse a varias causas y a menudo es persistente y progresiva. 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 (28) (29).

2.5.2. Clasificación de la disfunción vesical neuropática

- **Lesiones supraespinales:** Se comporta como una vejiga hiperactiva con disfunción del almacenamiento, hay pérdida de la inhibición del centro miccional asociado a la incontinencia urinaria, el cual es controlado por un impulso inhibitorio procedente del lóbulo frontal encargado de la micción espontánea (30).
- **Lesiones suprasacras:** Se caracteriza por la disfunción del almacenamiento y el vaciado, el cual se encuentra por encima del núcleo sacro de la micción; hay una urgencia y frecuencia miccional, así como también una disinergia o descoordinación entre la vejiga y los esfínteres que puede ser acompañada de retención urinaria (30).
- **Lesiones infrasacras:** Existe sensación dolorosa por la preservación simpática con alteración del tono esfinteriano y al estar el detrusor arreflexico, se puede

presentar obstrucción y/o retención urinaria con incontinencia por rebosamiento (30).

2.5.3. Mecanismo esfinterianos en la mujer

Está constituida por un esfínter interno formado por fibras musculares lisas y rodeado en su capa más externa, por una capa de musculo estriado que constituye el esfínter externo, el cual tiene un papel muy importante en el mantenimiento de la continencia. Durante el llenado vesical, la presión intrauretral permanece más alta que la intravesical asegurando la continencia, la diferencia de presión entre uretra y vejiga, recibe el nombre de presión uretral de cierre. En la fase de vaciado se produce la apertura del esfínter interno y la relajación voluntaria del esfínter externo con una caída de la presión intrauretral que favorece la micción (31).

2.5.4. Mecanismos de sostén de suelo pélvico

Está constituido por un conjunto de músculos, cuya función es dar un soporte flexible a los órganos de la pelvis; vejiga urinaria, útero, ovarios y la porción final del intestino. La función correcta de estos órganos depende de la integridad y fortaleza de los músculos (31).

2.6. Clasificación de la incontinencia urinaria

Puede clasificarse según el tipo de incontinencia, la frecuencia y gravedad de la pérdida, los factores desencadenantes, el impacto en las relaciones sociales y el deterioro en la calidad de vida (32).

La clasificación de la IU como síntoma del tracto urinario inferior según la ICS es el siguiente:

2.6.1. Incontinencia urinaria de estrés o esfuerzo (IUE):

Se manifiesta como la pérdida involuntaria de orina que puede referirse a un esfuerzo físico, que provoca aumento de la presión abdominal (ejercicios, tos o estornudos). Se produce cuando la presión intravesical supera la presión uretral, como consecuencia de un fallo en los mecanismos de resistencia uretral. El cual está presente por tres componentes: aumento de la presión abdominal, debilitamiento de los músculos del suelo pélvico y el esfínter uretral no puede por sí solo el flujo (33).

2.6.2. Incontinencia urinaria de urgencia (IUU):

Es la pérdida involuntaria de orina y de la que el paciente es consciente, la cual se define como el repentino y fuerte deseo de orinar que no se puede diferir. La causa de esto es la contracción involuntaria del detrusor vesical (34).

2.6.3. Incontinencia urinaria sensitiva:

Se debe a un aumento de impulsos sensitivos muy potentes enviados desde receptores de tensión/presión de la pared de la vejiga. Aparece una sensación de urgencia por orinar y puede estar asociada a enfermedades (34).

2.6.4. Incontinencia urinaria motora:

Su origen es un fallo en la inhibición motora del reflejo de la micción; suele estar asociada a malos hábitos miccionales que someten al detrusor a largos y continuos aumentos de presión, hasta que se produce su claudicación y se comporta como si estuviera lleno con pequeñas cantidades de orina en su interior (34).

2.6.5. Enuresis nocturna:

Pérdida involuntaria de orina durante el sueño, se manifiesta especialmente en niños, siendo más frecuente en mujeres. En su aparición influye los siguientes factores: ansiedad, alteraciones psicológicas, inmadurez cerebral y profundidad del sueño. (35).

2.6.6. Incontinencia urinaria por rebosamiento o sobre flujo:

Se define como la pérdida involuntaria de orina o también denominada “incontinencia urinaria inconsciente” y se asocia a hiperdistensión de la vejiga. Se distinguen dos causas:

Neurológica: existe un daño neurológico del núcleo parasimpático medular o del nervio pélvico que provoca que el detrusor no tenga fuerza.

Orgánica: la vejiga se encuentra distendida por una obstrucción que impide que la orina sea incapaz de vaciarse (35).

2.6.7. Incontinencia urinaria mixta (IUM):

Se asocia tanto a la de urgencia como la de esfuerzo. Se acompaña de una hiperactividad del detrusor combinado con la disfunción del esfínter uretral. Está presente más en personas mayores (36).

2.7. Síndromes indicativos de disfunción del tracto genitourinario

En el ámbito de esta categoría se incluyen los siguientes:

2.7.1. Síndrome de la vejiga hiperactiva.

Es una alteración que puede afectar a ambos sexos, con predominio en las mujeres que se incrementa con la edad y que altera normalmente la calidad de vida de quien la padece, indicando una hiperactividad del músculo detrusor, aunque también pueden deberse a otras formas de disfunción uretrovesical, es una patología que se caracteriza por el deseo repentino y repetitivo de miccional, el cual puede ir acompañado de incontinencia urinaria de urgencia (IUU), debido a las pérdidas de orina que se puede ocasionar en determinadas situaciones (37).

2.7.2. Síndrome de disfunción del vaciado vesical.

Bajo esta denominación se incluye un cuadro en el que predominan los síntomas indicativos de dificultad de vaciado vesical: dificultad al inicio de la micción, flujo miccional intermitente, sensación de vaciado incompleto (38).

En la mujer es raro encontrar síntomas relacionados con trastornos de la función del vaciado vesical, pero en algunos casos pueden asociarse a los de incontinencia urinaria (38).

2.7.3. Síndrome de dolor genitourinario.

El dolor urogenital de cualquier tipo, ya sea agudo o crónico, localizado o referido, suele acompañarse de trastornos de la micción y en ocasiones de disfunción sexual (39).

2.8. Factores de riesgo

Existen diferentes factores de riesgo que pueden precipitar o agravar la incontinencia urinaria:

2.8.1. Factores no modificables

- **Genética.** Algunas mujeres nacen con una musculatura del suelo pélvico débil o susceptible de debilitarse. Existe mayor probabilidad de padecer incontinencia si hay antecedentes familiares (40).
- **Embarazo.** Las hormonas liberadas durante el embarazo relajan los tejidos y producen un estiramiento de los músculos del suelo pélvico. Además, el aumento de peso a medida que crece el bebé afecta a la musculatura del suelo pélvico a la hora de mantener la función de continencia de manera óptima (40).

- **Parto.** Es un factor en el cual pueden adquirir IUM y IUE entre las mujeres jóvenes y de mediana edad. Existe un porcentaje muy elevado donde se indica que el parto vaginal es uno de los factores con mayor riesgo, ya los músculos del suelo pélvico que sostienen a la vejiga, la vagina y el recto, sufren el máximo estiramiento posible debido a la presión que ejerce sobre ellos la cabeza del bebé al descender hasta salir por la vagina. En algunas mujeres estos músculos y los tejidos que los rodean pueden quedar más laxos de forma permanente, y debilitar estas estructuras que dan lugar a la incontinencia urinaria y anal (40).
- **Menopausia.** En esta etapa de la vida, debido al cambio hormonal, se pueden producir diferentes cambios que precipiten o agraven los síntomas de la incontinencia y de los demás problemas de suelo pélvico, debido a que contribuyen a una relajación del suelo pélvico y al mismo tiempo un déficit intrínseco del esfínter uretral (41).
- **Cirugía ginecológica.** Una cirugía ginecológica, como una extirpación del útero (histerectomía), u otros procedimientos terapéuticos a nivel de la pelvis, como la radioterapia, pueden ocasionar alteraciones de los nervios o de las estructuras anatómicas que mantienen la continencia. Estas variaciones pueden precipitar o agravar los síntomas de la incontinencia urinaria o provocar una sensación de bulto en los genitales por el descenso de los órganos pélvicos (prolapso) (41).

