



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

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

TEMA:

“INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES ADULTAS MAYORES HOSPITALIZADAS EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL”, PROVINCIA DE IMBABURA, 2019.

AUTOR: Guerrero Villarruel Sammyr Alejandro

DIRECTOR: Lic. Cristian Santiago Torres Andrade MSc.

IBARRA, 2020

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

Yo, **LCDO. CRISTIAN SANTIAGO TORRES ANDRADE MSC.** en calidad de tutor de la tesis titulada: **"INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES ADULTAS MAYORES HOSPITALIZADAS EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL",** PROVINCIA DE IMBABURA, 2019, de autoría de **SAMMYR ALEJANDRO GUERRERO VILLARRUEL,** una vez revisada y hechas las correcciones solicitadas certifico que está apto para su defensa, y para que sea sometido a evaluación de tribunales.

En la ciudad de Ibarra, a los 11 días del mes de febrero del 2020

Lo certifico:

(Firma)  

Lcdo. Cristian Santiago Torres Andrade MSc.

C.I.: 100364968-6

DIRECTOR DE TESIS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

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

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

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

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE CIUDADANÍA:	100444295-8		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Guerrero Villarruel Sammyr Alejandro		
DIRECCIÓN:	Manuel de la Chica Narvárez 3-33 y Eusebio Borrero.		
EMAIL:	sammyralej95@hotmail.com		
TELÉFONO FIJO:	2 950 308	TELF. MÓVIL:	0998455650
DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO:	“INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES ADULTAS MAYORES HOSPITALIZADAS EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL”, PROVINCIA DE IMBABURA, 2019.		
AUTOR (A):	Guerrero Villarruel Sammyr Alejandro		
FECHA:	2019/12/13		
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO			
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO		
TITULO POR EL QUE OPTAN:	Licenciado en Terapia Física Médica		
ASESOR /DIRECTOR:	Lcdo. Cristian 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 11 días del mes de febrero del 2020

EL AUTOR:

(Firma).....

Sammyr Alejandro Guerrero Villarruel

C.C: 100444295-8

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCS-UTN

Fecha: Ibarra, 26 de febrero del 2020

SAMMYR ALEJANDRO GUERRERO VILLARRUEL "INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES ADULTAS MAYORES HOSPITALIZADAS EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL", PROVINCIA DE IMBABURA, 2019 / Trabajo de grado. Licenciado en Terapia Física Médica. Universidad Técnica del Norte.

DIRECTOR: Lcdo. Cristian Santiago Torres Andrade MSc.

El principal objetivo de la presente investigación fue: Determinar la prevalencia de la incontinencia urinaria y su efecto en la calidad de vida de las mujeres adultas mayores hospitalizadas en el Hospital San Vicente de Paúl. Entre los objetivos específicos constan: Caracterizar sociodemográficamente la población de estudio. Establecer la prevalencia de la incontinencia urinaria y sus tipos. Evaluar la calidad de vida en función de la incontinencia urinaria, de los sujetos de estudio. Relacionar los tipos de incontinencia urinaria, con las subescalas de calidad de vida.

Fecha: Ibarra, 26 de febrero del 2020



Lcdo. Cristian Santiago Torres Andrade MSc.

DIRECTOR DE TESIS


Sammyr Alejandro Guerrero Villarruel

AUTOR

DEDICATORIA

El presente proyecto de titulación va dedicado a mi familia, principalmente mi madre Sandra, quienes me han brindado motivación y fuerza para poder continuar con mis ganas interminables de adquirir conocimientos.

Guerrero Villarruel Sammyr Alejandro

AGRADECIMIENTO

Agradezco mucho a la Universidad Técnica del Norte, mi segundo hogar, a docentes por impartirme sus conocimientos, a mi madre por brindarme todo su amor y apoyo, mi hermano Oswaldo, mis hermanas Evely y Giliana, mi abuela Martha y mi tío abuelo César que ha sido un padre en mi camino al conocimiento; entre otras personas especiales para mí.

Al MSc. Cristian Torres, docente y tutor de este proyecto de investigación; su guía y apoyo constante han sido fundamentales para cumplir exitosamente mi trabajo de titulación.

Gracias a todos por cada aporte en mi crecimiento personal y profesional.

Guerrero Villarruel Sammyr Alejandro

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	iii
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	viii
ÍNDICE DE TABLAS	xii
RESUMEN.....	xiii
ABSTRACT.....	xiv
CAPÍTULO I.....	1
1. Problema de investigación.....	1
1.4. Objetivos	7
1.4.1. Objetivo general.....	7
1.4.2. Objetivos específicos	7
1.5. Preguntas de investigación.....	8
CAPÍTULO II	9
2. Marco teórico	9
2.1 Sistema urinario	9
2.1.1 Riñones	10
2.1.2 Uréteres.....	10
2.1.3 Vejiga.....	11
2.1.4 Uretra	11
2.2 Anatomía del suelo pélvico.....	13
2.3 Fisiología de la micción	16
2.4 Control nervioso de las vías urinarias inferiores.....	18
2.4.1 Vías parasimpáticas	18
2.4.2 Vías simpáticas	18
2.4.3 Vías somáticas	18

