



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

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

TEMA:

“INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAL FEMENINO DE LA FACULTAD DE INGENIERÍA EN CIENCIAS AGROPECUARIAS Y AMBIENTALES DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE, 2019”.

Autor/a: Dayana Jamileth Arteaga Santacruz

Docente: Lic. Cristian Santiago Torres Andrade MSc.

IBARRA, 2020

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS

Yo, **LCDO. CRISTIAN SANTIAGO TORRES ANDRADE MSC.** en calidad de tutor de la tesis titulada: **“INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAL FEMENINO DE LA FACULTAD DE INGENIERÍA EN CIENCIAS AGROPECUARIAS Y AMBIENTALES DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE, 2019”**, de autoría de **DAYANA JAMILETH ARTEAGA SANTACRUZ**, una vez revisada y hechas las correcciones solicitadas certifico que está apta para su defensa, y para que sea sometida a evaluación de tribunales.

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

Lo certifico:

(Firma).....

Lcdo. Cristian Santiago Torres Andrade MSc.

C.I.: 100364968-6



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:	100414870-4		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Arteaga Santacruz Dayana Jamileth		
DIRECCIÓN:	Hugo Guzmán Lara 12-69 y Pedro Montufar		
EMAIL:	jamiletharteaga@gmail.com		
TELÉFONO FIJO:	2-5000-335	TELF. MÓVIL:	0997142776
DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO:	"INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAL FEMENINO DE LA FACULTAD DE INGENIERÍA EN CIENCIAS AGROPECUARIAS Y AMBIENTALES DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE, 2019".		
AUTOR (A):	Arteaga Santacruz Dayana Jamileth		
FECHA:	19/02/2020		
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO			
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO		
TITULO POR EL QUE OPTA:	Licenciada en Terapia Física Médica		
ASESOR /DIRECTOR:	Lcdo. Cristian Santiago Torres Andrade MSc.		

2.- CONSTANCIAS

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

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

EL AUTOR:

(Firma) 

Dayana Jamileth Arteaga Santacruz

C.C: 100414870-4

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCS-UTN

Fecha: Ibarra, 19 de febrero del 2020

ARTEAGA SANTACRUZ DAYANA JAMILETH "INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAL FEMENINO DE LA FACULTAD DE INGENIERÍA EN CIENCIAS AGROPECUARIAS Y AMBIENTALES DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE, 2019" / Trabajo de grado. Licenciada en Terapia Física Médica. Universidad Técnica del Norte.

DIRECTOR: Lcdo. Cristian Santiago Torres Andrade MSc.


El principal objetivo de la presente investigación fue: Identificarla incontinencia urinaria y su efecto en la calidad de vida de las mujeres adultas mayores que residen en el Hogar de Ancianos Carmen Ruiz de Echeverría. Entre los objetivos específicos constan: Caracterizar socio demográficamente a los sujetos de estudio. Clasificar la incontinencia urinaria según tipos: Evaluar la calidad de vida en función de la incontinencia urinaria, de los sujetos de estudio. Relacionar los tipos de incontinencia urinaria, con las subescalas de calidad de vida.

Fecha: Ibarra, 19 de febrero del 2020


Lcdo. Cristian Santiago Torres Andrade MSc.



DIRECTOR DE TESIS


Arteaga Santacruz Dayana Jamileth

AUTOR

DEDICATORIA

A Dios porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome la fortaleza para continuar.

Esta investigación se la dedico principalmente a mi madre Lidia Santacruz, a quién amo y que a lo largo de mi vida ha velado por mi bienestar y educación, siendo mi apoyo en todo momento y el pilar fundamental de mi vida.

A mis amigas con quienes he compartido momentos inolvidables durante nuestra formación profesional y con quienes siempre he podido contar tanto emocional como académicamente.

Arteaga Santacruz Dayana Jamileth

AGRADECIMIENTO

Dedico este trabajo principalmente a Dios, quien me ha dado la suerte de poder compartir este logro con mi madre, además de guiarme y colocarme por persona maravillosas durante el transcurso de aprendizaje de la carrera de fisioterapia.

Agradezco a la Universidad Técnica del Norte por haberme permitido formarme en sus aulas y en la cual he crecido profesionalmente durante estos años y a las autoridades que la conforman por su apoyo.

A mis docentes por compartir sus conocimientos y a mi tutor de tesis por su tiempo, dedicación y apoyo constantes a lo largo de este trabajo para poder culminar esta etapa como profesional.

Arteaga Santacruz Dayana Jamileth

INDICE GENERAL

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	iii
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO.....	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
INDICE GENERAL	viii
INDICE DE TABLAS	xi
RESUMEN	xiii
ABSTRACT.....	xiv
CAPÍTULO I	1
1. El problema de la investigación	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema.....	3
1.3. Justificación	4
1.4. Objetivos	5
1.4.1. Objetivo general	5
1.4.2. Objetivo específico.....	5
1.5. Preguntas de investigación	6
CAPÍTULO II.....	7
2. Marco teórico	7
2.1. Sistema Urinario.....	7
2.1.1. Riñón.....	8
2.1.2. Uréteres	8
2.1.3. Vejiga.....	8
2.1.4. Uretra	9
2.2. Anatomía del suelo pélvico	10
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.....	13
2.6. Fisiopatología de la IU	14

2.6.1.	Clasificación de la disfunción vesical neuropática	15
2.6.2.	Mecanismos esfinterianos en la mujer	16
2.6.3.	Mecanismos de sostén del suelo pélvico.....	16
2.7.	Clasificación de la incontinencia urinaria	17
2.7.1.	Incontinencia urinaria de estrés o esfuerzo (IUE)	17
2.7.2.	Incontinencia urinaria de urgencia (IUU)	17
2.7.3.	Incontinencia urinaria mixta (IUM).....	18
2.7.4.	Enuresis nocturna	18
2.7.5.	Incontinencia urinaria por rebosamiento o reflujo	18
2.7.6.	Factores de riesgo	18
2.8.	Mujeres y salud	20
2.9.	Calidad de vida.....	21
2.9.1.	Calidad de vida relacionada con la salud	21
2.9.2.	Aspectos de la calidad de vida relacionada con la salud	22
2.9.3.	Calidad de vida en relación con la incontinencia urinaria.....	23
2.10.	Evaluación de la incontinencia urinaria y calidad de vida	23
2.10.1.	Cuestionario de la incontinencia urinaria (ICIQ-IU-SF).....	24
2.10.2.	Instrumento para la calidad de vida con incontinencia (I-QOL)	25
2.11.	Marco legal y ético	25
2.11.1.	Salud en la constitución de la república 2008	25
2.11.2.	Plan toda una vida	29
CAPÍTULO III.....		32
3.	Metodología de la investigación.....	32
3.1.	Diseño de la investigación.....	32
3.2.	Tipo de la investigación	32
3.3.	Localización y ubicación del estudio.....	33
3.4.	Población de estudio.....	33
3.4.1.	Criterios de inclusión.....	33
3.4.2.	Criterios de exclusión	33
3.4.3.	Criterios de salida.....	33
3.5.	Operacionalización de variables	34
3.5.1.	Variables de caracterización	34
3.5.2.	Variables de interés	35
3.6.	Métodos y técnicas de recolección de información	36

3.6.1.	Métodos de recolección de datos	36
3.6.2.	Técnicas e instrumentos.....	36
3.7.	Validación de instrumentos	37
3.7.1.	Cuestionario de Incontinencia Urinaria (ICIQ-IU-SF)	37
3.7.2.	Instrumento para la calidad de vida con incontinencia (I-QOL)	37
CAPÍTULO IV		38
4.	Análisis y discusión de resultados	38
4.1.	Respuestas a las preguntas de investigación	46
CAPÍTULO V		47
5.	Análisis y discusión de resultados	47
5.1.	Conclusiones	47
5.2.	Recomendaciones.....	47
BIBLIOGRAFÍA		49
ANEXOS		55
Anexo 1.	Oficio de autorización de la Universidad	55
Anexo 2.	Consentimiento	56
Anexo 3.	Cuestionario sobre aspectos sociodemográficos	58
Anexo 4.	Cuestionario ICIQ-IU-SF	59
Anexo 5.	Cuestionario I-QOL para la calidad de vida con IU	60
Anexo 6.	Recopilación de información mediante los cuestionarios	61
Anexo 7.	Evidencias fotográficas.....	63
Anexo 8.	Resultados análisis Urkund.....	64

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Caracterización de la población de estudio según edad.....	38
Tabla 2. Caracterización de la población de estudio según etnia.....	39
Tabla 3. Caracterización de la población de estudio según número de hijos.....	40
Tabla 4. Prevalencia puntual de incontinencia urinaria	41
Tabla 5. Prevalencia de la incontinencia urinaria según tipos	42
Tabla 6. Evaluación de la calidad de vida en función de la incontinencia urinaria ...	43
Tabla 7. Evaluación de la calidad de vida según subescalas I-QOL test	44
Tabla 8. Relación entre tipos de incontinencia urinaria y puntuaciones de las subescalas de calidad de vida.....	45

Tema:

“INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAL FEMENINO DE LA FACULTAD DE INGENIERÍA EN CIENCIAS AGROPECUARIAS Y AMBIENTALES DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE, 2019”

RESUMEN

INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAL FEMENINO DE LA FACULTAD DE INGENIERÍA EN CIENCIAS AGROPECUARIAS Y AMBIENTALES DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE, 2019

Autora: Arteaga Santacruz Dayana Jamileth

Correo electrónico: djarteagas@utn.edu.ec

La incontinencia urinaria (IU), es la pérdida involuntaria de orina, una enfermedad que se presenta principalmente en mujeres, afectando progresivamente el bienestar de las personas que lo padecen tanto física, psicológica y socialmente, representando un problema de salud pública debido a su prevalencia y afectación en la calidad de vida. El motivo de la investigación fue determinar la prevalencia de la incontinencia urinaria y su efecto en la calidad de vida de las mujeres de la facultad de ingeniería en ciencias agropecuarias y ambientales de la Universidad Técnica del Norte. La metodología utilizada en la investigación es de tipo no experimental, de corte transversal, descriptivo, epidemiológico de prevalencia puntual y cuali-cuantitativo. La población de estudio fue de 25 mujeres entre 25 a 70 años de edad. Los resultados indican que las mujeres se encuentran entre 36 a 64 años de edad, en relación con la etnia mestiza, las cuales son mujeres multíparas. La prevalencia de incontinencia urinaria fue del 56% de la población de estudio, siendo la incontinencia urinaria de esfuerzo la más prevalente, seguida de la incontinencia urinaria de urgencia. En cuanto a la calidad de vida el 92,86% de la población de estudio presenta pérdida de la misma. En lo que respecta a la calidad de vida la subescala con mayor afectación fue vergüenza social y en la relación con los tipos de incontinencia urinaria y calidad de vida, tanto la incontinencia urinaria de esfuerzo como la incontinencia urinaria de urgencia presentaron mayor afectación y el mismo porcentaje en la subescala de vergüenza social.

Palabras clave: Incontinencia urinaria, calidad de vida, prevalencia, afectación, bienestar, epidemiológico.