2.8.2. Factores modificables

- **Obesidad.** Está demostrado que el sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo para la incontinencia urinaria por esfuerzo, debido al incremento de presión dentro del abdomen y, por tanto, sobre la vejiga. Este efecto también puede contribuir a la aparición o empeoramiento de otros problemas relacionados con el suelo pélvico, como el descenso de los órganos pélvicos

(prolapso) o la incontinencia urinaria por urgencia (42).

- **Estreñimiento crónico.** El aumento de los esfuerzos abdominales para conseguir la correcta evacuación ejerce presión sobre las estructuras pélvicas y distensión sobre la musculatura del suelo pélvico, lo que provoca que se debilite los músculos del periné (43).
- **Tabaco.** Existe la evidencia de que el tabaco es un factor de riesgo para la incontinencia urinaria de esfuerzo, ya que su consumo habitual favorece la aparición de tos crónica y esta provoca un aumento de presión abdominal (44).
- **Estimulantes vesicales.** La ingesta desmesurada de algunas sustancias (cafeína, bebidas alcohólicas, gaseosas y con edulcorantes) producen una estimulación excesiva de la vejiga, la cual cosa empeora los síntomas de urgencia miccional y aumentan las ganas de ir al baño (44).
- **Beber demasiado.** La ingesta excesiva de líquidos (más de 1,5 al día) puede condicionar la aparición o empeoramiento de la incontinencia (44).
- **Esfuerzos físicos.** Algunas de las conductas que se realizan durante el día suponen hacer esfuerzos físicos repetidos, ya sea en el trabajo, aficiones, postura corporal, etc. Esto condiciona un aumento de presión abdominal y sobrecarga de las estructuras del suelo pélvico, lo que puede precipitar o agravar los síntomas de incontinencia de esfuerzo. Tienen más riesgo, las mujeres que practican deportes de impacto, deportes de parada y arranque, pesas y flexiones (44).

2.9. Mujeres y Salud

Salud de la mujer es un concepto multidimensional que incluye aspectos socioculturales, psicológicos, biológicos y espirituales. Estos factores contribuyen a generar inequidades en la salud de la población general y de las mujeres en particular. Algunos ejemplos de esto son la desigualdad de poder entre hombres y mujeres, menor remuneración que reciben las mujeres al compararse con los hombres que realizan el mismo trabajo, discriminación arraigada en factores socioculturales, mayores índices de depresión y violencia entre otras (45).

2.10. Calidad de vida.

La calidad de vida (CV) según la Organización Mundial de Salud es un concepto extenso, complejo y subjetivo, con dimensiones tanto positivas como negativas, determinada por el contexto cultural, social y ambiental, que se relaciona con el ámbito de la salud, permitiendo obtener información complementaria y diferente a los indicadores clínicos tradicionales (46).

Se caracteriza por su complejidad y dimensión social, depende esencialmente de su capacidad para integrarse en un sistema armónico y coherente, capaz de lograr un efecto típicamente cinético, por el cual la acción intersectorial forma parte importante de estos procesos. De tal manera constituye un abordaje multidimensional, ya que conjuga diversas valoraciones del propio sujeto sobre las distintas aristas de su vida y de qué manera percibe el bienestar o malestar referente a ella (47).

2.10.1. Calidad de vida relacionada con la salud

Actualmente el concepto de salud y calidad de vida están íntimamente relacionados y sus índices permiten evaluar aspectos técnicos-medico relacionados con la atención y cuidados de las personas. A partir de esta definición surge el término calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), que es una evaluación subjetiva de las influencias en el estado de salud, cuidados, promoción y mantenimiento de la funcionalidad en

actividades que afecten el estado general de bienestar y consideran diferentes dimensiones esenciales de la vida humana (46).

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

- **Funcionamiento físico:** Se debe a la falta de actividad física que va acompañada con la edad, el aumento de enfermedades crónicas, cardiovasculares y también los trastornos musculoesqueléticos que interfieren en CVRS (48).
- **Estado emocional:** Aquellas personas con tal patología que no requiere cuidados hospitalarios, el sentirse enfermo o el simple hecho de saber que tiene algún daño en su salud hace que su CVRS se vea alterada (48).
- **Dolor:** Las mujeres que realizan trabajos en el hogar, generan trastornos físicos como tendinitis, artropatías, contracturas musculares que van asociadas al dolor que conllevan a un desgaste y disminución de la CVRS (48).
- **Bienestar psicológico:** Las personas que padecen de alguna patología presentan un cuadro de angustia, acompañado de ansiedad y depresión, que va a limitar su calidad de vida y amistades (49).
- **Funcionamiento social:** Debido a la falta de confianza, las mujeres reportan aislamiento, disminuyen sus actividades sociales, así como: viajes, reuniones con familiares y amistades (49).
- **Percepción general de la salud:** Existen casos en el que las mujeres tienen un comportamiento negativo acerca de su salud, en el cual no aprovechan de su tiempo libre y se benefician de los ejercicios del suelo pélvico para solucionar su pérdida de orina, los cuales no los realizan por falta de tiempo o cansancio, haciendo así una barrera para su patología (50).

2.10.3. Calidad de vida relacionada con la incontinencia urinaria:

Las mujeres con IU, tienen muchas barreras en relación a una conducta encaminada a la resolución de su problema con la orina, sobre todo al momento de buscar ayuda con los profesionales de la salud, se destaca ahí la falta de conciencia de la IU como enfermedad, la baja alfabetización en salud respecto a la misma, vergüenza e incluso la pereza (50).

2.11. Evaluación de la incontinencia urinaria y calidad de vida

2.11.1. Cuestionario de incontinencia urinaria (ICIQ-IU-SF)

La versión chileno-español ICIQ-SF, es un cuestionario breve dirigido a medir la percepción de los síntomas de incontinencia urinaria y la calidad de vida de la mujer. Este cuestionario ha sido validado en una población chilena, cumpliendo adecuadamente con los criterios de validez de contenido y criterio. La utilización del instrumento no solamente depende de su validez y confiabilidad, sino que debe ser capaz de detectar cambios mínimos, pero clínicamente relevantes que se atribuyen a una determinada conducta terapéutica que deben ser percibidos por el instrumento.

El cuestionario está compuesto por 4 ítems.

- Los 3 primeros evalúan la frecuencia de pérdida de orina
- Se evalúa la cantidad de pérdida de orina.
- Afectación de la calidad de vida.

Con la suma de los puntajes de cada ítem se obtiene el puntaje total de severidad, donde el mínimo de 0 puntos representa el menor grado de severidad y 21 el mayor grado (51).

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

Para la valoración de la calidad de vida, se utilizará el cuestionario Incontinence Quality of Life Instrument (I-QOL). Se eligió este cuestionario debido a que los

autores habían realizado una adaptación cultural de la versión en inglés americano al español y además es específico para valorar la afectación de la calidad de vida en personas con IU. Se administra cuando la mujer que ha cumplimentado el anterior obtiene cuestionario una puntuación mayor de 0 (52).

Consta de 22 ítems que se dividen en 3 subescalas:

- Comportamiento de evitación y limitación de la conducta, en 8 ítems, esta subescala recoge preguntas relacionadas con los síntomas de incontinencia mixta, determinado por la no realización de actividades sociales por miedo a no llegar o no encontrar un baño cerca y mojarse.
- Psicosocial en 9 ítems.
- Sentimientos de vergüenza en la relación social, en 5 ítems, está relacionada con la preocupación por uno mismo y por los demás, figuran también entre los motivos por los que muchas mujeres no buscan ayuda profesional

Este recoge también futuras preocupaciones (52).

2.12. Marco legal y ético

2.12.1. Proyecto de constitución del Ecuador 2008

TÍTULO II, DERECHOS

Sección séptima, Salud

Art. 32.- *La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.*

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se rige por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (53).

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

Art. 35.- *Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad (53).*

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:*

- 1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.*

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

En particular, el Estado tomará medidas de:

- 1. Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos.*

Se crearán centros de acogida para albergar a quienes no puedan ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de forma permanente.