2.4.4 Vías aferentes.....	19
2.5 Incontinencia urinaria	19
2.6 Fisiopatología de la micción.	20
2.6.1 Clasificación de la disfunción vesical neuropática.....	21
2.6.2 Lesiones supraespinales.....	21
2.6.3 Lesiones suprasacras.....	22
2.6.4 Lesiones infrasacras.....	22
2.6.5 Mecanismos esfinterianos en la mujer.....	22
2.6.6 Mecanismos de sostén de suelo pélvico	23
2.7 Clasificación de la Incontinencia Urinaria.....	23
2.7.1 Incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE).....	24
2.7.2 Incontinencia urinaria de urgencia (IUU).....	24
2.7.3 Incontinencia urinaria mixta (IUM).....	24
2.7.4 Enuresis Nocturna.....	25
2.7.5 Incontinencia por rebosamiento o sobreflujo.....	25
2.8 Factores de riesgo.....	25
2.8.1 Género.....	25
2.8.2 Edad	26
2.8.3 Genética	26
2.8.4 Raza	26
2.8.5 Peso.....	27
2.8.6 Antecedentes obstétricos.....	27
2.9 Mujeres y salud	28
2.10 Calidad de vida.....	28
2.10.1 Calidad de vida relacionada con la salud.....	29
2.11 Aspectos de la calidad de vida relacionada con la salud.....	30
2.11.1 Funcionamiento físico.....	30
2.11.2 Bienestar psicológico.....	31
2.11.3 Estado emocional.....	32
2.11.4 Dolor	32
2.11.5 Funcionamiento social	32
2.11.6 Percepción general de la salud.....	33

2.12	Calidad de vida en relación a la incontinencia urinaria.	33
2.13	Evaluación de la Incontinencia urinaria y calidad de vida.....	34
2.13.1	Cuestionario de incontinencia urinaria (ICIQ-UI-SF).....	34
2.13.2	Instrumento para la calidad de vida con incontinencia (I-QOL)	34
2.14.	Marco legal y jurídico	35
2.14.1.	Constitución de la República del Ecuador	35
2.14.2	Plan toda una vida.....	40
CAPITULO III.....		41
3.	Metodología de la Investigación	41
3.1.	Diseño de la Investigación	41
3.2.	Tipo de la Investigación.....	41
3.3.	Localización y ubicación del estudio.....	42
3.4.	Población de estudio	42
3.4.1.	Criterios de Inclusión.....	42
3.4.2.	Criterios de Exclusión.....	42
3.4.3.	Criterios de Salida.....	43
3.5.	Operacionalización de variables	44
3.5.1.	Variables de caracterización	44
3.5.2.	Variables de interés.....	45
3.6.	Métodos y técnicas de recolección de información	46
3.6.1.	Métodos de recolección de datos	46
3.6.2.	Técnicas e Instrumentos.....	46
3.7.	Validación de instrumentos.....	47
3.7.1.	Cuestionario de Incontinencia urinaria (ICIQ-IU-SF).....	47
3.7.2.	Instrumento para la calidad de vida con incontinencia (I-QOL)	48
3.8.	Análisis de datos	48
CAPÍTULO IV.....		49
4.	Análisis y discusión de resultados.....	49
4.1.	Análisis de datos	49
4.2.	Repuestas a las preguntas de investigación.....	57
CAPÍTULO V.....		59
5.	Conclusiones y recomendaciones.....	59

5.1. Conclusiones	59
5.2. Recomendaciones.....	60
Bibliografía	61
ANEXOS	68
Anexo 1. Aprobación por parte del Hospital San Vicente de Paúl	69
Anexo 2. Consentimiento informado	70
Anexo 3. Cuestionario sobre aspectos sociodemográficos	72
Anexo 4. Cuestionario de incontinencia urinaria (ICIQ-IU-SF).....	73
Anexo 5. Instrumento para la calidad de vida con incontinencia (I-QOL)	74
Anexo 6. Evidencia Fotográfica	75

ÍNDICE DE TABLAS

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

RESUMEN

“Incontinencia urinaria y calidad de vida en mujeres adultas mayores hospitalizadas en el Hospital San Vicente de Paúl”, Provincia de Imbabura, 2019.

Autor: Sammyr Alejandro Guerrero Villarruel

Correo: sammyralej95@hotmail.com

La Sociedad Internacional de la Continencia define la Incontinencia Urinaria (IU) como una "condición fisiopatológica, relacionada con la pérdida involuntaria de orina". El objetivo del presente trabajo de investigación fue identificar prevalencia de incontinencia urinaria y su efecto en la calidad de vida de las mujeres geriátricas hospitalizadas en el Hospital San Vicente de Paúl. La metodología de investigación fue de tipo cuali-cuantitativa, descriptiva, no experimental de cohorte transversal y epidemiológico de prevalencia puntual. Se utilizó una población de estudio de 21 mujeres geriátricas, los resultados mostraron mayor frecuencia de edades entre 65 a 74 años, con predominio de etnia mestiza y de mujeres multíparas. La prevalencia puntual fue del 80,94% de la población estudiada y tipo de incontinencia urinaria con mayor prevalencia fue la de esfuerzo, con el 52,38%. El 100% de las mujeres identificadas con incontinencia urinaria, presentaron pérdida en su calidad de vida, siendo la subescala de vergüenza social la que presentó mayor pérdida. La relación entre los tipos de incontinencia urinaria y calidad de vida mostró que la incontinencia urinaria mixta, presentó mayor pérdida de la calidad en la subescala de evitar y limitar el comportamiento.