ABSTRACT



URINARY INCONTINENCE AND QUALITY OF LIFE IN FEMALE STAFF OF THE FACULTY OF ENGINEERING IN AGRICULTURAL AND ENVIRONMENTAL SCIENCES OF TECNICA DEL NORTE UNIVERSITY, 2019

Author: Arteaga Santacruz Dayana Jamileth

Email: djarteagas@utn.edu.ec

This research aimed to determine the prevalence of urinary incontinence and its effect on the quality of life of women of the Faculty of Engineering in Agricultural and Environmental Sciences of TNU. The methodology used in the research is of a non-experimental, cross-sectional, descriptive, epidemiological type of punctual and qualitative quantitative prevalence. The study population was composed of 25 women between 25 and 70 years of age. The results show that these women are between 36 and 64 years of age, mostly mestizo, multiparous. The prevalence of urinary incontinence was 56% of the study population, with stress urinary incontinence being the most prevalent, followed by urge urinary incontinence. The quality of life, a 92.86% of the study population has a decreased quality of life, the most affected subscale was social shame and in relation to the types of urinary incontinence and quality of life, both stress urinary incontinence and urge urinary incontinence presented greater affectation and the same percentage in the subscale of social shame.

Keywords: Urinary incontinence, quality of life, prevalence, affectation, well-being, epidemiological.



CAPÍTULO I

1. El problema de la investigación

1.1. Planteamiento del problema

La incontinencia urinaria (IU), definida por la Sociedad Internacional de Continencia (ICS) como cualquier pérdida involuntaria de orina, es una enfermedad común, que afecta principalmente a mujeres. Representa un problema de salud pública por su alta prevalencia, según estudios de diversos países y su carga relativa en términos de calidad de vida, por tal motivo la ICS recomienda incluir parámetros de calidad de vida en la evaluación de los tratamientos de la IU utilizando cuestionarios mixtos de síntomas y calidad de vida (1).

La IU es una afección que padecen 400 millones de personas a nivel mundial y está posicionada en el quinto lugar en cuanto al impacto en la calidad de vida de los pacientes según la escala del Nottingham Health Profile, situándose por encima de patologías como el infarto de miocardio o la diabetes y es clasificado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un problema de salud, como se muestra en el informe “Hygiene Matters”, donde se analiza la relación entre higiene, salud y bienestar de las personas (2).

Un estudio reciente en cuatro países europeos (Francia, Alemania, Reino Unido y España) llevado a cabo sobre las respuestas de una encuesta por correo a 17.080 mujeres de más de 18 años demostró que referían pérdidas involuntarias de orina en los 30 días previos. La tasa de prevalencia fue muy similar en todos los países del 44, 41 y 42%, excepto en España cuya tasa resultó menor con 23%. En estos estudios europeos se constata que la prevalencia de IU aumenta con la edad (3).

A nivel de Latinoamérica en Chile se reporta un estudio de prevalencia entre 25% al 45% que concuerda con las cifras de prevalencia internacional y 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, afección que repercute en la salud mental y social. Esto afecta la autoestima y podría llegar a ser un desencadenante de depresión (4). En

México, estudios realizados en poblaciones específicas reportaron una prevalencia que varía entre el 13,6% y 48%, afecta más a las mujeres y su prevalencia se incrementa con la edad y deteriora la calidad de vida (5).

En España, un estudio realizado a mujeres con incontinencia urinaria de cualquier tipo (esfuerzo, urgencia o mixta) menciona que la IU se percibe como una molestia que genera sentimientos de baja autoestima, es limitante, restringe el contacto social, interfiere en las tareas domésticas y puede dificultar el trabajo fuera de casa. Ocasiona también problemas económicos, tanto para el sistema sanitario como personales, debido al gasto en compresas y absorbentes, y causa contaminación ambiental (6).

El costo económico de pacientes con incontinencia urinaria IU representa un problema relevante para el sistema de salud, según un estudio reciente en los Estados Unidos el costo promedio anual asciende a \$1,925 entre costos médicos directos e indirectos, considerando el número de adultos que sufren de IU en Estados Unidos el costo nacional para el sistema de salud se estima en \$65.9 billones, valor que podría aumentar a \$82.6 billones para el año 2020 (7).

Un estudio realizado en Colombia, menciona que la incontinencia urinaria tiene consecuencias para las personas en sus dimensiones física, psicológica y social. En cuanto a efectos físicos el problema produce irritación en la región genital por la humedad constante, aumentando las infecciones. Por su parte, las repercusiones psicosociales que genera son frecuentes e importantes causando sufrimiento, se afecta la autoestima, se abandonan algunas aficiones, se limita la práctica deportiva, se altera la vida sexual y se deterioran las relaciones sociales (8).

En el Ecuador, un estudio realizado en mujeres de 45 a 65 años, atendidas en el Hospital “Padre Carollo” demostró que la prevalencia de IU fue de 5.07%. El tipo de IU más frecuente fue IU de esfuerzo y existió una relación entre el número de gestas e IU, para mujeres primíparas, multíparas y gran multíparas (7)

En la provincia de Imbabura no existen estudios acerca de la incontinencia urinaria, desconociendo su prevalencia, afectación en la calidad de vida en las mujeres que la padecen y el impacto que tiene en la sociedad.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la prevalencia y los efectos de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de las mujeres de la facultad de ingeniería en ciencias agropecuarias y ambientales FICAYA, de la Universidad Técnica del Norte?

1.3. Justificación

El presente estudio de investigación tuvo como finalidad identificar la prevalencia de la incontinencia urinaria y como está afecta en la calidad de vida de quienes la padecen, tal como lo muestran varios estudios a nivel mundial.

Esta investigación fue viable ya que se contó con la autorización del rector y decano de la facultad de ingeniería en ciencias agropecuarias y la participación de los sujetos de estudio a través de la firma del consentimiento informado y finalmente la presencia del investigador capacitado en el tema a estudiar.

La información analizada en la investigación podrá ser utilizada en futuros proyectos de investigación o artículos enfocados a dar una solución para las personas afectadas con incontinencia urinaria mediante la intervención fisioterapéutica, reduciendo así, su prevalencia y afectación de la calidad de vida en las personas que la padecen.

En caso de darse solución mediante la aplicación de tratamientos específicos para la incontinencia urinaria, se disminuirá significativamente el impacto de la incontinencia urinaria en la sociedad y su afectación en la calidad de vida. Además, ayudará a revertir el gasto económico evitando la compra de productos absorbentes y los daños que estos ocasionan al medio ambiente.

La investigación es factible ya que se cuenta con los conocimientos teóricos, medios bibliográficos e instrumentos validados necesarios para llevar a cabo este estudio en la población establecida.

Los beneficiarios de la investigación en primera instancia fueron las mujeres que presentaron incontinencia urinaria y el investigador adquirió y reforzó sus conocimientos, mientras que los beneficiarios indirectos fue la Universidad Técnica del Norte ya que se vio reflejada la investigación a nivel de carrera y por ende de la universidad.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Determinar la prevalencia de la incontinencia urinaria y su efecto en la calidad de vida del personal femenino de la facultad de ingeniería en ciencias agropecuarias y ambientales de la Universidad Técnica del Norte.

1.4.2. Objetivo específico

- 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 subescalas de calidad de vida.

1.5. Preguntas de investigación

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

CAPÍTULO II

2. Marco teórico

2.1. Sistema Urinario

El sistema urinario está constituido por dos órganos que producen la orina, los riñones, y por las vías urinarias, que la conducen al exterior. Las vías urinarias constan de varias partes: una serie de tubos para cada riñón (cálices, pelvis y uréter), que transportan la orina desde los riñones a la vejiga urinaria; la vejiga urinaria, una formación sacular que sirve de reservorio de orina entre las micciones; y un conducto excretor, la uretra, que conduce la orina hacia el exterior (9).

Además, está compuesto por dos uréteres que conducen la orina, la vejiga que almacena la orina y finalmente la uretra la cual evacua el contenido de la vejiga hacia afuera del cuerpo. Este aparato contribuye, junto con los pulmones y el hígado, a mantener la homeostasis, ya que a través de la orina se eliminan del organismo ciertos productos finales del metabolismo y se conservan agua, electrolitos y otros elementos. Además de esta función reguladora, el riñón también funciona como un órgano endocrino. Las hormonas que sintetiza y secreta el riñón incluyen la renina, una enzima que participa en la regulación de la presión arterial, y la eritropoyetina, que regula la eritropoyesis (formación de eritrocitos), entre otras más (10).

El aparato urinario y el aparato reproductor guardan una íntima relación evolutiva y embriológica, de ahí que tanto en embriología como en anatomía comparada se hable de un aparato genitourinario. Gran parte de ambos aparatos deriva del mesodermo intermedio y, en las etapas tempranas del desarrollo, la cloaca es una cavidad común en la que desembocan los conductos excretores urinario y genital, además de ser la porción terminal del tubo digestivo. Los cambios sexuales y reproductivos que tienen lugar durante la evolución de los vertebrados condicionan la morfología de la cloaca y la progresiva independencia de los aparatos digestivo, genital y urinario. (9)

2.1.1. Riñón

Los riñones son órganos en forma de frijol más o menos del tamaño de su puño. Se localizan cerca de la parte media de la espalda, justo debajo de la caja torácica. El riñón de un adulto mide aproximadamente 13 cm. de largo por 8 cm. de ancho, con un grosor de unos 3 cm. Cada riñón está protegido por tres capas. La más interna es una capa fibrosa y transparente denominada cápsula renal. La capa intermedia se denomina cápsula adiposa. Y la más externa es la fascia renal, que fija el riñón al resto de las estructuras abdominales. Los riñones eliminan la urea del cuerpo a través de las nefronas, que son unidades minúsculas de filtrado. Cada nefrona consta de una bola formada por capilares sanguíneos, llamados glomérulos, y un tubo pequeño llamado túbulo renal. La urea, junto con el agua y otras sustancias de desecho, forma la orina mientras pasa por las nefronas y a través de los túbulos renales del riñón. Desde los riñones, la orina viaja a la vejiga por dos tubos delgados llamados uréteres (11) (12).

2.1.2. Uréteres

El uréter es el conducto urinario que va del riñón a la vejiga; mide aproximadamente 25cm de longitud y su localización es completamente retroperitoneal. La mitad inferior de cada uréter atraviesa la pelvis tras cruzar los vasos iliacos comunes en la bifurcación, medialmente a los vasos ováricos. Desciende hacia la pelvis adherido al peritoneo de la pared pélvica lateral y de la hoja medial del ligamento ancho, y entra en la base vesical anterior a la porción superior de la vagina, con una trayectoria en sentido oblicuo a través de la pared vesical, para terminar en el triángulo vesical. La mucosa uretral es un epitelio de transición. La capa muscular consiste en dos capas de musculo liso, una longitud interna y otra circular externa. Una hoja protectora de tejido conectivo, que se adhiere al peritoneo, envuelve el uréter (13).

2.1.3. Vejiga

La vejiga es un órgano único, que se localiza en la parte central de la pelvis. Tiene una forma esférica que continúa con la uretra en su parte inferior. Su función es la de almacenar la orina, acomodándose mediante distensión hasta volúmenes de 250-500 ml. Cuando alcanza su capacidad de llenado, la vejiga se vacía mediante la relajación

de los elementos infravesicales, cuello vesical y esfínter externo uretral, seguido de la contracción del detrusor, músculo vesical constituido por fibras musculares lisas de control vegetativo autónomo que gracias a sus características elásticas es capaz de distenderse hasta su capacidad máxima, sin apenas modificar la presión interna. La parte triangular comprendida entre los uréteres y la uretra se denomina trígono. La pared vesical tiene tres capas difíciles de distinguir:

- 1) La serosa o peritoneal, externa, que sólo existe en la superficie superior y separa la vejiga del aparato digestivo.
- 2) La muscular de músculo liso, el detrusor, formada por tres capas musculares: la externa, compuesta por fibras musculares longitudinales, numerosas en la zona media y zona del cuello, algunas de las cuales continúan en las paredes ureterales y de la uretra; la media, de fibras circulares, abunda en la zona del fondo y del cuerpo de la vejiga; y la capa interna, también con fibras longitudinales que ocasionalmente envía fibras a la mucosa. En la zona del trígono esta capa está íntimamente adherida a la mucosa y forman el músculo trigonal.
- 3) La mucosa y submucosa interna están en contacto con la orina (14).