8. *Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas (53).*

Sección segunda, Jóvenes

Art. 39.- El Estado garantizará sus derechos a las jóvenes y los jóvenes, y promoverá su efectivo ejercicio a través de políticas y programas, instituciones y recursos que aseguren y mantengan de modo permanente su participación e inclusión en todos los ámbitos, en particular en los espacios del poder público.

El Estado reconocerá a los jóvenes y las jóvenes como actores estratégicos del desarrollo del país, y les garantizará la educación, salud, vivienda, recreación, deporte, tiempo libre, libertad de expresión y asociación. El Estado fomentará su incorporación al trabajo en condiciones justas y dignas, con énfasis en la capacitación, la garantía de acceso al primer empleo y la promoción de sus habilidades de emprendimiento (53).

Sección cuarta, Mujeres embarazadas

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

- 1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.*
- 2. La gratuidad en los servicios de salud materna.*
- 3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.*
- 4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el período de lactancia (53).*

Sección quinta, Niñas, niños y adolescentes

Art. 45.- *Las niñas, los niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción.*

Las niñas, los niños y los adolescentes tienen derecho a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición; a la educación y cultura, al deporte y recreación; a la seguridad social; a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria; a la participación social; al respeto de su libertad y dignidad; a ser consultados en los asuntos que les afecten; a educarse de manera prioritaria en su idioma y en los contextos culturales propios de sus pueblos y nacionalidades; y a recibir información acerca de sus progenitores o familiares ausentes, salvo que fuera perjudicial para su bienestar.

El Estado garantizará su libertad de expresión y asociación, el funcionamiento libre de los consejos estudiantiles y demás formas asociativas (53).

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

- 1. Atención a menores de seis años, que garantice su nutrición, salud, educación y cuidado diario en un marco de protección integral de sus derechos.*
- 2. Protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica.*

Se prohíbe el trabajo de menores de quince años, y se implementarán políticas de erradicación progresiva del trabajo infantil. El trabajo de las adolescentes y los adolescentes será excepcional, y no podrá conculcar su derecho a la educación ni realizarse en situaciones nocivas o peligrosas para su salud o su desarrollo personal. Se respetará, reconocerá y respaldará su trabajo y las demás actividades siempre que no atenten a su formación y a su desarrollo integral.

- 5. Prevención contra el uso de estupefacientes o psicotrópicos y el consumo de bebidas alcohólicas y otras sustancias nocivas para su salud y desarrollo.*
- 6. Atención prioritaria en caso de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencias.*
- 9. Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas (53).*

Sección sexta, Personas con discapacidad

Art. 47.- *El Estado garantizará la prevención de las discapacidades y, de manera conjunta con la sociedad y la familia, procurará la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad y su integración social.*

Se reconocen a las personas con discapacidad, los derechos a:

- 1. La atención especializada en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud para sus necesidades específicas, que incluirá la provisión de medicamentos de forma gratuita, en particular para aquellas personas que requieran tratamiento de por vida.*

2. *La rehabilitación integral y la asistencia permanente, que incluirá las correspondientes ayudas técnicas (53).*

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

5. *El establecimiento de programas especializados para la atención integral de las personas con discapacidad severa y profunda (53).*

2.12.2. Esta investigación se basa en el Plan Nacional Toda una Vida:

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

Fundamento

Múltiples espacios de diálogo destacan la importancia del uso del espacio público y el fortalecimiento de la interculturalidad; así como los servicios sociales tales como la salud y la educación. Uno de los servicios sociales más importantes y prioritarios es el agua, el acceso y la calidad de este recurso para el consumo humano, los servicios de saneamiento y, por supuesto, para la producción y sistemas de riego. La ciudadanía hace hincapié en el acceso a los servicios básicos y el disfrute de un hábitat seguro, que supone los espacios públicos, de recreación, vías, movilidad, transporte sostenible y calidad ambiental, así como a facilidades e incentivos a través de créditos y bonos para la adquisición de vivienda social; pero también señala la importancia del adecuado uso del suelo y el control de construcciones. Nuevamente, se reitera la pertinencia territorial, cultural y poblacional de los servicios sociales, sobre todo en los temas de vivienda, salud o educación. Se demanda la garantía de salud de manera inclusiva e intercultural, con énfasis en la atención preventiva, el acceso a medicamentos, la salud sexual y reproductiva, la salud mental;

impulsando el desarrollo permanente de la ciencia e investigación. Concomitante a la salud, en los diferentes diálogos ciudadanos se señala la problemática de la malnutrición, que comprende trastornos como la desnutrición, la obesidad y el sobrepeso, los cuales tienen implicaciones en los hábitos y las prácticas culturales, que deben ser prevenidas con campañas de información permanente sobre los alimentos que se consumen. 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. Así mismo, 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 (54).

CAPÍTULO III

3. Metodología de la Investigación

3.1. Diseño de la investigación

- **No Experimental:** Ya que en esta investigación no se manipuló las variables de ninguna manera y solamente fueron analizadas tal y como se encuentran en su entorno natural (55).
- **Corte transversal:** Es de corte transversal debido a que la recolección de datos y el estudio de las variables se efectuó en un determinado momento (55).

3.2. Tipo de la investigación.

- **Cualitativa:** Describe de forma minuciosa la situación y comportamiento de la paciente. Se centró en descubrir datos cualitativos en cuanto a la presencia de incontinencia urinaria, pérdida de calidad de vida, o nula afectación en la calidad de vida, mediante instrumentos estandarizados, (55).
- **Cuantitativa:** De una forma estructurada se recopiló y analizó los datos numéricos obtenidos del grupo de estudio, por medio de los instrumentos seleccionados en la investigación (55).
- **Descriptiva:** Mediante este método se descubrió y especificó las características más importantes en base a los resultados obtenidos. En la investigación se aplicó una ficha sociodemográfica la cual describe a los sujetos de estudio según edad, etnia y número de hijos (56).
- **Epidemiológico de prevalencia puntual:** Se refiere al número de personas de un grupo definido, que estén enfermos en un determinado momento, en nuestro

caso se identificó el número de afectados con incontinencia urinaria en un momento dado (56).

3.3. Localización y ubicación del estudio

La investigación se realizó en la provincia de Imbabura, Cantón San Miguel de Ibarra, Parroquia El Sagrario en el Colegio Universitario UTN que se encuentra en la avenida Luis Ulpiano de la Torre.

3.4. Población de estudio.

La presente investigación cuenta con una población de estudio de 16 mujeres, 12 docentes y 4 empleadas entre 25 y 70 años, pertenecientes al Colegio Universitario UTN.

3.4.1. Criterios de inclusión

- Mujeres a partir de los 25-70 años de edad que pertenezcan al Colegio Universitario de Bachillerato-UTN de la Universidad Técnica del Norte.
- Empleadas y trabajadoras que firmen el consentimiento informado para participar en el estudio.

3.4.2. Criterios de exclusión

- Mujeres menores de 25 años y mayores de 70 años que no pertenezcan al Colegio Universitario de Bachillerato-UTN.
- Mujeres que presenten embarazo, puerperio y cirugía pélvica.
- Empleadas y trabajadoras que no firmen el consentimiento informado para participar en el estudio.

3.4.3. Criterios de Salida

- Empleadas y trabajadoras que no sean separadas de la institución.
- Empleadas y trabajadoras que no deseen continuar en el proceso de investigación.