Palabras Clave: Incontinencia urinaria, calidad de vida, mujeres geriátricas, prevalencia.

ABSTRACT

“Urinary incontinence and quality of life in elderly women hospitalized at San Vicente de Paul Hospital”, Province of Imbabura, 2019.

Author: Sammyr Alejandro Guerrero Villarruel

Email: sammyralej95@hotmail.com

The International Continence Society defines Urinary Incontinence (UI) as a "pathophysiological condition associated with involuntary loss of urine." The objective of this research was to identify the prevalence of urinary incontinence and its effect on the quality of life of geriatric women hospitalized at the Hospital San Vicente de Paul. The research methodology was non-experimental qualitative-quantitative, a descriptive type of cross-cohort study that focused on epidemiological point prevalence. The study investigated a population of 21 geriatric women. The results showed a higher frequency of the disease in women aged 65 to 74, with a particularly high prevalence in women of mixed ethnicity and those with multiple children. The point prevalence was 80.94% in the population studied and the type of urinary incontinence that was the most prevalent was that of effort, with 52.38% of the women studied having this. This entire group of women identified with urinary incontinence, presented a loss in their quality of life, with a subscale of social shame that presented with greater loss. The relationship between the types of urinary incontinence and quality of life showed that mixed urinary incontinence has a greater loss of quality in the subscale and tends to lead to avoidance and limiting behavior.

Keywords: Urinary incontinence, quality of life, geriatric women, prevalence.



TEMA:

“INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES ADULTAS MAYORES HOSPITALIZADAS EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL”, PROVINCIA DE IMBABURA, 2019.

CAPÍTULO I

1. Problema de investigación

1.1. Problemática

La Sociedad Internacional de la Continencia define la Incontinencia Urinaria (IU) como una "condición fisiopatológica, relacionada con la pérdida involuntaria de orina", declarada por este organismo como un problema de salud pública a nivel mundial. Se considera una de las nuevas "epidemias" del siglo XXI. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que más de 200 millones de individuos en el mundo que tienen problemas asociados a la incontinencia urinaria y se considera como la segunda causa de internamiento en casas de ancianos. (1) (2)

En el estudio "Efectividad de 6 sesiones de biofeedback manométrico en la incontinencia urinaria y la calidad de vida: estudio prospectivo tipo antes-después, 67 casos" realizado en España, como uno de los primeros estudios que proporciona datos epidemiológicos españoles fidedignos para la prevalencia de IU, señaló que cuatro millones de mujeres lo acontecen. Por otro lado, estudios epidemiológicos muestran que, en Estados Unidos 20 millones de mujeres se encuentran afectadas por incontinencia urinaria. (3) (4)

En el estudio "Efectos de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de la mujer climatérica", realizado en Chile, se reporta que dos millones de personas presentan incontinencia urinaria; mientras que otro estudio en Brasil indica que entre 26.2% y 35% de mujeres posmenopáusicas presentan IU. (5) (6)

El predominio de IU en el estudio "Incontinencia urinaria de la mujer", es más elevado en mujeres blancas que en las mujeres negras o asiáticas, independientemente de los demás factores de riesgo conocidos. La obesidad y el índice de masa corporal (IMC) se han identificado claramente como factores de riesgo reversibles. El embarazo, la paridad y el parto son factores de riesgo establecidos. (7)

En el estudio “Intervención con ejercicios en el tratamiento de la incontinencia urinaria en mujeres mayores en aldeas de Bangladesh: un ensayo aleatorio grupal”, entre más de 43 000 aldeanos adultos mayores, encontró que el 30% de las mujeres mayores tienen incontinencia urinaria, alto impacto que puede repercutir en la salud mental y social, así afectando profundamente la autoestima y podría llegar a ser un elemento desencadenante de depresión; donde solo 1 de cada 10 mujeres que la padece, busca atención médica, mientras que las restantes no lo hacen por vergüenza y pudor. (8) (5)

En consecuencia, el estudio “Las repercusiones de la incontinencia urinaria hacia la calidad de vida de los ancianos”, revela que la incontinencia urinaria es responsable de problemas sociales que están directamente relacionados con el aislamiento social, debido a las restricciones de las actividades diarias en los ancianos, interfiriendo en la salud física y mental del individuo, casándose con su confianza en sí mismos y afectando su calidad de vida. (9)

En Estados Unidos y España hay estudios que estiman que el gasto en prestación farmacéutica anual destinado al tratamiento de la IU es de 210 millones de euros y 79,5 mil millones de dólares aproximadamente. También se determinó que la utilización inapropiada del uso de pañales en adultos con incontinencia urinaria provoca eventos adversos como úlceras por presión, dermatitis, lesiones por humedad, infección del tracto urinario, también puede afectar negativamente a la autoestima, calidad de vida e independencia del paciente, así como afecta a la carga de trabajo de los cuidadores que deben dedicar un tiempo adicional tanto a la preparación de la piel, la higiene y el cambio del absorbente. (10) (11)

La falta de tratamiento implica un uso de pañales y productos absorbentes importante, la proporción de pacientes que utilizan pañales y productos absorbentes diariamente oscila entre el 37 % en Grecia y el 59 % en Alemania. En su fabricación se utilizan componentes químicos entre los que destacan el poliacrilato de sodio de difícil degradación, el cual obstaculiza el intercambio gaseoso; dioxinas (sustancia cancerígena), además del tributil estaño, un contaminante tóxico del que se conoce

causa problemas hormonales, entre otros materiales incluidos los que provienen del petróleo, esto de acuerdo con la Agencia de Protección Medioambiental. (12) (13)

En la actualidad existen escasos estudios que identifiquen la incontinencia urinaria y cómo afecta en la calidad de vida en mujeres geriátricas en Ecuador, en Ibarra Imbabura no existe ningún estudio dentro del Hospital San Vicente de Paúl, mismos que podrían ser útiles para proyectar estrategias resolutivas sobre esta patología.