2.1.4. Uretra

Estructura anatómica fibromuscular de 3 a 4 cm de longitud, con un orificio interno de la uretra dirigido hacia la vejiga, incluida en la pared anterior vaginal, terminando en el orificio externo de la uretra y localizada en el vestíbulo de la vagina, entre el clítoris y el orificio vaginal. Hacia delante se relaciona con la cara posterior de la sínfisis púbica, que se une a través de ligamentos puboureterales. Las fibras musculares de la uretra rodean su tercio medio; además, la contracción de los músculos elevadores del ano ayuda de forma adicional al esfínter. La uretra esta irrigada por las arterias vesicales inferiores y el retorno venoso a través del plexo vesical. La mucosa recibe su inervación sensitiva del nervio pudendo interno de S2 a S4, los cuales, además, llevan fibras de los nervios espláncnicos pélvicos (15).

2.2. Anatomía del suelo pélvico

El periné o suelo pélvico es la región anatómica compuesta de partes blandas que cierra la cavidad pelviana, inferior al diafragma pélvico, localizada entre los muslos, la sínfisis del pubis y el cóccix. Contiene estructuras que soportan las vísceras urológicas, genitales y ano. Tiene forma romboidal que se divide en 2 triángulos:

- Triángulo posterior o periné posterior: región anal
- Triángulo anterior o periné anterior: región urogenital (diferente en el hombre como en la mujer) (16).

Musculatura del piso pélvico

Corresponde a un grupo de músculos estriados dependientes del control voluntario, que forman una estructura de soporte similar a una “hamaca” para los órganos de la pelvis. El músculo más importante es el elevador del ano. Se divide en tres planos:

- Plano profundo: músculo elevador del ano, iliococcígeo, pubococcígeo (pubovaginal, puborrectal, pubococcígeo) e isquiococcígeo.
- Plano medio: músculo transverso profundo del periné, esfínter externo de la uretra.
- Plano superficial: esfínter externo del ano, transverso superficial del periné, músculo isquiocavernoso, músculo bulbocavernoso (17).

2.3. Fisiología de la micción

La micción es el proceso por virtud del cual la vejiga se vacía cuando está llena, es decir, la vejiga se llena poco a poco hasta que la tensión de sus paredes se eleva por encima de un valor umbral; entonces, se desencadena un reflejo nervioso denominado reflejo de micción, que provoca la micción, o si no lo logra, por lo menos desencadena el deseo consciente de orinar. La continencia es un fenómeno aprendido que depende en reposo del funcionalismo de la vejiga, de unas vías neurológicas intactas y de un mecanismo efectivo del esfínter intrínseco (18).

La vía urinaria inferior está integrada por dos unidades funcionales: la vejiga (reservorio de orina) y la uretra (drenaje) que incluye al cuello vesical y al esfínter uretral externo. Su función principal consiste en lograr la coordinación entre el almacenamiento de la orina y su vaciamiento de forma voluntaria en condiciones fisiológicas. Para que los procesos de almacenamiento y vaciamiento de la orina se completen es necesario que las estructuras estén íntegras, que haya una adecuada coordinación entre la contracción y la relajación de la musculatura lisa y estriada, llevada a cabo por un sistema de control neurológico conformado por la corteza, el tallo cerebral, la médula espinal y los ganglios periféricos, con interrelación entre el sistema nervioso autónomo, somático y central (19).

La micción consta de dos fases: almacenamiento y vaciamiento que se sincronizan por circuitos de intercambio entre el simpático y parasimpático.

- La activación simpática permite el almacenamiento por relajación del detrusor y contracción del esfínter del cuello vesical y la uretra.
- La activación del sistema parasimpático facilita la evacuación por contracción del detrusor y relajación del sistema simpático, para así mantener la reciprocidad entre la vejiga y la vía de salida. Si estos circuitos funcionan entre sí de manera aislada se genera una micción no coordinada o disinergia detrusor-esfínter (19).

2.3.1. Fases de la micción

Fase de llenado

Durante esta fase, la vejiga actúa como un contenedor de orina, acomodándose, gracias a la elasticidad y al tono de su músculo (detrusor), al llenado continuo de orina que le llega gota a gota por los uréteres, hasta alcanzar su máxima capacidad, variable entre los individuos, pero con unos valores normales de 350-500ml. El paulatino llenado vesical no es consciente, sólo se hace perceptible cuando la vejiga está llena. Se dispone a partir de entonces de un cierto tiempo hasta encontrar el momento y lugar adecuados para orinar. Durante esta fase, la uretra mantendrá los mecanismos de cierre

activados para impedir el escape de orina al exterior. Así pues, tanto el cuello vesical (esfínter interno) como el esfínter externo, permanecerán cerrados. El llenado vesical permite al individuo estar libre de verter su orina durante un tiempo, que dependerá de la capacidad de su vejiga, del ritmo de formación y de la evacuación de orina de sus riñones (diuresis) y de circunstancias sociales (20).

Fase de vaciamiento

Cuando la vejiga ha alcanzado su límite fisiológico y el sujeto está en el momento y el lugar adecuados, el esfínter externo de la uretra se relaja voluntariamente, abriéndose hacia la uretra iniciándose la contracción del detrusor simultánea a la apertura involuntaria del cuello vesical. La micción que se realiza como acto fisiológico automatizado necesita de la coordinación entre la vejiga y la uretra. Es preciso que el cuello vesical (esfínter interno) y el esfínter externo estén abiertos en el momento en que el detrusor se contraiga. No tendría sentido que el detrusor iniciara el vaciado contra una uretra cerrada. La uretra relajada sus mecanismos de cierre para permitir la salida de la orina almacenada en la vejiga y la conduce al exterior a través de su orificio externo, llamado meato uretral. La contracción del detrusor viene causada y está controlada por el sistema nervioso, único responsable de ella, junto con la calidad del propio músculo (20).

2.4. Control nervioso de las vías urinarias inferiores

➤ **Vías parasimpáticas**

La inervación parasimpática del útero, vejiga y el ano procede de los segmentos S1, S2 y S3; estas fibras tienen importancia para el control de la función muscular lisa en la vejiga y el esfínter anal (21).

➤ **Vías simpáticas**

La inervación simpática se origina en fibras preganglionares del nivel T10, T11 e inerva a los ovarios y las trompas a través de fibras simpáticas, que siguen el trayecto de los vasos ováricos (21).

El cuerpo y el cérvix uterino reciben la inervación simpática a través del plexo hipogástrico, que acompaña a las ramas de los vasos iliacos y que también contienen fibras que perciben la distensión (21).

➤ **Vías somáticas**

La inervación somática de la vulva y del suelo pélvico depende de los nervios pudendos, originados de los segmentos medulares S2, S3 y S4. Estos nervios contienen componentes aferente y eferente.

Los nervios pudendos se originan en el plexo lumbosacro y salen de la pelvis por debajo del ligamento sacroespinoso para entrar en el conducto de Alcock y atravesar las capas de la pared de la fosa isquiorrectal para entrar al periné.

Las ramas motoras inervan los músculos del esfínter anal externo, los músculos perineales superficiales y el esfínter uretral externo (21).

➤ **Vías aferentes**

El dolor uterino lo median unos nervios aferentes simpáticos que llegan a T11/T12 y L1/L2; este dolor se percibe en la parte inferior del abdomen y superior de la columna lumbar.

El dolor cervical viene por unos nervios aferentes parasimpáticos, que se dirigen hacia S1, S2 y S3; el dolor perineal se percibe en el propio periné y viene mediado por los nervios pudendos (21).

2.5. Incontinencia urinaria

Es el síndrome más frecuente dentro de las alteraciones urológicas es la incontinencia urinaria. La incontinencia urinaria (IU) es definida por la Sociedad Internacional de Continencia (ICS) como la pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable, que constituye un problema social e higiénico (22).

2.6. Fisiopatología de la IU

Anatómicamente, la fase de continencia depende de la viscoelasticidad del detrusor (acomodación) y de la coaptación (resistencia pasiva) del tracto de salida. La fase miccional depende de la viscoelasticidad del detrusor y de la conductancia del tracto de salida (ausencia de obstrucción). Funcionalmente, la fase de continencia depende de la ausencia de contracciones vesicales y del cierre esfinteriano activo, mientras que la fase miccional requiere de contracción del detrusor y apertura del aparato esfinteriano (23).

La coordinación y regulación de estas relaciones depende de la innervación tanto visceral (autonómica simpática y parasimpática) como somática, requiriendo integración a distintos niveles neurológicos (medular, mesencefálico y cortical). La incontinencia urinaria es un trastorno de la fase de continencia y puede obedecer a problemas del tracto de salida, del detrusor o de ambos. En el primer caso nos describimos a las incontinencias “de esfuerzo”. En esta situación habitualmente existe un problema en la transmisión de la presión intra abdominal a la uretra proximal, la cual no se coapta adecuadamente por la pérdida de soporte de los órganos pélvicos, debido al daño de la base músculo aponeurótica del perineo (ej. daño por multiparidad, hipoestrogenismo perimenopáusico, cirugías pelvianas) (23).

Existen también incontinencias de esfuerzo que se deben a una incompetencia esfinteriana intrínseca (ej. daño por cirugías múltiples, radioterapia, lesiones del cono medular o de nervios periféricos). En los casos de incontinencia por causa del detrusor, podemos diferenciar las que se deben a hiperactividad del detrusor, las que se relacionan a pérdida de la acomodación vesical (capacidad de almacenar orina a baja presión) o las que se relacionan con una ineficiencia de vaciado que conduce a incontinencia por rebosamiento. La hiperactividad vesical se caracteriza por el incremento activo de la presión intravesical durante la fase de continencia, ya sea por contracciones fásicas del detrusor o por incremento sostenido del tono del mismo. La hiperactividad puede ser de causa idiopática (primaria) o de base neurológica (23).

El envejecimiento produce cambios fisiológicos que generan alteraciones que disminuyen la posibilidad de continencia. La función uretral y vesical parecen deteriorarse con el paso de los años donde se 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 en la medición del residuo post miccional diarios en ambos sexos. Además, el deterioro a nivel de sistema nervioso central puede alterar los mecanismos de continencia urinaria (24).

2.6.1. Clasificación de la disfunción vesical neuropática

➤ Lesiones supraespinales

La lesión de la neurona supraespinal genera una desinergia esfínter detrusor. Hay pérdida del control del parasimpático, con alteración de la contracción del detrusor. Además, denervación somática del esfínter externo por lesión del pudendo (núcleo de Onuf es sacro). Existe sensación dolorosa por la preservación simpática con alteración del tono esfinteriano y, al estar el detrusor arrefléxico, se puede presentar obstrucción y/o retención urinaria con incontinencia por rebosamiento (25) (26).

➤ Lesiones suprasacras

La lesión de la neurona motora superior (por arriba de los segmentos sacros): al igual que en otros músculos, generan una espasticidad o hiperreflexia del detrusor, es decir, una vejiga neurogénica hipertónica (25).