3.5. Operacionalización de variables

3.5.1. Variables de caracterización

Variable	Tipo de variable	Dimensión	Indicador	Escala	Instrumento	Definición	
Edad	Cuantitativa Discreta Agrupada	Grupo etario	25-35 36-64 >65(OMS)	Adultos jóvenes Adultos Adultos mayores	Cuestionario sociodemográfico	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento (57).	
Etnia	Cualitativa nominal politémica	Grupos étnicos	Auto identificación étnica	-Blanco -Mestizo -Afro Ecuatoriano -Indígena		Grupo social, que hace referencia a la raza, el color, sexo, idioma, religión, política (58).	
Número de hijos	Cuantitativa continua	Número de hijos	Sin hijos	Nulípara			Se refiere al número de hijos de las mujeres que han tenido en algún momento de su vida, incluye nacidos vivos y también hijos que luego fallecieron (59).
			1 hijo	Primípara			
			2-4 hijos	Múltipara			
			>5 hijos (OMS)	Gran múltipara			

3.5.2. Variables de interés

Variable	Tipo de variable	Dimensión	Indicador	Escala	Instrumento	Definición
Incontinencia urinaria (IU).	Cualitativa nominal politómica	Tipos de incontinencia urinaria	Al toser, estornudar o realizar esfuerzos, ejercicio.	IU Esfuerzo	International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form (ICIQ-SF)	La incontinencia urinaria consiste en la pérdida involuntaria de orina por medio de la vejiga (60).
			Antes de llegar al servicio.	IU Urgencia		
			Presencia de incontinencia urinaria de esfuerzo y urgencia.	IU Mixta		
			De forma continua.	Incontinencia continua		
Calidad de vida.		Afectación en la calidad de vida	100%	Nula afectación en la calidad de vida.		Estado de vigilia en que una persona es

	Cualitativa nominal dicotómica	Evitar o limitar el comportamiento Impacto psicosocial. Vergüenza social.	<100%	Pérdida de calidad de vida.	Incontinence Quality of Life Instrument (I- QOL)	consciente de lo que le rodea (61).
--	--------------------------------------	---	-------	--------------------------------	--	--

3.6. Métodos de recolección de información

Para la investigación se utilizó el análisis estadístico, el método inductivo y el método analítico sintético.

- **Método inductivo:** Parte de lo particular a lo general, en donde inicia con una observación individual de las características del fenómeno a estudiar para llegar a conclusiones universales. En esta investigación, tras cumplir los objetivos específicos de caracterizar socio demográficamente, establecer la prevalencia de la IU, evaluar y relacionar los tipos, se determinó la calidad de vida de las personas que padecen esta condición y el tipo de incontinencia que predomina (62).
- **Método deductivo:** Parte de lo general a lo específico, en donde inicia con la deducción de las características a partir de las generalizaciones universales, para determinar conclusiones lógicas. Mediante la evaluación con los test validados se determinó la prevalencia de la incontinencia urinaria en el Colegio Universitario (63).
- **Revisión bibliográfica:** Es el conjunto de técnicas y estrategias que se emplearon para localizar, identificar y acceder a aquellos documentos que contienen información pertinente acerca de la incontinencia urinaria (63).

3.7. Técnicas e instrumentos

3.7.1. Técnica

- **Encuesta:** Se determina como una investigación sobre una muestra de sujetos, en la cual se realiza procedimientos estandarizados de interrogación con la finalidad de obtener resultados cuantitativos de una variedad de características objetivas y subjetivas de la población (64).

Instrumentos:

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

3.8. Validación

- **Cuestionario de Incontinencia Urinaria (ICIQ-IU-SF):**

Para la valoración de la incontinencia urinaria se utilizará el International Consultation on Incontinence Questionnaire ICIQ Short Form (ICIQ-SF), el cual se encuentra validado por; Patiño Iván Darío, Celis Reyes Estefanía, Quiroga Matamoros William, Tarazona Reyes Alejandro, en su artículo, “Validación del ICIQ-IU-SF en una población de Bogotá y su relación con el tipo y severidad con la incontinencia. Estudio prospectivo multicéntrico”, La utilización del cuestionario de la ICIQSF, tiene un grado máximo de recomendación en las guías internacionales, en el abordaje de la incontinencia urinaria. Su validación en distintos idiomas, y su postura a criterio de la sociedad internacional, hacen fácil su aplicación. Hasta el momento es el único trabajo publicado en nuestro país donde se estudia su aplicabilidad, concordancia y validez interna, la cual ya ha sido establecida previamente en otras latitudes. En el trabajo publicado por la Dra. Busquetz, tiene una validez interna a través de un alfa de cronbach de 0.95, y una concordancia medida a través de un coeficiente kappa de 0.58 a 0.93 (65) (66).

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

Para la valoración de la calidad de vida, se utilizará el cuestionario Incontinence Quality of Life Instrument (I-QOL). Cuya validación al español consta de una consistencia interna, medida por el índice alfa de Cronbach de 0,92, para investigar la afectación en la calidad de vida. Se administra cuando la mujer que ha cumplimentado

el anterior obtiene una puntuación mayor de 0. Consta de 22 ítems que se dividen en 3 sub escalas, estas son: comportamiento de evitación y limitación de la conducta en 8 ítems, esta sub escala recoge preguntas relacionadas con los síntomas de incontinencia mixta, determinado por la no realización de actividades sociales por miedo a no llegar o no encontrar un baño cerca y mojarse. Repercusión psicosocial en 9 ítems. Y, por último, sentimientos de vergüenza en la relación social en 5 ítems, está relacionada con la preocupación por uno mismo y por los demás, figuran también entre los motivos por los que muchas mujeres no buscan ayuda profesional. El cuestionario recoge también sus preocupaciones futuras. Las respuestas obtenidas se sitúan en una escala entre 22 y 110; a mayor puntuación, peor calidad de vida (66) (67).

CAPÍTULO IV

4. Análisis y discusión de los resultados

Tabla 1.

Caracterización de la población de estudio según edad.

Edad /años	Frecuencia	Porcentaje/%
25-35 Adultos jóvenes	1	6,25%
36-64 Adultos	15	93,75%
TOTAL	16	100%

Los resultados en cuanto a la caracterización de la población de estudio según la edad indica que, el 93,75% se encuentra en edades entre los 36 a 64 años, mientras que el 6,25% pertenecen a edades entre los 18-35 años.

Las edades con mayor frecuencia en nuestra investigación son los adultos entre 36 a 64 años, estos datos se relacionan con los resultados obtenidos donde las edades con mayor frecuencia oscilan entre los 40 y 49 años de edad en el estudio “Factores de riesgo cardiovascular asociados al estado nutricional del personal administrativo de la Universidad Técnica Del Norte” (68).

Tabla 2.*Caracterización de la población de estudio según etnia*

Etnia	Frecuencia	Porcentaje/%
Mestiza	15	93,75%
Afro ecuatoriana	1	6,25%
TOTAL	16	100

Los resultados en cuanto a la caracterización de la población de estudio según etnia muestran un mayor predominio de 93,75% es mestiza y solamente el 6,25%, pertenece a la etnia afro ecuatoriana.

El 71,9% de la población ecuatoriana se auto identifica como mestiza, datos que concuerdan con los resultados obtenidos en nuestra investigación, ya que la mayoría pertenece a la población mestiza, según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) (69).

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

Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje/%
Nulíparas (Sin hijos)	3	18,75%
Primíparas (1 hijo)	5	31,25%
Multíparas (2 a 6 hijos)	8	50%
TOTAL	16	100%

La clasificación de la población de estudio según el número de hijos refiere que, el 50% de la población son multíparas, el 31,25% son primíparas y el 18,75% son nulíparas.

Los resultados obtenidos se relacionan con el “Estudio demográfico, en profundidad comportamiento reproductivo de las mujeres ecuatorianas” realizado por el INEC, el cual menciona que existe mayor número de mujeres multíparas, se demuestra que hay mayor prevalencia de madres con más de 2 hijos en el Ecuador y también un mayor predominio de mujeres multíparas. En ambos casos se demuestra mayor presencia de mujeres multíparas (70).

Tabla 4.

Prevalencia puntual de incontinencia urinaria.

$$P = \frac{\text{número de afectados (12)}}{\text{población de estudio(16)}} \times 100 = 75\%$$

La prevalencia de incontinencia urinaria en el Colegio Universitario de Bachillerato-UTN, es del 75% de la población de estudio.

La prevalencia presente en nuestro estudio es mayor a la obtenida en el estudio “Incontinencia urinaria como problema de salud de la mujer en edad media” por Del Carmen Jacqueline y García José, el cual mostró una prevalencia del 50%, en ambos casos se identifica una prevaecía alta (71).

Tabla 5.

Prevalencia de la incontinencia urinaria según tipos.

$$PIUE = \frac{\text{número de afectados IUE (8)}}{\text{población de estudio(16)}} \times 100 = 50\%$$

$$PIUU = \frac{\text{número de afectados IUU (2)}}{\text{población de estudio(16)}} \times 100 = 12.5\%$$

$$PIUM = \frac{\text{número de afectados IUU (2)}}{\text{población de estudio(16)}} \times 100 = 12.5\%$$

Los resultados en cuanto a la prevalencia de incontinencia urinaria según tipos, indica que, la incontinencia urinaria de esfuerzo es la más prevalente con el 50%, seguido por incontinencia urinaria de urgencia e incontinencia urinaria mixta, ambas con una prevalencia del 12.5 %.