1.2. Planteamiento del problema

¿Cómo afecta la incontinencia urinaria en la calidad de vida de las mujeres adultas mayores hospitalizadas en el Hospital San Vicente de Paúl?

1.3. Justificación

La presente investigación tuvo como finalidad conocer la prevalencia de incontinencia urinaria y como ésta afecta en la calidad de vida de las mujeres geriátricas del Hospital San Vicente de Paúl, ya que en esta población la incontinencia urinaria tiende a presentar mayor deterioro progresivo en el desempeño funcional que genera aumento en su dependencia emocional, física y cognoscitiva.

La viabilidad de la investigación estuvo enmarcada dentro del contexto de un enfoque multisectorial integrado, que trata de consolidar el proceso de investigación, recogió la aceptación y aprobación de las participantes del estudio a través de la firma del consentimiento informado, autorización del director del hospital San Vicente de Paúl y la presencia del investigador capacitado en el tema.

La información obtenida en el presente trabajo de investigación puede servir como punto de partida para estudios encaminados a dar tratamiento a la incontinencia urinaria y de esta manera solucionar la problemática causada por esta condición. Si se da tratamiento a la incontinencia urinaria, esto puede revertir el gasto económico que ésta ocasiona, ya sea en gastos para cuidados de rutina, estudios para el diagnóstico, tratamiento y consecuencias; costos indirectos como la pérdida de salarios y productividad por el paciente y sus familiares/cuidadores y, los costos intangibles intentan captar el costo social y psíquico del dolor, sufrimiento y disminución de la calidad de vida.

La trascendencia social radica en identificar la afectación en la calidad de vida de las mujeres estudiadas, según las Naciones Unidas, se demuestra que desde 1950 hasta 2025 habrá un fuerte incremento de la población mundial geriátrica, tanto que habrá un aumento de diez veces más del existente, de este modo, existiría mayor población geriátrica, la cual si no es tratada a tiempo y de manera integral, puede ver afectada de forma importante su calidad de vida, más aun en aquellas personas que lleguen a presentar incontinencia urinaria. (14)

El presente trabajo de investigación fue factible debido a que se cuenta tanto con recursos bibliográficos, como tecnológicos y test validados para la obtención de datos confiables. Otro aspecto para tomar en cuenta es que esta temática es muy poco abordada en centros de investigación y de salud, por lo cual; la educación e información al público en general es insuficiente.

Los beneficiarios directos de la investigación son las mujeres geriátricas que fueron parte de la población de estudio, y el estudiante como adquisición de nuevos conocimientos. Beneficiarios indirectos están los familiares de las mujeres geriátricas, así como la Universidad Técnica del Norte para su engrandecimiento académico.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Determinar la prevalencia de la incontinencia urinaria y su efecto en la calidad de vida de las mujeres adultas mayores hospitalizadas en el Hospital San Vicente de Paúl.

1.4.2. Objetivos específicos

- Caracterizar sociodemográficamente la población de estudio.
- Establecer la prevalencia de la incontinencia urinaria y sus tipos.
- Evaluar la calidad de vida en función de la incontinencia urinaria, de los sujetos de estudio.
- Relacionar los tipos de incontinencia urinaria, con las 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, cumple con una serie de funciones complejas como: el mantenimiento del equilibrio ácido-base, hidroelectrolítico, producción hormonal, depuración de sustancias, producción y almacenamiento de la orina. De acuerdo con la anatomía básica, los órganos de mayor interés para el fisioterapeuta son los contenidos en la pelvis menor, por debajo de la línea terminal (vejiga urinaria, uretra, útero, vagina y genitales externos), junto con la última porción del intestino grueso (recto). Este aparato contribuye, junto con los pulmones y el hígado, a mantener la homeostasis, además de esta función reguladora, el riñón también funciona como un órgano endocrino. (15)

La formación de orina implica tres procesos básicos: filtración glomerular, reabsorción y secreción. Estos procesos le permiten a los riñones eliminar solutos indeseables producto del metabolismo celular u obtenidos en la dieta, y regular el equilibrio hidroelectrolítico de acuerdo con las condiciones medioambientales en las que se encuentre el individuo. Pero puesto que el filtrado glomerular es abundante, el riñón debe de contar con mecanismos tubulares que le permitan modular el volumen y composición de la orina en forma satisfactoria. (16)

Mecanismos por los cuales se reabsorbe elementos filtrados a nivel de los diversos segmentos tubulares de la nefrona son: difusión simple, difusión facilitada, transporte activo primario, secundario y endocitosis. La reabsorción puede ser paracelular (entre células) o transcelular (a través de células) y ocurre gracias a una serie de proteínas trasportadas o canales en los diversos segmentos tubulares. (17)