El parasimpático y el pudendo están intactos y se bloquea el reflejo cortical inhibitorio de la micción; además presenta un detrusor hiperactivo a través del establecimiento de nuevos reflejos segmentarios mediados por la fibra C con pérdida adicional de coordinación detrusor esfínter del centro pontino de la micción. Esta categoría se caracteriza por la disfunción de almacenamiento y el vaciado (26).

➤ Lesiones infrasacras

La lesión de la neurona motora inferior (segmentos y raíces nerviosas sacras, cauda equina): al igual que en otros músculos, generan flacidez o arreflexia del detrusor, es decir, una vejiga atónica (25).

Estas pacientes presentan arreflexia persistente del detrusor, que lleva a alteración de la compliance por dilatación de las fibras vesicales (si se realiza cateterismo intermitente de forma oportuna podrá evitarse el daño de la compliance) con posterior alteración del vaciamiento y altos residuos postmicciones (26).

2.6.2. Mecanismos esfinterianos en la mujer

Se conocen dos componentes esfinterianos: el esfínter uretral proximal, (esfínter interno liso o del cuello vesical) y el esfínter uretral distal (esfínter externo estriado) (27).

El mecanismo extrínseco, o activo, está constituido por las siguientes estructuras: tejido conjuntivo pélvico subperitoneal y su fijación a la pared pélvica; músculos levantadores del ano, que está compuesto por los músculos pubococcígeo y el íleooccígeo (piso pélvico o diafragma pélvico); y los músculos esfínter uretrovaginal y el compresor de la uretra. Estos tres músculos conjuntamente ejercen la función de “mecanismo esfinteriano de la uretra (27).

El mecanismo intrínseco o pasivo está compuesto por las siguientes estructuras: inervación autonómica (sistema nervioso simpático) y tonos alfa Adrenérgico; musculatura estriada de la pared uretral, el esfínter urogenital estriado más externo (esfínter uretral); plexo vascular submucoso de la uretra; musculatura lisa de la pared uretral y vasos periuretrales; la función de este músculo liso es mantener el tono de la uretra y mantenerse cerrado durante la fase de llenado (27).

2.6.3. Mecanismos de sostén del suelo pélvico

A modo de descripción, se puede dividir en dos grupos:

- Elementos estáticos: fascia endopélvica

La fascia endopélvica no es otra cosa que una red compuesta por colágeno, elastina, fibras musculares y haces vasculares, que rodean a todas las vísceras del piso pélvico, que le dan el soporte lateral, vasculatura e inervación. Su disposición permite entender que tiene funciones como ligamentos, que permiten integrarlas a la musculatura (28).

➤ Elementos dinámicos: músculo elevador del ano.

El musculo elevador del ano (MEA) es un músculo fundamental con dos porciones. La primera se llama pubovisceral, que es el haz que corre como cincha de adelante hacia atrás que tiene una disposición en el eje vertical. Una segunda parte es la iliococcigea que se inserta en el arco tendinoso del elevador del ano, hacia el rafe medio y que tiene una disposición espacial en el sentido horizontal. La parte más importante en la dinámica de la continencia urinaria y rectal, y para mantener esta disposición son los haces puboviscerales, pero es muy importante que la placa de los elevadores, que es la zona horizontal, se mantenga intacta (28).

2.7. Clasificación de la incontinencia urinaria

2.7.1. Incontinencia urinaria de estrés o esfuerzo (IUE)

Se puede definir como síntoma, como signo o como condición. El síntoma de la incontinencia de esfuerzo es la pérdida involuntaria de orina durante el ejercicio físico y el signo es la observación de pérdida de orina por la uretra durante el ejercicio físico (situaciones como correr, toser, estornudar, andar, levantarse, gritar, etc.) y por último como condición es la pérdida involuntaria de orina que se produce cuando la presión intravesical supera la presión uretral máxima en ausencia de contracción del detrusor (29).

2.7.2. Incontinencia urinaria de urgencia (IUU)

Es la pérdida involuntaria de orina asociada a un deseo intenso de orinar (urgencia). La urgencia se puede asociar a dos tipos de disfunciones:

- Hiperactividad del detrusor (urgencia motora). La hiperactividad del detrusor de causa neurógena se denomina hiperreflexia del detrusor. Cuando no se identifica una causa, se denomina inestabilidad del detrusor.
- Hipersensibilidad vesical (urgencia sensorial). Cuando no se detecta hiperactividad vesical (29).

2.7.3. Incontinencia urinaria mixta (IUM)

Es la presencia de incontinencia de esfuerzo y de urgencia al mismo tiempo, que tiende a presentarse generalmente en mujeres mayores (30).

2.7.4. Enuresis nocturna

La enuresis, también conocida como incontinencia nocturna o enuresis nocturna es la micción involuntaria durante el sueño, es más frecuente en niños que en adultos (31).

2.7.5. Incontinencia urinaria por rebosamiento o reflujo

Se define como el goteo o escape continuo de orina asociado a un vaciado incompleto de la vejiga. Otros síntomas que pueden aparecer son: debilidad del chorro urinario, interrupción de la micción y dificultad en su inicio, polaquiuria y nicturia (debido a la relajación nocturna del suelo pélvico y una vejiga llena). Puede simular incontinencia d esfuerzo al estar sobrepasado el esfínter por la cuantiosa cantidad de orina intravesical (32).

2.7.6. Factores de riesgo

➤ Género

La IU es más frecuente en mujeres que en hombres y diferente ya que en los hombres está asociado con la edad y problemas de la próstata en cambio en las mujeres se asocia con la obesidad, estreñimiento, infecciones urinarias y factores relacionados con el parto y menopausia (33).

➤ Edad

La prevalencia aumenta de manera proporcional con la edad, esto se debe a cambios estructurales en el tracto urinario como la disminución de la elasticidad de la vejiga y disminución de la fuerza del músculo detrusor. Además, la ausencia de estrógenos que se presenta en la menopausia, produce atrofia en la mucosa de la uretra, así como debilidad de los músculos de la vejiga (30).

➤ **Genética**

Algunas mujeres nacen con la musculatura del suelo pélvico más débil o susceptible a debilitarse. Existe mayor posibilidad de padecer incontinencia si hay antecedentes familiares (34).

➤ **Raza**

Algunos autores mencionan que la incontinencia urinaria es más prevalente en mujeres de raza blanca (35).

➤ **Peso**

Es una causa reversible de incontinencia urinaria, que conlleva un aumento en la presión intraabdominal con el consecuente debilitamiento de la musculatura del piso pélvico. Se ha demostrado que modificaciones en el estilo de vida del paciente asociado a pérdida de peso, mejora la sintomatología de estas pacientes (30).

➤ **Antecedentes obstétricos**

La mujer desarrolla incontinencia urinaria durante el embarazo y en los 3 meses postparto, presenta un riesgo del 92% de persistir con incontinencia a 5 años. Además, el trauma obstétrico como parto vaginal, episiotomía, fórceps y macrosomía se encuentran dentro de los factores predisponentes para producir IUE en la mujer (30).

2.8. Mujeres y salud

La salud de la mujer es un concepto multidimensional que contiene aspectos socioculturales, psicológicos, biológicos y espirituales. Estos factores ayudan a generar inequidades en la salud de la población en general y principalmente de la mujer por el simple hecho de pertenecer al otro género, viéndose afectadas en algunos aspectos como la desigualdad de poder entre hombres y mujeres, menor remuneración que reciben las mujeres en comparación con los hombres que realizan el mismo trabajo, discriminación a nivel sociocultural, mayores índices de depresión y violencia entre otras. Además, existen una serie de condiciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio que muchas veces terminan en muerte materna. Uno de los principales problemas de salud que sufren las mujeres en América latina y el Caribe están relacionados con la maternidad ya que comprende todos los aspectos de la salud de la mujer durante el embarazo, parto y postparto, aunque a veces esto suele ser positivo para la mayoría de las mujeres es sinónimo de sufrimiento, enfermedad e inclusive la muerte (36).

También desde temprana edad la mujer se ve expuesta a enfermedades de transmisión sexual, que establecen altos riesgos para su cuerpo y para lograr una maternidad satisfactoria, pero se debe tomar en cuenta que la afectación no es solo física sino también psicológica, que no solo comprende a la mujer en estado fértil sino también trasciende hacia su pareja, familia y generaciones posteriores que ocupan estilos de vida no saludables, creencias, actitudes y prácticas perjudiciales para la salud familiar y para la comunidad, por eso es necesario mejorar el conocimiento de la mujer desde edades tempranas a nivel de la atención primaria de salud donde se logra el mayor impacto (37).

Recientemente, en la 72^a Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en mayo de 2019, en un informe del Director General de la OMS, se publicó la Estrategia mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente, 2016-2030. Con respecto al ciclo embarazo-puerperal, el documento presenta un cuidado prenatal de calidad y acceso a profesionales de la salud calificados durante el embarazo y el período posnatal como fundamentales para prevenir las muertes maternas y neonatales (38).

2.9. Calidad de vida

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida como la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. De este modo, la calidad de vida es un constructo multidimensional que comprendería tres dimensiones principalmente:

Dimensión física: percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento.

Dimensión psicológica: percepción del individuo sobre su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro, etc. También incluye tanto las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.

Dimensión social: percepción del individuo sobre las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente y el desempeño laboral (39).

2.9.1. Calidad de vida relacionada con la salud

La buena vida o la calidad de vida (CV) no es un tema nuevo, sin embargo, su incorporación en el área de la salud es reciente. Tal vez, se inició con la definición de salud, por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1948, como el completo bienestar físico, mental y social en varios momentos de su vida y el impacto que tiene en su estado de salud, y no solo la ausencia de enfermedad, esta definición tuvo su mayor auge a partir de la década de los 90 y se mantiene hasta hoy en día (40).

El concepto de calidad de vida también es utilizado como una forma de evaluar los resultados en el área de la salud. Se ha descrito como una perspectiva centrada en el

paciente y el bienestar individual, que identifica la definición de salud como definición de calidad de vida, por tal razón la salud es uno de los principales componentes de la calidad de vida, pero compone una nueva dimensión: la salud perceptual. La importancia está en cómo el individuo percibe su salud y no existen normas sobre lo que debería o no considerarse, de esta forma nace el término calidad de vida relacionada con la salud, es decir que, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se ha definido como el nivel de bienestar y satisfacción del individuo, tanto físico, psicológico y social en relación con los problemas de salud, es decir que por medio de la CVRS se evalúa el nivel de afectación de la enfermedad, condición o trastorno que padece la persona en su vida, teniendo en cuenta que cada persona tiene experiencias, creencias y expectativas diferentes, además agrupan elementos tanto internos como externos con los que interacciona el individuo que pueden llegar a cambiar su estado de salud (40).

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

➤ Funcionamiento físico

Es el grado de limitación que tiene una persona para hacer actividades físicas como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados e intensos (41).

➤ Bienestar Psicológico

Es el estado de salud mental que presenta una persona lo cual incluye su estado de depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general (41).

➤ Estado emocional

Es el grado en que los problemas de la persona interfieren en el trabajo o en otras actividades diarias que realice (41).

➤ Dolor

Es la intensidad del dolor que presenta un apersona y el efecto que este tiene habitualmente en el trabajo, tanto fuera de casa como en el hogar (41).

➤ **Funcionamiento social**

Es el grado en que los problemas tanto de salud física como mental de la persona interfieren en la vida social habitual (41).

➤ **Percepción general de la salud**

Es la valoración personal de la salud que abarca la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar (41).