Los datos obtenidos en nuestra investigación demuestran mayor prevalencia de incontinencia urinaria de esfuerzo, información que difiere del estudio “Incontinencia urinaria en un grupo de personas vinculadas con el programa de adultos mayores del municipio de Sabaneta, Colombia” por Ángel Gloria y Cortes Heidi, en el cual del total de la población de estudio el 38.7% presentó incontinencia de esfuerzo, el 32.3% de urgencia y el 39.0% mixta. Siendo la incontinencia urinaria mixta la más prevalente seguida de la incontinencia urinaria de esfuerzo (72).

Tabla 6.

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

Incidencia en nivel de calidad de vida (CV)	Frecuencia	Porcentaje
Perdida de CV (< 100 %)	10	83,33%
Nula afectación en la CV (100%)	2	16,66%
TOTAL	12	100%

Los resultados en cuanto a la evaluación de calidad de vida muestran que, el 83,33% de la población presenta pérdida en su calidad de vida, sin embargo, el 16,66 % mostró nula afectación en su calidad de vida.

La información obtenida en nuestro estudio es comparable con los resultados de la investigación “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 2017.” Realizado en Perú, en el cual la calidad de vida se vio afectada en el 54,1%, de las mujeres estudiadas. En nuestra investigación las mujeres con pérdida en su calidad de vida corresponden al 83,33%, de la población de estudio. En ambos casos la afectación en la calidad de vida se presenta en más de la mitad de la población (73).

Tabla 7.

Evaluación de la calidad de vida según sub escalas IQOL test.

IQOL	Media
Evitar y limitar el comportamiento	73.59%
Impacto psicosocial	83.05%
Vergüenza social	58%

La evaluación de calidad de vida según sub escalas indica que, la sub escala de vergüenza social presentó mayor afectación en la calidad de vida, al obtener el menor porcentaje de 58%, seguido de la sub escala de evitar y limitar el comportamiento con el 73.59% y finalmente la sub escala de impacto psicosocial con el 83.05%, es decir la que presentó menor afectación en relación a las demás sub escalas.

La afectación en la sub escala de vergüenza social se relaciona con los resultados del estudio “Factores de riesgo no obstétrico y calidad de vida en mujeres de edad mediana con incontinencia urinaria”, La Habana, Cuba, por Rodríguez Elsa, en el cual también se evidencia mayor afectación en la sub escala de vergüenza social, con un puntaje del 42% (74).

Tabla 8.*Relación entre tipos de incontinencia urinaria y sub escalas de calidad de vida*

	IU de esfuerzo	IU de urgencia	IU mixta
Evitar y limitar el comportamiento	72.7%	63.75%	88.75%
Impacto psicosocial	81.48%	85.55%	90%
Vergüenza social	50.33%	82%	80%

Los resultados en cuanto a la relación de los tipos de incontinencia urinaria y calidad de vida indican que, la sub escala de vergüenza social presenta mayor afectación con el 50.33%, perteneciendo al tipo de incontinencia urinaria de esfuerzo seguido de evitar y limitar el comportamiento con el 72.7%; y con menor afectación la de impacto psicosocial con el 81.48%. La incontinencia urinaria mixta presento mayor predominio la sub escala de vergüenza social con el 80%, seguida de evitar y limitar el comportamiento con el 88.75% y en menor afectación el impacto psicosocial con el 80%. Y finalmente la incontinencia urinaria de urgencia presento mayor afectación en la sub escala de evitar y limitar el comportamiento con el 63.75%, seguido de vergüenza social con el 82% y en menor afectación el impacto psicosocial con el 85.55%.

Al igual que en nuestro estudio, en la investigación “Calidad de vida en la mujer con incontinencia urinaria y papel del profesional sanitario y de la paciente, dentro del marco asistencial de atención primaria en la Comunidad de Madrid”, se identifica que, la esfera con mayor afectación es la de vergüenza social, en las pacientes con IU de esfuerzo, datos que coinciden con los que se obtuvo en nuestro trabajo de tesis (75).

4.1. Respuestas a las preguntas de investigación

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

La caracterización sociodemográfica de la población de estudio muestra que, el 93,75% se encuentra en edades entre los 36 a 64 años, mientras que el 6,25% pertenece a edades entre los 18-35 años, el 93,75% pertenece a la etnia mestiza y solamente el 6,25%, a la etnia afro ecuatoriana; según el número de hijos, el 50% de la población son multíparas, el 31,25% son primíparas y el 18,75% son nulíparas.

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

La prevalencia de la incontinencia urinaria es del 75% de la población estudiada, la incontinencia urinaria de esfuerzo es la más prevalente con el 50%, seguido por incontinencia urinaria de urgencia e incontinencia urinaria mixta, ambas con una prevalencia del 12.5 %.

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

Los resultados en cuanto a la evaluación de calidad de vida muestra que, el 83,33% de la población presenta pérdida en su calidad de vida, sin embargo el 16,66 % mostró nula afectación en su calidad de vida, indicando que, la sub escala de vergüenza social presentó mayor afectación en la calidad de vida, al obtener el menor porcentaje de 58%, seguido de la sub escala de evitar y limitar el comportamiento con el 73.59% y finalmente la sub escala de impacto psicosocial con el 83.05%, es decir la que presentó menor afectación en relación a las demás sub escalas.

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

La relación entre los tipos de incontinencia urinaria y calidad de vida, indican que, la incontinencia urinaria de esfuerzo tuvo mayor afectación en la calidad de vida en

relación a la sub escala de vergüenza social el 50.33%, mientras que en evitar y limitar el comportamiento obtuvo el 72.7% y en impacto psicosocial el 81.48%. Mientras tanto en incontinencia urinaria de urgencia presentó mayor afectación en a sub escala de evitar y limitar el comportamiento con el 63.75%, el 82% en la sub escala de vergüenza social y en impacto psicosocial el 85.55%. Finalmente, en incontinencia urinaria mixta obtuvo mayor afectación en la calidad de vida en la sub escala de vergüenza social con una puntuación del 80%, mientras que evitar y limitar el comportamiento obtuvo el 88.75% y con lo que respecta a impacto psicosocial obtuvo el 90%.

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y Recomendaciones

5.1. Conclusiones

- La caracterización sociodemográfica, indica mayor predominio de edad en el rango de adultos, la etnia con mayor predominio fue la mestiza, siendo la mayor parte de la población multípara.
- La prevalencia de la incontinencia urinaria es del 75% de la población de estudio, la incontinencia urinaria de esfuerzo fue la más prevalente con el 50%, mientras que la incontinencia urinaria de urgencia y la incontinencia urinaria mixta presentaron una prevalencia del 12,5%.
- Los resultados en cuanto a la evaluación de calidad de vida, se determinó que la mayoría de la muestra de estudio presenta afectación, sin embargo, en la sub escala de vergüenza social presentó mayor afectación al obtener el menor porcentaje.
- Al relacionar las sub escalas de calidad de vida con la incontinencia urinaria de esfuerzo se determinó que presenta mayor afectación en la sub escala de vergüenza social.

5.2. Recomendaciones

- Promover charlas de promoción de la salud en el Colegio Universitario de Bachillerato-UTN, Universidad Técnica del Norte, en cuanto a la incontinencia urinaria, sus causas y posibles tratamientos, con el fin de que la población conozca acerca de esta condición y evitar malas prácticas cotidianas como evitar la ingesta de líquidos, condicionar su vestimenta y de esta manera evitar complicaciones.
- Dirigir a las mujeres identificadas con incontinencia urinaria hacia un médico o especialista en el área, el cual pueda brindar al paciente un tratamiento adecuado que dé solución a esta condición.
- Replicar este tipo de estudio a nivel nacional, en diferentes instituciones tanto públicas como privadas, con el fin de identificar la incontinencia urinaria y de esta manera se pueda dar solución a la misma y se evite que la población llegue a presentar deterioro en su calidad de vida.