2.1.1 Riñones

El riñón es un órgano par que se ubica en la región retroperitoneal, uno a cada lado de la espina dorsal entre el nivel de la doceava vértebra torácica y la tercera vértebra lumbar, normalmente su estructura se asemeja a un frijol de gran tamaño. El riñón derecho se ubica en posición más baja al ser desplazado por el hígado, tienen una longitud de 12 +/- 2 cm, amplitud 6 cm y grosor 3 cm, su peso en un adulto normal es de 150 a 170 gramos. (18)

El sistema colector excretor renal está compuesto por los cálices menores, espacio al que drenan las papilas renales (por cada papila renal hay un cáliz menor) y convergen en los cálices mayores, los que se fusionan en la pelvis renal, la misma que continua con el uréter, el cual desemboca en la vejiga, alcanzando finalmente la orina el exterior a través de la uretra. (18)

Los riñones son muy importantes en el balance del potasio corporal, elimina el 90% del potasio aportado por la dieta, siendo el 10% restante eliminado por tubo digestivo y sudor. El túbulo contorneado proximal reabsorbe fijamente el 67% del potasio filtrado, y la rama ascendente del asa de Henle un 20%. En los túbulos contorneados distales y colector (células principales) se puede presentar secreción o reabsorción dependiendo del potasio corporal total y sus concentraciones séricas. En condiciones de depleción de potasio estas áreas reabsorben el 11% del potasio filtrado, con una excreción global de solo el 1%, pero en situaciones de ingesta alta de potasio en las mismas áreas se secreta un 10-15%, para una excreción neta del 15 al 80% del potasio filtrado. (16)

2.1.2 Uréteres

Estructuras tubulares que enlazan los riñones a la vejiga y cuyos músculos de las paredes se contraen y relajan para propulsar la orina hacia la vejiga. Los uréteres en su recorrido desde los riñones hacia la vejiga tienen tres puntos de íntima relación con los órganos genitales, en donde pueden ser lesionados: Atraviesan por debajo a

los ligamentos infundibulopélvicos en su entrada a la pelvis; pasan posteriores a las arterias uterinas al cruzar los ligamentos cardinales y llegan laterales a los pilares de la vejiga en su entrada a la vejiga. (15)

2.1.3 Vejiga

La vejiga urinaria es un órgano de forma redondeada con una cavidad que tiene la función de recolectar la orina producida por los riñones. Puede albergar unos 350-500 ml. Y su relación con el resto de las estructuras depende del grado de llenado, aunque es menor en las mujeres. La vejiga queda adherida por el ligamento pubovesical (con algunas fibras musculares lisas), que une la sínfisis del pubis con el cuello de la vejiga urinaria. También existen ligamentos laterales que van hasta el pliegue recto uterino, y refuerza la estabilidad los ligamentos umbilicales medio y mediales. (19)

Internamente, la vejiga urinaria está formada por una capa mucosa, constituida por tejido epitelial de transición, una capa submucosa y una capa muscular, que pertenece al músculo detrusor. En la zona inferior puede observarse el trígono, de aspecto aplanado y sin submucosa, que es el triángulo formado por los dos orificios ureterales y el orificio uretral interno. La capa externa, la serosa, se corresponde con las porciones cubiertas con peritoneo. Conforme se va llenando, la vejiga asciende hacia la cavidad abdominal hasta llegar cerca del ombligo. (20)

2.1.4 Uretra

Del cuello de la vejiga se origina la uretra, conducto de unos 4 cm de longitud que conecta la vejiga (orificio uretral interno) con el orificio uretral externo, ubicado sobre el vestíbulo vaginal. El orificio uretral interno se continúa con la porción intramural de la uretra, conducto entre las paredes de la propia vejiga, que sigue con la porción membranosa que traspasa el suelo pélvico y queda aplicada sobre la pared anterior de la vagina hasta su abertura externa. Mientras no exista micción, la uretra mantiene las paredes colapsadas evitando la aparición de posibles infecciones. (21)

La uretra femenina está compuesta por cuatro capas, la capa más interna que corresponde a la mucosa y submucosa, estas a su vez presentan rugosidades que mantienen el lumen uretral ocluido y constituyen el “esfínter mucoso”. Está demostrada la acción de los estrógenos en la mantención de la integridad del epitelio de la mucosa uretral, asimismo del aumento de números de vasos y del riego vascular de la submucosa. La capa intermedia está formada por el tejido esponjoso uretral, tapizada externamente por tejido conjuntivo fibroelástico asociado con tejido muscular liso (que predomina en el tercio proximal de la uretra). Externamente la uretra esta revestida por el componente muscular estriado, el cual corresponde a la cuarta capa denominada rabdoesfínter, extendiéndose en el 80% el cuerpo uretral total. El predominio del tercio medio de la uretra. (21)

El cierre uretral se realiza mediante un mecanismo triple: musculatura estriada, musculatura lisa y elementos vasculares situados en la submucosa. La porción intramural o quinta parte más proximal de la uretra, contiene fibras que provienen del músculo detrusor (sobre todo, fibras tónicas de tipo I). El esfínter de la uretra es un músculo continuo que se abre en forma de abanico a medida que se desarrolla en sentido proximal y distal, e incluye:

- Esfínter uretral externo, que rodea el tercio medio de la uretra.
- El compresor de la uretra, que forma un arco a través del lado ventral de la uretra.
- El esfínter uretrovaginal, que rodea la cara ventral de la uretra y termina en la pared vaginal.
- El musculo transverso profundo del periné se origina en la cara interna de la rama del hueso isquion, que corre paralelo al musculo compresor de la uretra y se une a la pared vaginal lateral a lo largo de la membrana perineal. Estabiliza el hiato genital del músculo elevador del ano. (21)

2.2 Anatomía del suelo pélvico

El suelo pélvico comprende estructuras musculares, fascias, aponeurosis, vasos, nervios y orificios, que se continúa con la cavidad abdominal y contiene los órganos de distintos sistemas, tanto del sistema urinario (vejiga y uretra), sistema genital o reproductivo (útero, anejos y vagina en la mujer), y sistema digestivo en su extremo más distal (recto y ano). Para que esta estructura anatómica funcione correctamente, sus músculos deben estar preparados para actuar tanto manteniendo un tono muscular basal como para reaccionar ante sollicitaciones urgentes y rápidas. Al estar situados en la parte inferior de la cavidad pélvica, estos músculos realizan su acción siempre anti gravitatoria; esto implica que deben estar especialmente dotados para soportar carga. (22)

Dicha estructura, tiene diferentes funciones importantes para la estabilidad de nuestro organismo; entre estas funciones nos vamos a centrar en su papel sobre el mantenimiento de la continencia, la micción, la defecación y el parto. Desde el punto de vista filogenético, la pelvis ha evolucionado desde la cuadrupedia de nuestros ancestros hasta la bipedestación, lo que ha conllevado cambios importantes en una de sus funciones fundamentales, la gestación, y en el soporte del peso de las vísceras abdominales y los cambios de presión. (22)

La pared interna de la pelvis está revestida por cuatro músculos pares, recubiertos por su fascia: el músculo piriforme, el músculo obturador interno, el músculo elevador del ano y el músculo coccígeo. Los dos últimos forman el diafragma pélvico, que cierra el estrecho inferior de la pelvis y separa la cavidad pélvica del periné. (5)

El músculo elevador del ano es el músculo principal del diafragma pélvico y está constituido por dos porciones:

- El músculo iliococcígeo, posterolateral y estático, se origina en el plano del estrecho medio, al nivel de la cara posterior del pubis, del arco tendinoso del músculo elevador del ano y de la cara interna de la espina ciática; su cuerpo es delgado y ancho, se dirige en sentido inferoposterior para terminar en el

ligamento anococcígeo y los bordes laterales del cóccix. Es globalmente horizontal y se verticaliza si existe una debilidad muscular. (23)

- El músculo puborrectal, que se divide a su vez en tres fascículos: el fascículo laterorrectal, que termina en la pared lateral del recto y cuyas fibras descienden hasta el margen anal, insinuándose entre los esfínteres interno y externo del ano, el fascículo retrorrectal, que termina en el ángulo anorrectal, el fascículo coccígeo, que termina en la cara anterior del cóccix y el ligamento sacrococcígeo ventral; el músculo pubovaginal, que termina en el centro tendinoso del periné. Mediante su contracción, puede traccionar y, consecuentemente, comprimir el recto hacia delante contra la placa de tejido conectivo del intestino periné. Éste será considerado como el mecanismo anal más importante. (5) (23)

Para evitar la confusión semántica que ha complicado la descripción de esta anatomía del piso pélvico, conviene recordar el predominio funcional de tres músculos esenciales: el músculo pubovisceral con sus distintos componentes, el músculo puborrectal cuya contracción eleva el recto, la vagina y la uretra acentuando los ángulos viscerales y el músculo iliococcígeo, sobre el que se apoyan los órganos pélvicos durante los esfuerzos de pujo. El músculo coccígeo es un músculo accesorio, se origina en la espina ciática, su cuerpo es triangular y está unido al ligamento sacroespinoso; termina en los bordes laterales del cóccix y de la porción inferior del sacro (S4, S5). (5)

Desde el punto de vista funcional, se debe mencionar que los músculos del suelo pélvico están compuestos por: 70% de fibras tipo 1 (fibras de contracción lenta), que tienen una función antigravedad, manteniendo el tono constante y haciendo posible mantener la continencia en reposo; y 30% de fibras tipo 2, que contribuyen a proporcionar suficiente presión segura para el cierre uretral durante un aumento repentino en presión abdominal. Harries y Basseyy afirman que ocurre una disminución del 15% en la fuerza muscular entre la sexta y séptima décadas de la vida, y que hay una disminución del 30% de disminución cada década de la vida a partir de entonces. (21)

El periné es el conjunto de los tejidos blandos situados por debajo del diafragma pélvico, que cierra la concavidad pélvica. Sus límites son: por delante, la sínfisis del pubis, lateralmente, las ramas isquiopúbicas y las tuberosidades isquiáticas y, por detrás, el vértice del cóccix. El periné se divide en dos regiones triangulares por la línea bituberositaria: el periné urogenital, por delante, con una orientación inferoanterior, y el periné anal, por detrás, con una orientación inferoposterior. Está constituido por fibras de elastina, células musculares lisas y tejido conjuntivo denso. El periné urogenital se divide en dos planos musculares: (5)