2.9.3. Calidad de vida en relación con la incontinencia urinaria

La incontinencia urinaria es un problema sanitario importante en todo el mundo, ya que sus repercusiones se ven manifestadas tanto a nivel personal como en la sociedad. La IU es una enfermedad que afecta significativamente la calidad de vida de la persona que la padece, limitando progresivamente su autonomía, lo cual impide que las personas lleven una vida normal, afectan el sueño, limita hacer actividades físicas exigentes, causa daños a la autoestima, provoca aislamiento y por motivos de vergüenza reduce hacer las actividades diarias como por ejemplo ir de compras o mantener una vida social (42).

Además, en la mayoría de los casos las personas que padecen de incontinencia urinaria no consultan su situación con el personal sanitario y asumen su situación sin buscar algún tratamiento los cuales podrían corregir progresivamente su problema y así mejorar su calidad de vida (43).

2.10. Evaluación de la incontinencia urinaria y calidad de vida

Existen diferentes cuestionarios que permiten evaluar y reflejar el impacto en la calidad de vida de esta patología. En los diferentes cuestionarios, aparte de los síntomas urinarios, se analizan ítems sobre la repercusión en el ámbito social, sexual y laboral de las pacientes. El King's Health Questionnaire (KHQ) y el Incontinence

Quality of Life (IQoL) son los cuestionarios más empleados para medir el impacto en la calidad de vida de las pacientes. (44) Además, se aplica el Cuestionario Internacional Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form (ICIQ-SF) que califica la severidad de la IU padecida que considera frecuencia, cantidad de orina perdida y número de escapes de orina diarios además de un listado de situaciones que, al ser seleccionadas, podrían orientar hacia el origen de la IU y es el mismo usuario quien las identifica según su situación (45).

2.10.1. Cuestionario de la incontinencia urinaria (ICIQ-IU-SF)

El cuestionario ICIQ-UI SF consiste en 3 ítems (Frecuencia, Cantidad e Impacto) y 8 preguntas más relacionadas con los síntomas orientativos del tipo de IU. Estas últimas preguntas no se contemplan a la hora de obtener un índice global del ICIQ-UI SF sino que su valor radica en la descripción de las circunstancias que pueden provocar la UI a la paciente¹². De esta forma, la puntuación total de cada paciente se calcula con la suma de los 3 primeros ítems con un rango que oscila entre 0 y 21 puntos. La versión española de este cuestionario⁹ ha demostrado tener unos índices de fiabilidad, consistencia interna y validez no sólo en la descripción del impacto de la IU en la vida de los pacientes sino también para poder hacer una orientación del tipo de IU, en la práctica clínica. Para este último propósito, el cuestionario incluye, como en el caso de KHQ, un apartado específico. Las pacientes en este caso deben señalar todos aquellos síntomas relacionados con la IU que sean aplicables a su caso en particular. A partir de las respuestas obtenidas, se procedió a su clasificación diagnóstica siguiendo los siguientes criterios: (46).

- Se considera que un paciente tiene síntomas sugestivos de IUE si se contemplan como afirmativas al menos una de las siguientes preguntas: pérdida de orina mientras tose o estornuda, pérdida de orina cuando se realiza un esfuerzo físico o ejercicio. Además de señalar al menos una de las anteriores, la pregunta referida a las pérdidas de orina antes de llegar al baño no debe ser señalada (46).

- Se considera que una paciente tiene síntomas sugestivos de IJU cuando refiere problemas de pérdida de orina antes de llegar al baño y no señala ningún ítem específico de IUE (46).
- Se considera que un paciente sufre IUM cuando indica problemas de pérdida de orina antes de llegar al baño y alguna de los síntomas asociados a IUE (46).

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

El I-Qol es un instrumento de evaluación específica que consta de 22 apartados con cinco posibles respuestas (mucho, bastante, regular, un poco o nada). Para su interpretación, el resultado se transforma en una escala del 0 al 100 y los resultados más altos indican mejor calidad de vida relacionada con la incontinencia urinaria. Dicho cuestionario se divide en tres subescalas: limitación de la actividad o conducta (ocho preguntas), efecto psicosocial (nueve preguntas) y preocupación social (cinco preguntas) (47).

2.11. Marco legal y ético

2.11.1. Salud en la constitución de la república 2008

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.

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.

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.

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.

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*

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.

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.

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. 17

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. (48)

2.11.2. Plan toda una vida

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

Múltiples espacios de diálogo destacan la importancia del uso del espacio público y el fortalecimiento de la interculturalidad; así como los servicios sociales tales como la salud y la educación. Uno de los servicios sociales más importantes y prioritarios es el agua, el acceso y la calidad de este recurso para el consumo humano, los servicios de saneamiento y, por supuesto, para la producción y sistemas de riego.

La ciudadanía hace hincapié en el acceso a los servicios básicos y el disfrute de un hábitat seguro, que supone los espacios públicos, de recreación, vías, movilidad, transporte sostenible y calidad ambiental, así como a facilidades e incentivos a través de créditos y bonos para la adquisición de vivienda social; pero también señala la importancia del adecuado uso del suelo y el control de construcciones.

Nuevamente, se reitera la pertinencia territorial, cultural y poblacional de los servicios sociales, sobre todo en los temas de vivienda, salud o educación. Se demanda la garantía de salud de manera inclusiva e intercultural, con énfasis en la atención

preventiva, el acceso a medicamentos, la salud sexual y reproductiva, la salud mental; impulsando el desarrollo permanente de la ciencia e investigación. Concomitante a la salud, en los diferentes diálogos ciudadanos se señala la problemática de la malnutrición, que comprende trastornos como la desnutrición, la obesidad y el sobrepeso, los cuales tienen implicaciones en los hábitos y las prácticas culturales, que deben ser prevenidas con campañas de información permanente sobre los alimentos que se consumen.

Para el caso de la educación se señala que el acceso a los diferentes niveles (inicial, básica, bachillerato y superior) debe garantizarse de manera inclusiva, participativa y pertinente, con disponibilidad para la población en su propio territorio. Se debe implementar modalidades alternativas de educación para la construcción de una sociedad educadora en los niveles que mayor atención requieren: el bachillerato y la educación superior. Las mesas de diálogo por la plurinacionalidad, la cultura, la educación, entre otras, destacan la importancia de la profesionalización de la ciudadanía (oficios, artesanos, artistas, otros), para lo cual es prioritario fortalecer la educación técnica y tecnológica al considerarla como de tercer nivel. Además, plantea que la oferta académica debe tener pertinencia productiva (según sus diferentes entornos y territorios) y vinculación con el mundo laboral.

Entre las prioridades se encuentra también la erradicación de diferentes formas de violencia, principalmente respecto a mujeres, niños, niñas, adolescentes y jóvenes, promoviendo un sistema de prevención, protección, atención integral y reparación de derechos a las personas que han sufrido de ella. En el mismo sentido, la discriminación y la exclusión social son una problemática a ser atendida, con la visión de promover la inclusión, cohesión social y convivencia pacífica.

Por ello, la ciudadanía hace alusión a la Constitución (2008), en la que se garantiza la protección integral y la protección especial a través del Sistema de Inclusión y Equidad Social, que debe aplicarse por medio de sistemas especializados de atención; este es el caso particular de la niñez y adolescencia, donde se afirman los principios de la doctrina de la protección integral, la especificidad y especialidad dentro del sistema de protección de derechos, los temas de justicia especializada, la justicia

juvenil penal para los adolescentes infractores y la aplicación efectiva de medidas socioeducativas en el caso de adolescentes infractores, entre otros temas.

Asimismo, en las diferentes mesas de diálogo se señalan los temas de seguridad social con énfasis en los grupos de atención prioritaria y grupos vulnerables. La seguridad ciudadana aborda de manera integral la atención a los tipos de muertes prevenibles; la protección especial para los casos de violencia sexual, explotación sexual y laboral, trata de personas, trabajo infantil y mendicidad, abandono y negligencia, accidentes de tránsito, suicidios; y la prevención del uso de drogas, tomando en cuenta el control, tratamiento, rehabilitación y seguridad del consumo problemático de las mismas, bajo un enfoque de derechos y con base en evidencia científica.

Finalmente, otro gran grupo de propuestas priorizadas en los diálogos nacionales se centra en temas relativos a la formación en valores, la promoción de la cultura y el arte, la producción nacional audiovisual; el acceso, uso y aprovechamiento de medios y frecuencias, la información, la comunicación y sus tecnologías (49).

CAPÍTULO III

3. Metodología de la investigación

3.1. Diseño de la investigación

No-experimental: En la investigación no se manipulo ninguna de las variables y se basó en la aplicación de los cuestionarios respectivos (50).

De corte transversal: La recolección de información para la elaboración del estudio se realizó en un solo cohorte de tiempo. En la investigación se realizó en un tiempo determinado (50).

3.2. Tipo de la investigación

Descriptivo: Profundiza en el problema de estudio, y se limitan a describir determinadas características del grupo de la población a estudiar, teniendo en cuenta datos importantes. En la investigación se aplicó la ficha sociodemográfica la cual describió a los sujetos de estudio según edad, etnia, número de hijos (50).

Epidemiológico de prevalencia puntual: Mide la proporción de las personas que padecen incontinencia urinaria en la población, en un determinado momento. En la investigación se identificó el número de afectados con incontinencia urinaria en un momento dado (51).

Cualitativo: Recaban datos sin emplear matrices estadísticas, se basan en descripciones y observaciones. En la investigación se obtuvo los datos en cuanto a la presencia de incontinencia urinaria, pérdida de calidad de vida o nula afectación en la calidad de vida, mediante test específicos (52).

Cuantitativo: Se obtiene datos numéricos y fórmulas necesarios para el análisis del resultado. En la investigación se recopiló y analizó los datos numéricos obtenidos de la población de estudio (52).

3.3. Localización y ubicación del estudio

La presente investigación se realizó en la Universidad Técnica del Norte, ubicada en el cantón de Ibarra en la Av. 17 de Julio 5-21, sector del Olivo.

3.4. Población de estudio

La presente investigación se realizó a 25 mujeres adultas entre 25 y 70 años de edad de la facultad de ingeniería en ciencias agropecuarias y ambientales FICAYA de la Universidad Técnica del Norte.

3.4.1. Criterios de inclusión

- Mujeres a partir de los 25 a 70 años de edad, que pertenezcan a la facultad de ingeniería en ciencias agropecuarias y ambientales 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 a la facultad de ingeniería en ciencias agropecuarias y ambientales de la Universidad Técnica del Norte.
- Mujeres que presenten embarazo, puerperio, cirugía pélvica.
- Empleadas y trabajadoras que no firme el consentimiento informado para participar en el estudio

3.4.3. Criterios de salida

- Empleadas y trabajadoras que 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 Variable	Dimensión	Indicador	Escala	Instrumentos	Definición
Edad	Cuantitativa Discreta Agrupada	Grupo etario	18-35 36-64 ≥65 años (IPA)	-Adultos jóvenes -Adultos mayores	Ficha sociodemográfica	Es el tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo (53).
Etnia	Cualitativa Nominal Politómica	Grupo étnico	Autoidentificación étnica	-Blanco -Mestizo -Afro Ecuatoriano -Indígena		Conjunto de personas que pertenecen a una misma raza y generalmente a una misma comunidad lingüística y cultural (54).
Número de hijos	Cuantitativa Continua	Número de hijos	Sin hijos 1 hijo 2-4 hijos ≥5 (OMS)	-Nulíparas -Primíparas -Multíparas -Gran multíparas		Se refiere al número de hijos nacidos vivos, incluyendo los hijos que luego fallecieron (55).