BIBLIOGRAFIA

1. Tellez J, Aragón M, Vasquez L, Guitierrez R, Ruvalcaba G, Guerrero G. Aspectos actuales en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres.. Revista Méx. Urol. 2017 Septiembre; LXXVII(5).
2. Monsalve C. Conocimiento sobre incontinencia urinaria y presencia de síntomas, posterior a educación, en mujeres de 18 a 90 años, pertenecientes a la red de kinesur, Concepción 2018. Tesis Universitaria. Concepción : Universidad del Desarrollo, Facultad Ciencias de la Salud ; 2019.
3. Gavira A, Walker C, Rodríguez N, Gavira F. Prevalencia y factores de riesgo de incontinencia urinaria en mujeres que consultan por dolor lumbopélvico: estudio multicéntrico. Revista ELSEVIER. 2015 Febrero ; XLVI(2).
4. Secretaría de Salud. Gobierno de México. [Online].; 2018 [cited 2018 Septiembre 15. Available from: <https://www.gob.mx/salud/prensa/355-cerca-del-50-de-mujeres-padecera-incontinencia-urinaria?idiom=es>.
5. Castañeda I, Martínez J, García J, Ruiz M. Aspectos epidemiológicos de la incontinencia urinaria en pacientes femeninas de urología y ginecología. Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación. 2016; VIII(1).
6. Silva M, Gallardo M, López C, Santander C, Torres J. Efectos de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de la mujer climatérica. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2018 Enero - Marzo; XLIV(1).
7. Duque Y, Ortiz M. Responsabilidad social en la dimensión laboral: una aproximación desde las organizaciones avanzadas adheridas al pacto global en Colombia. [Online].; 2014 [cited 2014 Septiembre 15. Available from: <https://revistas.uexternado.edu.co/index.php/sotavento/article/view/4057/4834>.
8. Altamirano M. “Ejercicios de kegel como tratamiento de incontinencia urinaria leve en adultos mayores de 65 a 75 años de edad del club de adultos mayores del ministerio de salud pública de Ambato” Ecuador. Tesis Universitaria. Ambato : Universidad Técnica de Ambato , Facultad Ciencias de la Salud ; 2015.
9. Gillen O, Llanos F, Lecca L. Conocimientos sobre incontinencia urinaria en pacientes

- hospitalizados. Rev Med Hered. 2003; XIV(4).
10. Cortes J, Martinez F, Reynoso C, Jimenez V, Cano C, Leal M. Incontinencia urinaria “oculta” ¿afecta a la calidad de vida de nuestros pacientes? Revista Mexicana de Urología. 2014; LXXIV(2).
 11. Sánchez M, CR. La incontinencia urinaria, un problema oculto. Investigación en salud y envejecimiento. 2015; II(19).
 12. Almeida C. Incontinencia urinaria en la tercera edad: análisis en la provincia de Tungurahua”. Tesis Universitaria. Ambato : Universidad Técnica de Ambato , Facultad Ciencias de la Salud ; 2019.
 13. Palastanga N, Field D, Soames R. Anatomía y movimiento humano. Estructura y funcionamiento. tercera ed. Barcelona: Paidotribo; 2000.
 14. Restrepo C, Buitrago C, Torres J, Serna J. Nefrología Básica 2. Segunda ed. Colombia : Editorial La Patria S.A; 2012.
 15. Cabañas D. Fisiología de los uréteres y de la vejiga urinaria. [Online].; 2015 [cited 2014 Agosto. Available from: <https://www.studocu.com/es/document/universidad-de-alcala/fisiologia-humana-ii/apuntes/ii-tema-5-fisiologia-de-los-ureteres-y-de-la-vejiga-urinaria/395380/view>.
 16. Latarjet M, Ruiz A. Anatomía Humana, Tomo 2. Cuarta ed. Buenos Aires : Editorial Panamericana ; 2008.
 17. Walker C. Fisioterapia en Obstetricia y Uroginecología. Segunda ed. Barcelona : Editorial ELSEVIER ; 2013.
 18. Unglaub D. Fisiología Humana. Un enfoque integrado. Cuarta ed. Madrid : Editorial Panamericana ; 2008.
 19. Elizalde F. Evaluación de vejiga hiperactiva ideopática y neurogénica en España. Tesis Doctoral. Zaragoza : Universidad de Zaragoza; 2015. Report No.: 22547606.
 20. Wein A. Urología. Tomo III. Novena ed. Buenos Aires : Editorial Medica Panamericana ; 2008.
 21. Nogales J, Donoso , Archibaldo , Vedugo R. Tratado de neurología clínica. Primera ed. Santiago de Chile : Universitaria S.A.; 2005.

22. Walters M, Karram M. Uroginecología y Cirugía reconstructiva de la pelvis.. Tercera ed. Barcelona : Editorial ELSEVIER MASSON; 2008.
23. Williams R. Manejo de la incontinencia urinaria en la mujer. Revista Médica de Costa Rica y Centro América. 2015; LXXII(614).
24. Castro L, Condé S, Silva S, Chaves R, Hernandez E, Arrieta F. Incontienencia urinaria de esfuerzo por deficiencia esfinteriana. Salud Uninorte. 2018; XXXIV(3).
25. Vallejos G, Guzman R, Valdevenito J, Fasce G, Castro D, Naser M, et al. Incontienencia urinaria en el adulto mayor. Rev Chill Obstet Ginecol. 2019; LXXXIV(2).
26. Robles J. La incontinencia urinaria. Revista SCIELO. 2006 Mayo - Agosto ; XXIX(1).
27. Vila M, Gallardo M. Incontinencia urinaria, una visión desde la Atención Primaria. Revista ELSEVIER. 2005 Junio ; XXXI(6).
28. Prado B. La IU como problema de salud: concepto y epidemiología. Fisiopatología y clasificación clínica. [Online].; 2012 [cited 2012 Septiembre. Available from: https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion%20de%20Calidad%20SEGG/Centro%20dia/gb_pcg%20incontinencia%20urinaria.pdf.
29. Conejero A, Gimeno V, Such T. Guía de buena práctica clínica en incontinencia urinaria.. Primera ed. Madrid : Guía de buena práctica clínica en incontinencia urinaria. ; 2007.
30. Echavarria L, Gallego A, Gomez M, Merino S. Efecto de las lesiones del sistema nervioso sobre la fisiología de la micción. Rev CES Med. 2019; XXXIII(3).
31. Cruz C. La incontinencia urinaria en mujeres de Jaén, estudio de prevalencia e impacto en su calidad de vida. Tesis Doctoral. España : Universidad de Jaén , Facultad Ciencias de la Salud ; 2016. Report No.: 978-84-9159-046-0.
32. Collaguazo P. Conocimientos, prácticas y actitudes sobre incontinencia urinaria de las mujeres mayores de 60 años que asisten al centro 60 y piquito de la vicentina en el periodo. Tesis Universitaria. Quito : Pontificia Universidad Católica del Ecuador , Facultad de Enfermería ; 2015.
33. León K. Incontinencia Urinaria. Revista Medica de Costa Rica y Centroamerica. 2016; LXXIII(619).