Los músculos superficiales:

- El músculo isquiocavernoso: par y satélite del cuerpo cavernoso. Se origina en la rama del isquion y se dirige en sentido anteromedial, para terminar en la túnica albugínea del cuerpo cavernoso. Su contracción comprime el cuerpo cavernoso. (23)
- El músculo bulboesponjoso: par, satélite del bulbo vestibular. Se origina en el centro tendinoso del periné y se dirige en sentido anteromedial. A lo largo de su trayecto, cubre la cara lateral de la glándula vestibular mayor y del bulbo correspondiente, para terminar mediante un fascículo posterior en el cuerpo del clítoris y un fascículo anterior, que se fusiona por encima de los vasos dorsales profundos del clítoris con su homólogo contralateral para formar una cincha. Su contracción comprime la vena dorsal del clítoris, lo que favorece su erección, comprime la glándula vestibular mayor y estrecha el introito vaginal. (5) (23)
- El músculo transverso superficial del periné: par, delgado e inconstante. Se origina en la hendidura superficial o desdoblamiento del músculo profundo del periné, cara interna de la tuberosidad isquiática para terminar en el centro tendinoso del periné. (23)

Los músculos profundos del periné urogenital:

- El músculo esfínter de la uretra: rodea el tercio medio de la uretra y se divide en dos partes:
 - El músculo uretrovaginal: fibras circulares que rodean la uretra y fibras arciformes que se insertan hacia adelante en las caras anteriores y laterales de la vagina,
 - El músculo compresor de la uretra: fibras transversales dispuestas bajo la uretra que se insertan en la cara medial de las ramas isquiopúbicas. Las inserciones óseas han sido motivo de controversia y en su lugar se han descrito las inserciones musculares en el fascículo puborrectal del músculo elevador del ano. (5)
- El músculo transverso profundo: par y de forma triangular. Se origina en la cara interna de la rama isquiática hasta el centro tendinoso del periné y la vagina. (23)

El periné anal sólo consta de un músculo:

- El músculo esfínter externo del ano. Rodea la porción inferior del conducto anal. Presenta tres porciones que son, de la superficie a la profundidad, una porción subcutánea que forma una lámina de 15mm, una porción superficial que se inserta por detrás en el ligamento anococcígeo y por delante en el centro tendinoso del periné, así como una porción profunda, más gruesa, que intercambia fibras con el músculo puborrectal. Su función de retención es especialmente importante cuando el músculo esfínter del ano ya está debilitado. (5)

2.3 Fisiología de la micción

El llenado y vaciado de la vejiga es un proceso fisiológico complejo que necesita la intervención coordinada de la musculatura lisa y estriada de la vejiga, la uretra, el esfínter uretral y el suelo pélvico. La coordinación de estos órganos se produce a través de un sistema de control neural complejo, localizado en la corteza cerebral, la médula espinal y el sistema nervioso periférico. Ambos procesos, almacenamiento y

expulsión, están coordinados por el sistema nervioso simpático, parasimpático y somático, a través de numerosos neurotransmisores como la adrenalina, la acetilcolina, la serotonina, la histamina, la dopamina, el trifosfato de adenosina y el ácido glutámico, entre otros. (19)

Durante la fase de llenado vesical, existe un predominio del sistema simpático y una inhibición del parasimpático, produciéndose la relajación del detrusor y la contracción del esfínter interno. La vejiga permite también el llenado a bajas presiones gracias a las propiedades viscoelásticas de su pared. En primer lugar, se produce el estiramiento de las fibras elásticas hasta un límite en que participan las fibras colágenas, manteniendo un tono constante; es lo que se denomina acomodación. Estos procesos garantizan la continencia. A medida que la orina llega a la vejiga se sobrepasa un volumen de 150 - 200 ml, empiezan a estimularse los receptores de distensión del órgano, que envían la información de tensión/volumen a la protuberancia y la corteza cerebral; esta información desencadena el primer deseo miccional. (24)

Como respuesta, el sistema nervioso autónomo aumenta, de forma refleja, el tono del esfínter interno e inhibe la actividad parasimpática para evitar la micción. Sin embargo, las áreas corticales pueden facilitar o inhibir este reflejo de forma voluntaria. Además, cuando la persona no desea miccionar, activa de forma voluntaria el esfínter uretral externo, lo que mantiene inhibida la contracción del detrusor. (24)

Una vez que se ha alcanzado un nivel de orina en la vejiga que varía, según la edad y los hábitos adquiridos durante la vida, entre 350 y 600 ml, se produce un fenómeno igual al descrito para los 200 ml, pero en esta ocasión la respuesta cortical voluntaria es la de iniciar la micción. En la fase de vaciado predomina la actividad del sistema parasimpático. A través de estímulos colinérgicos se produce la contracción del detrusor, al mismo tiempo que se inhibe la acción del sistema simpático, lo que causa la apertura del cuello vesical y la uretra, y la salida de la orina. (19)

2.4 Control nervioso de las vías urinarias inferiores

2.4.1 Vías parasimpáticas

El núcleo parasimpático se localiza en la médula sacra, a la altura de las metámeras S2-S4, y de él parte el nervio pélvico, cuya función es la de contraer el músculo detrusor de la vejiga. Los neuroreceptores parasimpáticos son colinérgicos de tipo muscarínico y se encuentran por todo el cuerpo vesical. (24)