3.5.2. Variables de interés

Variable	Tipo Variable	Dimensión	Indicador	Escala	Instrumentos	Definición
Incontinencia urinaria (IU)	Cualitativa Nominal Politómica	Tipos de incontinencia urinaria	Al toser, estornudar o realizar esfuerzos, ejercicios	IU Urgencia.	Cuestionario de Incontinencia Urinaria (ICIQ-IU-SF)	Se define como la pérdida involuntaria de orina que se puede demostrar de forma objetiva y qué ocasiona un problema social e higiénico (22).
			Antes de llegar al servicio	IU Esfuerzo		
			Presencia de incontinencia urinaria de esfuerzo y urgencia	IU Mixta		
			De forma continua	Incontinencia continua		
Calidad de vida	Cualitativa Nominal Dicotómica	Afectación en la calidad de vida (Evitar y limitar el comportamiento, impacto psicosocial, vergüenza social)	100%	Nula afectación en la calidad de vida	Instrumento para la calidad de vida con incontinencia (I-QOL)	Es la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura, sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones (39).
			<100%	Pérdida de calidad de vida		

3.6. Métodos y técnicas de recolección de información

Los instrumentos de evaluación que ofrece información acerca de la prevalencia y los efectos de la incontinencia urinaria en cada una de las mujeres se detallan a continuación:

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

Para la valoración de la calidad de vida, se utilizará el cuestionario Incontinence Quality of Life Instrument (I-QOL), (Patrick et al. 1999). Se eligió este cuestionario debido a que los autores habían realizado una adaptación cultural de la versión en inglés americano al español, y además es específico para valorar la afectación de la calidad de vida en personas con incontinencia urinaria.

3.6.1. Métodos de recolección de datos

Inductivo: método basado en el razonamiento, el cual permite pasar de hechos particulares a principios generales, es decir, consiste en estudiar y observar los hechos o experiencias con el fin de llegar a conclusiones que puedan resultar de ello los fundamentos (56).

Analítico: método que consiste en la descomposición de un todo, desde sus partes o elementos para observar las causas, naturaleza y los efectos de los mismos. (57)

Revisión bibliográfica: mediante el uso de material informativo como libros, revistas científicas, sitios web, entre otros que ayuden a fundamentar la investigación (57).

3.6.2. Técnicas e instrumentos

Técnicas

Encuesta: se define como una técnica de recolección de datos por medio de la interrogación de los sujetos que tiene como finalidad obtener de forma sistemática medidas sobre los conceptos que derivan de una problemática de

investigación anteriormente realizada (58).

Instrumentos

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

3.7. Validación de instrumentos

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

ICIQ-SF, validado al español con un alfa de Cronbach de 0,917, para estudiar la proporción de mujeres afectas y el tipo de incontinencia. Consta de 3 ítems que miden la frecuencia de las pérdidas, la cantidad y el grado de afectación en la calidad de vida. La puntuación total es el resultado de la suma de los 3 primeros ítems, oscilando entre 0 y 21, siendo indicador de incontinencia urinaria cualquier puntuación superior a 0. Y, por otro lado, sin formar parte de la puntuación, consta de 8 preguntas para determinar el tipo de incontinencia (59).

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

IQOL, cuya validación al español consta de una consistencia interna, medida por el índice alfa de Cronbach de 0,92, para investigar la afectación en la calidad de vida. Se administra cuando la mujer que ha cumplimentado el anterior obtiene una puntuación mayor de 0. Consta de 22 ítems que se dividen en 3 subescalas, que son: 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. 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 menor puntuación, peor calidad de vida (59).

CAPÍTULO IV

4. Análisis y discusión de resultados

Tabla 1. *Caracterización de la población de estudio según edad*

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Adultos jóvenes (18-35 años)	10	40%
Adultos (36-64 años)	15	60%
TOTAL	25	100%

La caracterización de la población de estudio según edad evidenció que el rango de edad en su mayoría fue de 36-64 años que corresponde al 60% de la población estudiada, mientras que el rango de edad entre 18-35 años corresponde al 40% de los sujetos de estudio.

Los datos se relacionan con los resultados obtenidos según “el INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) el cantón de Ibarra” está conformada en su mayoría por población joven- adulta es decir de 15 a 64 años que representan el 62% de la población y con un 8% a la población de 65 años en adelante, lo que concuerda con los datos obtenidos en nuestra investigación (60).

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

Etnia	Frecuencia	Porcentaje
Mestizo	23	92%
Afroecuatoriana	2	8%
TOTAL	25	100%

La caracterización de la población de estudio según etnia muestra que, la mayoría de la población corresponde a la etnia mestiza con un 92%, mientras que la etnia afroecuatoriana corresponde al 8% de los sujetos de estudio.

Los datos se relacionan con los resultados según “el INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) el cantón de Ibarra” revela una multietnicidad como se puede observar en la siguiente tabla, predominan los mestizos: con el 52,67%, seguidos por indígenas el 23,58%, afro ecuatorianos 16%, mulatos 4%, blancos con 3,75% y no detallado 0,11%, lo que concuerda con nuestro estudio ya que la mayoría de la población es de etnia mestiza (60).

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

Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje
Nulípara (sin hijos)	6	24%
Primíparas (1 hijo)	7	28%
Múltipara (2-4 hijos)	12	48%
TOTAL	25	100%

La caracterización de la población de estudio según el número de hijos, evidenció que la mayoría de la población corresponde a mujeres múltiparas con el 48%, seguido de un 28% por mujeres primíparas y en un menor porcentaje con el 24% mujeres nulíparas o sin hijos.

Los datos se relacionan con los resultados en un estudio sobre “Salud sexual y reproductiva en las mujeres de Ecuador”, sobre la fecundidad en 595 mujeres indica que un 21.70% tiene cero hijos, un 21% tiene solo un hijo y con un 50,2% manifestó que tiene dos o más hijos dando la diferencia de fecundidad, lo que concuerda con nuestro estudio ya que la mayoría de las mujeres son múltiparas (61).

Tabla 4. *Prevalencia puntual de incontinencia urinaria*

$$P = \frac{\text{número de afectados (14)}}{\text{población de estudio (25)}} \times 100 = 56\%$$

La prevalencia de incontinencia urinaria en la población de estudio, en el personal femenino de la facultad de ingeniería en ciencias agropecuarias y ambientales de la Universidad Técnica del Norte es del 56%.

Los datos difieren con los resultados de un estudio sobre “La incontinencia urinaria en consultas de ginecología en España”, datos que estiman una prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres menores de 65 años entre un 7% a 40% el cual puede aumentar con la edad, lo que no concuerda con los datos obtenidos en nuestro estudio ya que indica que más de la mitad de la población se ve afectada (62).

Tabla 5. Prevalencia de la incontinencia urinaria según tipos

$$PIUE = \frac{\text{número de afectados IUE (12)}}{\text{población de estudio (25)}} \times 100 = 48\%$$

$$PIUU = \frac{\text{número de afectados IUU (2)}}{\text{población de estudio (25)}} \times 100 = 8\%$$

La prevalencia de incontinencia urinaria según los tipos muestra que, la incontinencia urinaria de esfuerzo es la más prevalente con el 48% y la incontinencia urinaria de urgencia resulto ser el tipo de incontinencia menos prevalente con el 8% de la población de estudio.

Los datos se relacionan con los resultados obtenidos en un estudio sobre “Incontinencia Urinaria en mujeres que acuden al centro de salud de la ciudad de Jaén realizado a 379 mujeres” la cual presentó que el tipo de incontinencia urinaria más frecuente es la incontinencia urinaria de esfuerzo con un 60,4%, la incontinencia urinaria mixta con un 17,1%, la incontinencia urinaria de urgencia con un 12,2%, y otras incontinencias urinarias con un 10,4%, lo cual concuerda con nuestro estudio siendo la incontinencia urinaria de esfuerzo la más prevalente (63).

También tiene relación con otro estudio acerca del “tratamiento de la incontinencia urinaria y calidad de vida en Salamanca, España” con respecto al tipo de incontinencia urinaria IU, la incontinencia urinaria de esfuerzo fue la más frecuente 63%, seguida de la incontinencia urinaria mixta 25,7% y la incontinencia urinaria de urgencia con 11,3% (64).

Tabla 6. *Evaluación de la calidad de vida en función de la incontinencia urinaria*

Calidad de Vida (CV)	Frecuencia	Porcentaje
Perdida de CV (<100%)	13	92,86%
Nula afectación en la CV (100%)	1	7,14%
TOTAL	14	100%

La evaluación de la calidad de vida en relación a la incontinencia urinaria se evidenció que, el 92,86% de la población de estudio presenta pérdida en su calidad de vida y solamente el 7,14% presentó nula afectación en su calidad de vida.

Los datos se relacionan con los resultados obtenidos en un estudio sobre “Incontinencia urinaria “oculta” ¿afecta a la calidad de vida de nuestros pacientes?”, realizado en España en un centro de salud a 87 mujeres, el 60% presentaron incontinencia urinaria, del cual el 97,7 % refrieron afectación en su calidad de vida, con diferentes grados de severidad, “escasa” en 48 de ellas (55.17%), “media” en 28 (32,18%) e “importante” en 9 (10.34%), lo cual concuerda con nuestro estudio presentando afectación en su calidad de vida (65).

Tabla 7. *Evaluación de la calidad de vida según subescalas I-QOL test*

IQOL	Porcentaje
Evitar y limitar el comportamiento	92,68%
Impacto psicosocial	93,97%
Vergüenza social	84,0%

La evaluación de la calidad de vida según subescalas de I-QOL evidenció que, las mujeres presentan mayor afectación en la subescala de vergüenza social con un 84%, seguida de la subescala evitar o limitar el comportamiento con 92,68% y con menor afectación la subescala de impacto social con 93,97%.

Los datos se relacionan con los resultados obtenidos en un estudio sobre “Incontinencia urinaria y la calidad de vida: estudio prospectivo tipo antes-después”, realizado en Madrid, España remitidos al Departamento de Rehabilitación del Hospital Universitario de Santa Cristina, obteniendo como resultado según las subescalas I-QOL siendo la más afectada la subescala de vergüenza social con un 56,5%, seguida de la limitación de actividad con un 63,7% y por último el efecto psicosocial un 73,8%, lo cual se asemeja con nuestra investigación siendo la subescala más afectada vergüenza social, lo cual concuerda con nuestro estudio (66).

Tabla 8. *Relación entre tipos de incontinencia urinaria y puntuaciones de las subescalas de calidad de vida*

IQOL Subescalas	IU Esfuerzo	IU Urgencia
Evitar y limitar el comportamiento	91,67%	98,75%
Impacto psicosocial	93,52%	96,67%
Vergüenza social	84%	84%

Los resultados en cuanto a la relación entre tipos de incontinencia urinaria y subescalas de calidad de vida evidenciaron que, tanto la incontinencia urinaria de esfuerzo como la incontinencia urinaria de urgencia tuvieron mayor pérdida de calidad de vida en la subescala de vergüenza social. En la IU de esfuerzo en la subescala de vergüenza social con un 84%, seguida de la subescala de evitar y limitar el comportamiento en con 91,67% y con menor afectación en la subescala de impacto psicosocial con un 93,52%. A diferencia de los resultados obtenido en la IU de urgencia en la subescala de vergüenza social con un 84%, seguida de la subescala de impacto social con 96,67% y con menor afectación en la subescala de evitar y limitar el comportamiento con 98,75%.