34. Agulló E, Busqués J, Arlandis S, Martínez A. Manual práctico sobre incontinencia urinaria. Primera ed. Madrid : Latorios Indas, S.A.
35. González V, Hernández M, Lorig K, Holman H, Laurel D. Tomando Control de su Salud. Cuarta ed. Colorado : Bull Publishing Company ; 2013.
36. Kelley W. Medicina Interna. Segunda ed. Philadelphia : Editorial Médica Paramericana ; 1992.
37. Pareja A. Efectividad del tratamiento de la estimulación percutánea del nervio tibial posterior para el Síndrome de Vejiga Hiperactiva. Revisión Sistemática. Tesis Universitaria. España : Universidad de Jaén , Facultad de Ciencias de la Salud ; 2014.
38. Hernández P, Espinosa F, García M. Atlas de Urodinámica. Primera ed. Barcelona : Editorial Glosa, S.L; 2005.
39. Ramírez S, Gutiérrez J, Nuñez N, Mondragón P, Hernández S. Dolor pélvico crónico como origen de sintomatología urinaria. Aspectos generales. Revista Mexicana de Urología. 2015 Julio ; LXXV(4).
40. Pozuelos J. Climaterio y Menopausia. Primera ed. Ciudad de México : Edición y Farmacia, SA de CV (Nieto Editores); 2016.
41. Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Diagnóstico y Tratamiento de la Obesidad. [Online].; 2016 [cited 2016. Available from: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000971cnt-2017-06_guia-practica-clinica_obesidad.pdf.
42. Mearin F, Balboa A, Montoro M. Estreñimiento. [Online].; 2016 [cited 2016. Available from: https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudaspracticas/08_Estre%C3%B1imiento.pdf.
43. Pérez M. Estreñimiento en Adultos. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. 2016; LXXIII(620).
44. Pérez A, Espuña M, Anglés S. Clínic Barcelona. [Online].; 2018 [cited 2018 Febrero 20. Available from: clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/incontinencia-urinaria/factores-de-riesgo.
45. Carreño L, Fonseca A, Pinto A, Delgado A, Garcia L. Calidad de vida relacionada con

- salud e incontinencia urinaria en mujeres con exceso de peso. *Revista Ciencias de la Salud*. 2015; XIII(1).
46. Villegas N, Cianelli R. Salud de la mujer en el contexto de la salud materna. *Revista Horiz_Enferm*. 2017; XXVIII(2).
 47. Panheco M, Michelena M, Mora R, Miranda O. Calidad de vida relacionada con la salud de estudiant universitarios. *Revista Cubana de medicina militar*. 2014; XLIII(2).
 48. Càseres FdM, Parra L, Pico O. Calidad de vida relacionada con la salud en poblacion general de Bucaramanga, Colombia. *Scielo Salud Pùblica*. 2018 Marzo- Abril; XX(2).
 49. Silva M, Gallardo M, Lòpez C, Santander C, Torres J. Efectos de la incontinencia urinaria en la calidad de la mujer climateria. *Revista Cubana de Obstetricia Y Ginecologia*. 2018; XLIV(1).
 50. Lamoglia M, Juvinya D, Godall M, Pèrez I, Rifa R, Rodrìguez M, et al. Las barreras percibidas en mujeres con incontinencia urinaria. *Asociacion Española de Enfermeria en Urologìa*. 2015 Abril; CXXVIII.
 51. 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 Méd*. 2016 Agosto ; CXLIV(8).
 52. Ortuño A, Mayol M, Lopez D, Peñavel E, Sierra M. Un estudio sobre la incontinencia urinaria femenina y la afectación en la calidad de vida. *Asociación Española de Enfermería en Urología*. 2014 Septiembre ; CXXVII.
 53. Salud OPdl. La Salud en la nueva Constitución. [Online].; 2008. Available from: https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=comunicacion-social&alias=80-libro-la-salud-en-la-nueva-constitucion&Itemid=599&fbclid=IwAR0LTUhlLcKWEqFcVNyn4tn3woXu-T1XDMFSGUrh9cSECjy4OVYtXLmL5I.
 54. Secretaria Técnica de Planificación del Ecuador. Plan Nacional toda una vida. [Online].; 2017 [cited 2017. Available from: https://www.planificacion.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL_0K.compressed1.pdf.

55. Hernandez R FCBL. Metodología de la investigación. Sexta ed. México: Mc Graw Hill Education; 2014.
56. Pita S. Tipos de estudios clínico epidemiológicos. [Online].; 2001 [cited 2001. Available from: <http://www.fisterra.com/>.
57. Escorcía L. Edad biológica y edad cronológica en el contexto legal. [Online].; 2013 [cited 2013 Agosto 26. Available from: http://forost.org/seminar/Tercer_seminario/Forost_Lilia2013.pdf.
58. Wade P. Raza y Etnicidad en Latinoamérica. Primera ed. Quito : ABYA-YALA ; 2000.
59. Fernandez M, Guevel C, Krupitzki H, Marconi E, Massa C. Omisión de registro de nacimientos y muertes infantiles Magnitud, desigualdades y causas. Primera ed. Buenos Aires : Organización Panamericana de la Salud ; 2008.
60. Chiang H. Incontinencia urinaria. Elsevier. 2013 marzo; 24(2).
61. Robles A, Rubio J, De la Rosa E, Nava A. Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. Revista Medigraphic. 2016 Septiembre - Diciembre ; XI(3).
62. J. C. Metodología de la Investigación Científica y Tecnológica. Primera ed. Madrid : Ediciones Diaz de Santos; 2012.
63. Martínez H, Avila E. Metodología de la Investigación. Primera ed. México D.F.: CENGAGE Learning; 2010.
64. García M, Alvira F, Escobar L, Escobar M. El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación. Revista Española de Investigaciones Sociológicas España. 2016 Abril - Junio ; I(154).
65. Patiño I, Celis E, Quiroga W, Tarazona A. Validación del ICIQ-IU-SF en una población de Bogotá y su relación con el tipo y severidad con la incontinencia. Estudio prospectivo multicéntrico. 2016 Enero; I.
66. Milla F, Folguera M, Martínez C, Martín M, García A. Enfuro. Asociación española de enfermería en urología. 2014 septiembre; IX(127).
67. Rodríguez E, Martínez J, Díaz D, Ros A, Abreu Y. Impacto de la fisioterapia para la reeducación del suelo pélvico en la calidad de vida de pacientes con incontinencia

- urinaria.. Rev haban cienc méd. 2009 Septiembre ; VIII(3).
68. Acuña J, Salcedo T. Factores De Riesgo Cardiovascular Asociados Al Estado Nutricional Del Personal Administrativo de la Univrsidad Técnica del Norte, Mayo - Noviembre 2014. 2014.
 69. (INEC) INdEyC. Ecuador cuenta con el INEC. [Online].; 2010. Available from: <file:///C:/Users/lenovo/Downloads/INEC%20-%202010%20-%20Instituto%20Nacional%20de%20Estad%C3%ADstica%20y%20Censos.pdf>.
 70. (INEC) INdEyC. Estudio demográfico, en profundidad comportamiento reproductivo de las mujeres ecuatorianas. Estadístico. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC); 2001.
 71. Del Carmen J, Garcia J. Incontinencia urinaria como problema de salud de la mujer en edad media. Revista de Investigación médica quirurgica de Cuba. 2014 Julio-Diciembre; VI(6).
 72. Ángel G, Cortes H. Incontinencia urinaria en un grupo de personas vinculadas con el programa de adultos mayores del municipio de Sabaneta, Colombia. Revista Médica UPB.. 2015; XXXIV(1).
 73. 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 2017. Tesis Universitaria. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos , Facultad de Medicina ; 2018.
 74. Rodríguez E. Factores de riesgo no obstetrico y calidad de vida en mujeres de edad mediana con incontinencia urinaria. Revista Cubana Obstetrica Ginecol. 2014 Enero-Marzo; XL(1): p. 199.
 75. Valencia P. Calidad de vida en la Mujer con Incontinencia Urinaria y Papel del Profesional Sanitario y de la Paciente, dentro del Marco Asistencial de Atención Primaria en la Comunidad de Madrid. Tesis Doctoral. Madrid : Universidad Complutense de Madrid , Facultad de Medicina ; 2017.