Los datos se relacionan con los resultados del estudio sobre “Calidad de vida en mujeres de edad mediana con incontinencia urinaria en Cuba” se encontró incontinencia urinaria de esfuerzo IUE: con el 42% en la preocupación o vergüenza social, con 51,1 % para el efecto psicosocial y con 56% en la dimensión de limitación de la actividad o conducta. Mientras que la IU de urgencia el comportamiento fue similar: un 45,6 % en la preocupación o vergüenza social, con 49,5 % para el efecto psicosocial y con 56 % en limitación de la actividad o conducta, lo cual se asemeja con nuestros estudio, tanto con los tipos de incontinencia urinaria de esfuerzo y urgencia, siendo la vergüenza social la subescala de mayor afectación (67).

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, mostró mayor frecuencia de mujeres en edades entre los 36 a 64 años, el 92% pertenecen a la etnia mestiza y el 48% son mujeres multíparas las cuales tiene entre 2 a 4 hijos.

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

Se evidenció que el 56% del total de la población de estudio se ve afectada por la incontinencia urinaria, siendo la incontinencia urinaria de esfuerzo más prevalente con un 48% seguida de la incontinencia urinaria de urgencia con el 8%.

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

Los datos obtenidos en cuanto a la evaluación de la calidad de vida, se evidenció que el 92,86% de la población de estudio presenta pérdida en su calidad de vida y solamente el 7,14% presenta nula afectación, siendo la sub escala de vergüenza social la más afectada con una puntuación del 84,0%, seguida de la subescala evitar o limitar el comportamiento con 92,68% y con una menor afectación en la subescala de impacto social con un 93,97%.

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

Se evidenció que tanto la incontinencia urinaria de esfuerzo como la incontinencia urinaria de urgencia presentaron mayor afectación de calidad de vida en la subescala de vergüenza social ambas con una puntuación del 84%. Mientras que la incontinencia urinaria de esfuerzo en la subescala de evitar y limitar el comportamiento presento un 91,67% y con menor afectación en la subescala de impacto psicosocial con un 93,52%. A diferencia de los resultados obtenido en la incontinencia urinaria de urgencia en la subescala de impacto social con 96,67% y con menor afectación en la subescala de evitar y limitar el comportamiento con 98,75%.

CAPÍTULO V

5. Análisis y discusión de resultados

5.1. Conclusiones

- La caracterización sociodemográfica mostró que el rango de edad con mayor frecuencia en la población de estudio fue de 36 a 64 años que corresponde a mujeres adultas, predominó la etnia mestiza y en su mayoría son mujeres multíparas las cuales tienen entre 2 a 4 hijos.
- En cuanto a la prevalencia de la incontinencia urinaria se obtiene que el 56% de la población de estudio presentó incontinencia urinaria, siendo la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) la más prevalente con el 48% y la incontinencia urinaria de urgencia (IUU) la menos prevalente con el 8%.
- Una vez obtenidos los datos en la población de estudio se evidenció que las mujeres que padecen incontinencia urinaria presentan pérdida en su calidad de vida, con mayor afectación en la subescala de vergüenza social.
- Con respecto a la relación del tipo de incontinencia con las subescalas de calidad de vida, se evidenció que tanto la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) como la incontinencia urinaria de urgencia (IUU) presentaron mayor afectación de calidad de vida, en la subescala de vergüenza social.

5.2. Recomendaciones

- Utilizar la presente investigación como base de futuras investigaciones que pueden dar solución a las personas identificadas con incontinencia urinaria mediante tratamientos especializados y así mejorar la calidad de vida de las personas que presentan incontinencia urinaria.
- Realizar charlas dirigidas al personal femenino que trabaja en la Universidad Técnica del Norte para mejorar sus conocimientos acerca de la condición de la

incontinencia urinaria en cuanto a posibles tratamientos que pueden ayudar a mejorar su calidad de vida.

- Replicar este tipo de estudio a nivel nacional para determinar cuál es la prevalencia y el impacto que tiene la incontinencia urinaria en el Ecuador y de esta manera contribuir con la sociedad elaborando programas de salud que ayuden a reducir la severidad e índice de incontinencia urinaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rincón O. Caracterización clínica de la incontinencia urinaria y factores asociados en usuarias de la Unidad de la Mujer del Centro de Salud Familiar “Ultraestación” en la ciudad de Chillán, Chile. *Revista médica de Chile*. 2015; 143(2).
2. Arboldenoticias. SCA. [Online]; 2017. Acceso 18 de 02de 2019. Disponible en: <https://www.arboldenoticias.com/salud/6880-sca-colabora-con-la-asociacion-espanola-de-urologia-para-mejorar-el-diagnostico-y-el-tratamiento-de-la-incontinencia-urinaria>.
3. Brenes Bermúdez J, Cózar Olmo JM, Fuertes ME, Pro Ledesma AF, Molero García JM. *Incontinencia urinaria*. Primera ed. Madrid: IMC; 2013.
4. Antonieta Silva Muñoz MGHCLVCSNJTR. Efectos de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de la mujer climatérica. *Revista cubana de obstetricia y ginecología*. 2018; 44(1).
5. González Maldonado LA, Erosa Villarreal RA, Janssen Aguilar , Laviada Molina HA, Méndez Domínguez NI. Incontinencia urinaria: factores de riesgo y frecuencia en mujeres mayores de 60 años, en el sureste de México. *Revista Mexicana de Urología*. 2019; 79(3).
6. Lamoglia Puig , Juvinyà Canal , Pérez Pérez , Godall Castell , Rifà Ros R, Rodríguez Monforte , et al. Las influencias interpersonales en mujeres con incontinencia urinaria. *Revista Matronas Prof*. 2016; 17(1).
7. Pazmiño L, Esparza D, Ayala L, Quinteros M. Prevalencia de la incontinencia urinaria en mujeres de 45-65 años del Hospital Padre Carollo. *Revista Universitaria con proyección científica, académica y social*. 2019; 3(2).
8. Jiménez GÁ, Cortés Hernández HA. Incontinencia urinaria en un grupo de personas vinculadas con el programa de adultos mayores del municipio de Sabaneta, Colombia. *Revista de Medicina U.P.B*. 2015; 34(1).
9. García Porrero J, Hurlé J. *Anatomía humana*. Primera ed. España: McGraw-Hill; 2013.
10. Sepúlveda Saavedra J, Soto Domínguez A. *Atlas de Histología. Biología celular y tisular*. Segunda ed. Interamericana editores SAdCV, editor. España: McGRAW-HILL; 2014.
11. Institutos Nacionales de Salud. Nkudic. [Online].; 2012. Acceso 16 de Diciembre de 2019. Disponible en: [Urinary_System_How_It_Works_SP_508%20\(2\).pdf](#).
12. Martínez J. Amazonaws. [Online].; 2012. Acceso 16 de diciembre de 2019. Disponible en: <https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/33585508/urinario.pdf?response-content->

disposition=inline%3B%20filename%3DAnatomia_y_Fisiologia._Tema_7_Aparato_Ur.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20191230%2Fus-e.

13. Brek JS. Berek y Novak's Ginecología. Quinta ed. Wilkins LWy, editor. Barcelona, España: Wolters Kluwer Health; 2013.
14. Girona L, Conejero J. Urología. En Gamundi C. Farmacia hospitalaria: tomo II. España: FEFH; 2002. p. 1601-1602.
15. Cabero L, Saldívar D, Fajardo S. Manual de obstetricia y ginecología Barcelona: Ergon; 2016.
16. Dominguez E, Garcia L, Martinez M, Garcia A, Cubillo L, Galvan R. Periné femenino: revisión de la anatomía y patología. Seram. 2019; 1.
17. Walker C. Fisioterapia en obstetricia y uroginecología. Segunda ed. Barcelona : Elsevier Masson; 2013.
18. Piera M. Medicina21. [Online]; 2012. Acceso 12 de agosto de 2019. Disponible en: <https://medicina21.com/Articulos/V39/Incontinencia-urinaria.html>.
19. Gómez Londoño , Echavarría Restrepo LG, Arango Montoya C, Castaño Botero JC, Sanín Ramírez D. Alteración en la coordinación miccional: reporte de caso del síndrome de Fowler. Ginecol Obstet Mex. 2019; 87(12).
20. Torrens R, Martínez C. Enfermería obstétrica y ginecológica Seisdedos E, editor. Barcelona: DAE; 2012.
21. Symonds I, Sabaratnam S. Ginecología y obstetricia esencial. Quinta ed. Symonds EM, editor. Barcelona, España: Elsevier; 2014.
22. Baruc T, Rial I, Chulvi P. Ejercicio hipopresivo en el tratamiento de la incontinencia urinaria en mujeres multíparas: serie de casos. Revista científica de enfermería. 2017;(13).
23. Chiang H, Valdevenito R, Mercado A. Incontinencia urinaria en el adulto mayor. Revista médica clínica condes. 2018; 29(2).
24. Vallejos , Guzmán Rojas , Valdevenito JP, Fasce G, Castro , Naser , et al. Incontinencia Urinaria en el Adulto Mayor. REV CHIL OBSTET GINECOL. 2019; 84(2).
25. Tevar A, Samson P, Petro C. Cirugía. Primera ed. Martínez M, editor. México, D.F.: El manual moderno; 2013.

26. Echavarría Restrepo LG, Gallego Mejía A, Gómez Londoño M, Merino Correa SC. Efectos de las lesiones del sistema nervioso sobre la fisiología de la micción. *Ces Medicina*. 2019; 33(3).
27. González L, Condé S, Silva S, Chaves R, Hernández E, Arrieta F. Incontinencia urinaria de esfuerzo por deficiencia esfinteriana. *Salud uninorte*. 2018; 34(3).
28. Descouvieres C. Piso pélvico femenino. *Revista chilena de urología*. 2015; 80(2).
29. Torrens R, Martínez C. *Enfermería obstétrica y ginecológica*. Primera ed. Acebes E, editor. Barcelona, España: DAE; 2012.
30. Williams R. Manejo de la incontinencia urinaria en la mujer. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXXII*. 2015.
31. Clinic M. MayoClinic. [Online]; 2017. Acceso 29 de Diciembre de 2019. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/bed-wetting/symptoms-causes/syc-20366685>.
32. Aceytuno M, Esperanza A, Miralles R, Prado B, Riera M, Roqueta C, et al. Guía de buena práctica clínica en geriatría: incontinencia urinaria. En Alcocer A, editor. *La IU como problema de salud*. Madrid: IMC; 2012. p. 9-54.
33. Astudillo G, García P, Sáez L. Incontinencia urinaria: frecuencia y factores asociados. *Asociación Española de Fisioterapeutas*. 2015; 37(4).
34. Pérez A, Espuña M, Anglés S. Clinicbarcelona. [Online]; 2018. Acceso 26 de Diciembre de 2019. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/incontinencia-urinaria/factores-de-riesgo>.
35. Bermúdez FJB. Valoración y sospecha clínica de la incontinencia urinaria (clasificación y tipos de la IU. Factores de riesgo). En Brenes F, Cózar J, Fuertes M, Ledesma A, Morelo J. *Incontinencia urinaria*. Madrid: ffomc; Imc; 2013. p. 90.
36. Villegas N, Cianelli R. Salud de la mujer en el contexto de la salud materna. *HorizEnferm*. 2017; 28(2).
37. Martínez J, Martínez J, González G. Salud de la mujer en edad fértil, su preparación para la maternidad y la familia. *Revista médica electrónica*. 2018; 40(2).
38. Garcia de Lima Parada CM. La salud de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio: 25 años de recomendaciones de organizaciones internacionales. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2019; 72(3).
39. Bautista Rodríguez LM. La calidad de vida como concepto. *Revista ciencia y cuidado*. 2017; 14(1).

40. González Blanco M. Calidad de vida relacionada con la salud. Rev Obstet Ginecol Venez. 2018; 78(1).
41. López Catalán M, Quesada Molina J, López Catalán Ó. Relación entre calidad de vida relacionada con la salud y determinantes sociodemográficos en adultos de cuenca, Ecuador. Revista economía y política. 2018;(29).
42. Pacheco Salas A, Uzcátegui Machuca C, Verenzuela A. Calidad de vida en gestantes con incontinencia urinaria de esfuerzo. Rev Obstet Ginecol Venez. 2018; 78(1).
43. García Méndez A. Incontinencia urinaria y calidad de vida de las mujeres en una zona básica de salud. RqR enfermería comunitaria (Revista de SEAPA). 2017; 5(4).
44. Aranda Lozano J, Sierra Labarta R. Incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres: impacto en la calidad de vida tras rehabilitación del suelo pélvico. Rev. Arg. de Urol. 2018; 83(2).
45. Silva Muñoz A, Gallardo Hormazábal , López Vera C, Santander Núñez C, Torres Rojas J. Efectos de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de la mujer climatérica. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2018; 44(1).
46. Espuña M, Castro D, Carbonell C, Dilla T. Comparación entre el cuestionario "ICIQ-UI Short Form" y el "King's Health Questionnaire" como instrumentos de evaluación de la incontinencia urinaria en mujeres. Revista actas urológicas españolas. 2007; 31(5).
47. Velásquez Magaña M, Bustos López H, Rojas Poceros , Oviedo Ortega G, Neri Ruz E, Sánchez Castrillo. Prevalencia y calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria. Estudio en población abierta. Revista Medigraphic Artenisa. 2007; 75(6).
48. salud Opdl. La Salud en la nueva Constitución 2008. [Online].; 2008. Acceso 24 de Enero de 2020. Disponible en: 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.
49. Senplades. Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021. Toda una Vida. [Online].; 2017. Acceso 12 de noviembre de 2019. Disponible en: https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL_OK.compressed1.pdf.
50. Fresno Chávez C. Metodología de la investigación: así de fácil. Primera ed. Morales RT, editor. Córdoba, Argentina: El Cid Editor; 2019.
51. Fajardo Gutiérrez. Metodología de la investigación. Revista alergia México. 2017; 64(1).
52. Ackerman S, Com S. Metodología de la investigación. Primera ed. Buenos Aires: Ediciones del Aula Taller; 2013.

53. Pérez Porto J, Gardey A. Definicion.de. [Online]; 2015. Acceso 5 de Enero de 2020. Disponible en: <https://definicion.de/edad/>.
54. Prado Prado JA. quora. [Online]; 2018. Acceso 5 de Enero de 2019. Disponible en: <https://es.quora.com/Es-lo-mismo-decir-tribu-que-etnia>.
55. Gasteiz V. eustat. [Online]; 2016. Acceso 5 de Enero de 2020. Disponible en: https://es.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_734/elem_15341/definicion.html.
56. Prieto Castellanos BJ. El uso de los métodos deductivo e inductivo para aumentar la eficiencia del del procesamiento de adquisición de evidencias digitales. Cuadernos de contabilidad. : p. 27.
57. Ramos M, Jalal J, Ajcuc A, Lorenty C, Diéguez P. metfahusac. [Online].; 2015. Acceso 29 de Diciembre de 2019. Disponible en: https://metfahusac.weebly.com/uploads/6/5/0/9/65099471/informe_creativo-grupo_5.pdf.
58. López Roldán P, Fachelli S. Metodología de la investigación social cuantitativa. Primera ed. Barcelona: Creative Commons; 2015.
59. Ortuño Esparza A, Lozano Alcaraz C. Repercusión de la incontinencia urinaria en la calidad de vida en mujeres mayores de 45 años en una población de Murcia. Asociación española de enfermería en urología. 2014;(127).
60. Instituto nacional de estadísticas y censos. INEC. [Online]; 2010. Acceso 23 de diciembre de 2019. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/censo-de-poblacion-y-vivienda/>.
61. Mera Zambrano AC, Roca Castro YD, Medranda Obregón EA. Salud sexual y reproductiva en las mujeres de los cantones Montecristi, Jaramijó y Manta (Ecuador). Revista de trabajo social y ciencias sociales. 2016; 4(79).
62. Ros C, Espuña M, Ortega JA, Aliaga F, Pérez González A. La incontinencia urinaria en consultas de ginecología. ¿Todas las mujeres con síntomas desean tratarse? Revista Actas Urológicas Españolas. 2015; 39(10).
63. Cruz Lendínez C, Linares Abad M, Cruz Lendínez AJ, Calero García MJ. Incontinencia Urinaria en mujeres de Jaén: Estudio de prevalencia. Revista Index de enfermería. 2017; 26(2).
64. Geanini-Yagüez A, Fernández-Cuadros ME, Nieto-Blasco J, Ciprián-Nieto D, Oliveros-Escuderoa B, Lorenzo-Gómez. EMG-biofeedback en el tratamiento de la incontinencia urinaria y calidad de vida. Revista rehabilitación. 2015; 48(1).

65. Cortés Gálvez JM, Martínez Monje F, Reynoso C, Jiménez Garzón VA, Alfonso Cano C, Leal Hernández M. Incontinencia urinaria “oculta” ¿afecta a la calidad de vida de nuestros pacientes? *Revista mexicana de urología*. 2014; 74(2).
66. Fernández Cuadros M, Albaladejo Florín M, Álava Rabasa S, Pérez Moro O. Efectividad de 6 sesiones de biofeedback manométrico en la incontinencia urinaria y la calidad de vida: estudio prospectivo tipo antes-después, 67 casos. *Revista de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física*. 2019; 53(3).
67. Rodríguez Adams EM. Factores de riesgo no obstétrico y calidad de vida en mujeres de edad mediana con incontinencia urinaria. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2014; 40(1).
68. Pazmino LM, Esparza D, Ayala , Quinteros MJ. Prevalencia de la incontinencia urinaria en mujeres de 45-65 años. *Revista Universitaria con proyección científica, académica y social*. 2019; 3(2).

ANEXOS

Anexo 1. Oficio de autorización de la Universidad

cc 35

UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE				VIC. ADMINISTRATIVO	
INGRESO DE DOCUMENTACION Y ARCHIVO				6/6/2019	
N° GUIA	CLASE	N° COMUNICACION	FECHA ORIGIN.	FECHA RECEPC.	ANEXOS
943	Oficio	017-CA	03/06/19	03/06/19	Ninguno
DE: CASTILLO ANDRADE ROCIO			FCCSS- DECANATO		
ASUNTO: SOLICITA AUTORIZAR A ESTUDIANTES DE TERAPIA FISICA PUEDAN VISITAR TODAS LAS DEPENDENCIAS Y APLICAR UN TEST AL PERSONAL FEMENINO, BAJO SU CONSENTIMIENTO, CON LA FINALIDAD DE REALIZAR PROYECTO "INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES...".					
REVISADO: Evelyn Pasaguay				04/06/19	
ENVIADO A:		N° OFICIO	INICIALES	ARCHIVO	FECHA
OBSERVACIONES:					

Autorgado

10-6-2019

Autorgado



Anexo 2. Consentimiento



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

UNIVERSIDAD ACREDITADA RESOLUCIÓN Nro. 001 – 073 – CEAACE 8 – 2013 – 13

Ibarra – Ecuador

CARRERA TERAPIA FÍSICA MÉDICA

|CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

TEMA: “INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAL FEMENINO DE LA FACULTAD DE INGENIERÍA EN CIENCIAS AGROPECUARIAS Y AMBIENTALES DE LA 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.

MISIÓN INSTITUCIONAL

“Contribuir al desarrollo educativo, científico, tecnológico, socioeconómico y cultural de la región norte del país. Fomentar profesionales comprometidos con el cambio social y con la preservación del medio ambiente”.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

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

Ibarra – Ecuador

CARRERA TERAPIA FÍSICA MÉDICA

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 3. Cuestionario sobre aspectos sociodemográficos

CUESTIONARIO SOBRE ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS.

Fecha: _____

Paciente: _____

EDAD _____ ETNIA _____

PESO _____ TALLA _____ IMC _____

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

TRABAJA A TIEMPO COMPLETO _____ TRABAJA MEDIA JORNADA _____

JUBILADA _____ ESTUDIANTE _____

DESEMPLEADA _____ OTROS, ESPECIFICAR _____

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

¿TIENE HIJOS?

SÍ _____ NO _____

EN CASO DE RESPONDER SI, ESPECIFIQUE CUANTOS _____

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

SIN ESTUDIOS _____

ESTUDIOS PRIMARIOS _____

BACHILLER _____

ESTUDIOS UNIVERSITARIOS _____

ESTUDIOS DE CUARTO NIVEL _____

Anexo 4. Cuestionario 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/scielo.php?pid=S0034-98872016000800007&script=sci_arttext

Anexo 5. Cuestionario I-QOL para la calidad de vida con IU

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

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

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

Fuente: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00192-009-0916-8>

Anexo 6. Recopilación de información mediante los cuestionarios

CUESTIONARIO DE INCONTINENCIA URINARIA (ICIQ-IU-SF)

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

Se considera diagnóstico de IU cualquier puntuación superior a cero

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

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

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

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

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

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

Total = 8 Alta

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

10 de esfuerzo

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

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

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

$$105 = 110 \times 100 = 95.45\%$$

Anexo 7. Evidencias fotográficas

Fotografía N°1



Autor: Dayana Jamileth Arteaga Santacruz

Descripción: Firma del consentimiento informado

Fotografía N°2



Autor: Dayana Jamileth Arteaga Santacruz

Descripción: Socialización de los cuestionarios sobre la IU

Anexo 8. Resultados análisis Urkund



Urkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS-JAMILETH-ARTEAGA SANTACRUZ.docx (D64023448)
Submitted: 2/17/2020 6:26:00 PM
Submitted By: jameletharteaga@gmail.com
Significance: 12 %

Sources included in the report:

JEFFERSON BOWER SUAREZ CHUQUIN.docx (D63917464)
Lucia Barahona - sin scan.docx (D63060003)
TESIS FINAL MATEO ALEJANDRO SOTOMAYOR VITERI.docx (D63804652)
tesis- Esteban Mora.docx (D63059866)
Pamela Navarrete.docx (D60637224)
JACOME ABIGAIL TESIS (2).docx (D64023190)
CAMPO-JORGE- TESIS.docx (D63616051)
TESIS DIGITAL MARYURY TARAPUEZ.docx (D63618087)
TESIS HERNANDEZ NATALIA..docx (D63805072)
TESIS WENDY ELIZABETH PULLES NAVARRETE.docx (D64022318)
TESIS BIEN.docx (D63060561)
<https://docplayer.es/29496464-Calidad-de-vida-y-funcion-sexual-en-mujeres-postmenopausicas-con-incontinencia-urinaria.html>
<https://www.arboldenoticias.com/salud/6880-sca-colabora-con-la-asociacion-espanola-de-urologia-para-mejorar-el-diagnostico-y-el-tratamiento-de-la-incontinencia-urinaria>.

Instances where selected sources appear:

65

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

Lo certifico:


Lcd. Cristian Santiago Torres, Acreditado MSc.
C.I.: 1003649686