ANEXOS

Anexo 1. 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 2: 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://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v144n8/art07.pdf>

Anexo 3. 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-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: <file:///C:/Users/lenovo/Downloads/Dialnet-UnaRevisiónSobreLaIncontinenciaUrinariaDeEsfuerzo-4677736.pdf>

Anexo 4. Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

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

Ibarra – Ecuador



CARRERA TERAPIA FÍSICA MÉDICA CONSENTIMIENTO INFORMADO PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

TEMA: “INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN EL PERSONAL FEMENINO DEL COLEGIO UNIVERSITARIO DE BACHILLERATO-UTN, UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE, 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

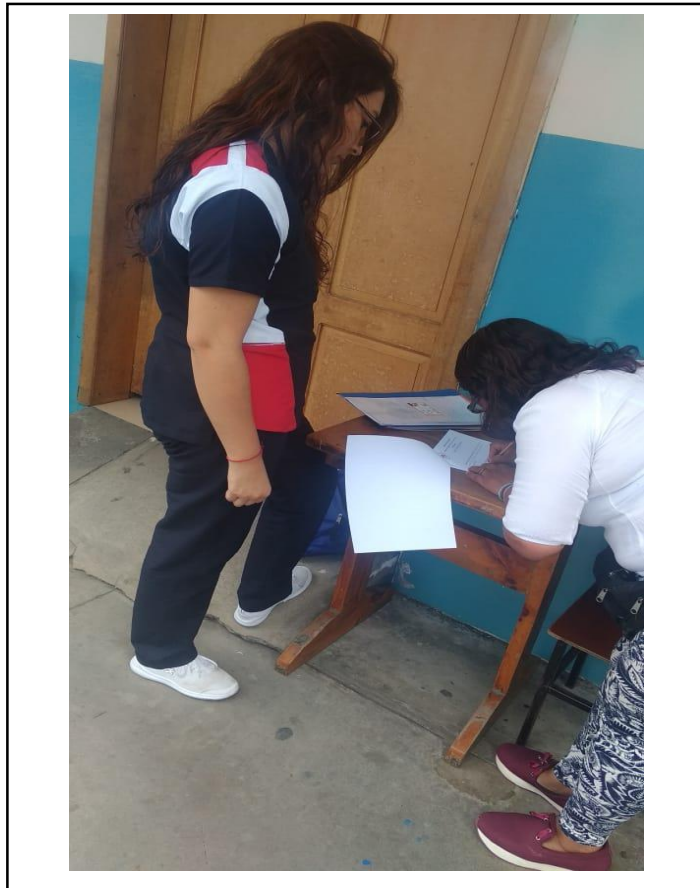
MISIÓN INSTITUCIONAL

“Contribuir al desarrollo educativo, científico, tecnológico, socioeconómico y cultural de la región norte del país.

Formar profesionales comprometidos con el cambio social y con la preservación del medio ambiente”.

Anexo 5. Evidencia fotográfica

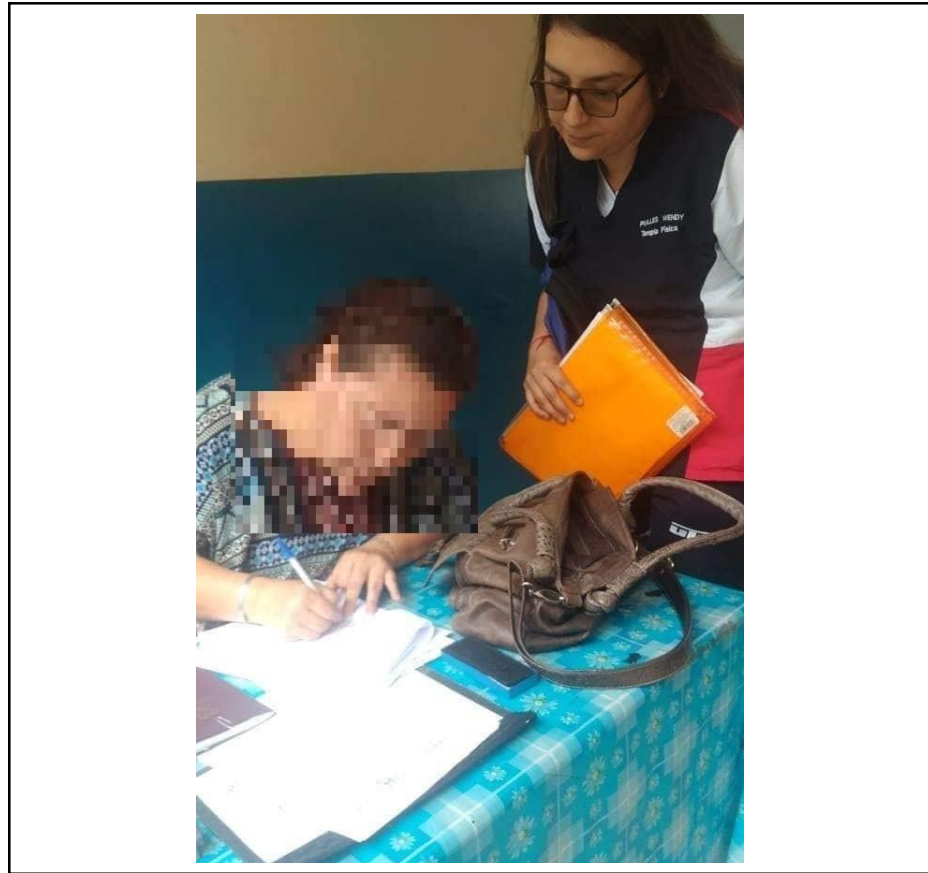
FOTOGRAFIA N° 1



Autora: Wendy Pulles Navarrete

Descripción: Firma del Consentimiento Informado

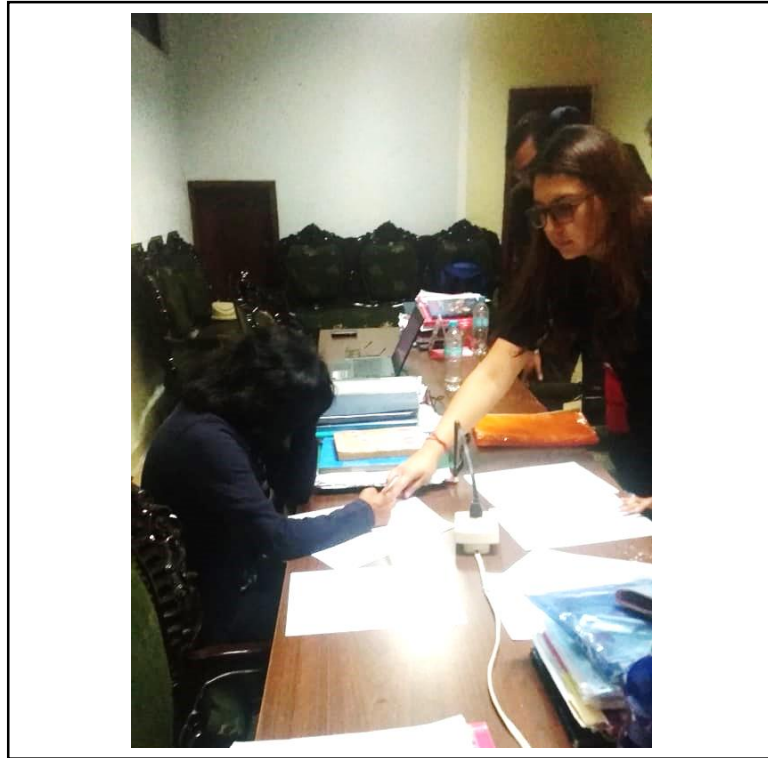
FOTOGRAFIA N° 2



Autora: Wendy Pulles Navarrete

Descripción: Aplicación de Cuestionario de incontinencia urinaria (ICIQ-IU-SF)

FOTOGRAFIA N° 3



Descripción: Recolección de información a través del instrumento para la calidad de vida con incontinencia (I-QOL).

Urkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS WENDY ELIZABETH PULLES NAVARRETE.docx (D64022318)
Submitted: 2/17/2020 5:51:00 PM
Submitted By: wen-dy18@hotmail.com
Significance: 12 %

Sources included in the report:

TESIS FINAL MATEO ALEJANDRO SOTOMAYOR VITERI.docx (D63804653)
JEFFERSON BOWER SUAREZ CHUQUIN.docx (D63917464)
Lucia Barahona - sin scan.docx (D63060003)
Pamela Navarrete.docx (D60637224)
tesis- Esteban Mora.docx (D63059866)
TESIS BIEN.docx (D63060561)
CAMPO-JORGE- TESIS.docx (D63616051)
TESIS HERNANDEZ NATALIA..docx (D63805072)
Ctesis.docx (D63060188)
TESIS FINAL LEISLY MORALES.docx (D63806430)
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=72099>
<https://repositorio.udd.cl/bitstream/handle/11447/2328/Documento.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
<https://repository.usc.edu.co/bitstream/20.500.12421/198/1/ABORDAJE%20FISIOTERAP%C3%89UTICO%20EN%20MUJERES.pdf>
<https://docplayer.es/80444506-Incontinencia-urinaria-enfoque-terapia-fisica.html>

Instances where selected sources appear:

51

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

Lo certifico:



Lcdo. Cristian Santiago Torres Andrade MSc.

C.I.: 1003649686