2.4.2 Vías simpáticas

El núcleo simpático se localiza en la médula espinal dorso lumbar, desde las metámeras T10 a L2. A través del nervio hipogástrico, se encarga de inhibir el músculo detrusor de la vejiga y activar/contraer el esfínter uretral interno. Los neuroreceptores simpáticos son receptores adrenérgicos β y adrenérgicos α . Los primeros se distribuyen por todo el cuerpo vesical, mientras que los segundos se encuentran casi de forma exclusiva sobre el cuello vesical, el trígono y la pared lisa de la uretra. (19)

2.4.3 Vías somáticas

El núcleo somático o de Onuf se localiza en la médula sacra, a la altura de las metámeras S3-S4, y su nervio pudiendo estimular la contracción del esfínter uretral externo. Las vías urinarias inferiores están inervadas, además, por una serie de centros cerebrales superiores, donde el área motora del detrusor, en la corteza cerebral, y el núcleo pontino son los responsables del control consciente y voluntario de la micción. Existen también otras áreas cerebrales (bulbo raquídeo, hipotálamo, sistema límbico, mesencéfalo) que intervienen en los reflejos de la continencia y la micción, y que pueden estar conectadas entre sí o enviar señales a los núcleos medulares. El mapeo con estimulación magnética transcraneal sugiere que las respuestas rectales y anales son representadas bilateralmente en la corteza motora superior, o sea, en el área 4 de Brodmann. (19)

2.4.4 Vías aferentes

Las vías aferentes de la vejiga y de la uretra son somáticas y viscerales, y conducen la información a los centros nerviosos responsables del control de la micción. Existe un gran número de receptores propioceptivos de tensión/presión situados en las fibras de colágeno del músculo detrusor que informan sobre el volumen de llenado y, por lo tanto, participan en el desencadenamiento del deseo de la micción. Existen también receptores enteroceptivos (táctiles, dolorosos y térmicos) situados en el urotelio y en la submucosa. (25)

2.5 Incontinencia urinaria

La OMS indica que es un concepto multidimensional y complejo, dependiente de 5 dimensiones (paciente, enfermedad, tratamiento, factores socioeconómicos y equipo o sistemas de asistencia sanitaria). Aproximadamente una de cada tres personas de edad avanzada tiene algún problema con el control de su vejiga; las mujeres tienen el doble de probabilidad que los varones de resultar afectadas. A pesar de que la incontinencia no implica un pronóstico de gravedad, tiene un gran impacto negativo sobre la calidad de vida de los pacientes pudiendo conducir al aislamiento social, la vergüenza, la depresión, la pérdida de las relaciones sexuales, la pérdida de empleo. (26) (27)

Se estima que aproximadamente 200 millones de personas en todo el mundo sufre algún tipo de incontinencia urinaria. La mitad de las mujeres jóvenes nulíparas comunican ocasionalmente pérdidas menores ocasionales de orina; para la mayoría no representan una molestia ni un síntoma por el cual buscarían tratamiento. Por otro lado, del 5 % al 10 % de las adultas mayores tienen pérdidas significativas diariamente. Estas mujeres tienen graves repercusiones sociales y psicológicas, deteriora la calidad de vida, limita la autonomía personal, predispone para una mayor morbilidad y mortalidad y provoca un enorme gasto en el presupuesto sanitario. (28) (29)

2.6 Fisiopatología de la micción.

La incontinencia urinaria se produce cuando la presión intravesical desborda la presión uretral. Este contrarresto de presiones puede producirse por un fallo en los componentes de resistencia uretral. Si esto logra ocurrir, la presión desplegada sobre la vejiga durante el esfuerzo es bastante continua para vencer la resistencia uretral y provocar IU. En distintos momentos la resistencia uretral es normal, sin embargo, un incremento violento de la presión intravesical secundaria a la contracción del músculo detrusor aventaja la presión intrauretral, provocando una fuga de orina. (30)

La caída de estrógenos después de la menopausia juega un rol importante en los cambios vaginales asociados a la edad. Los mismos tienen un efecto trófico sobre toda parte del tracto urinario inferior de la mujer (existen receptores de estrógeno en vagina, vestíbulo, uretra distal, trigono vesical, músculos pelvianos y ligamento redondo). (31)

Prontamente de la menopausia, el epitelio vaginal disipa la mayor parte de su capa superficial e intermedia. Esto puede explicar en parte la urgencia y frecuencia de algunas mujeres mayores. Adicionalmente, ocurre pérdida de glicógeno y lubricación, y el pH cutáneo aumenta desde 4.5-5.5 a 7.0-7.4. Estos cambios pueden llevar a pérdida de la flora adherente habitual (lactobacilos) y a colonización con organismos patógenos como *Escherichia coli* y otros enteropatógenos. (31)

La uretra femenil sobrelleva cambios relacionados con el envejecimiento a nivel mucoso y estromal similares a la vagina. La densidad vascular submucosa y flujo sanguíneo disminuyen. El adelgazamiento mucoso y pérdida de proteoglicanos afecta la coaptación uretral. Estudios cadavéricos indican que además hay pérdida de fibras estriadas del esfínter (1% por año). Todos estos cambios explicarían por qué la presión de cierre uretral disminuye con la edad, aproximadamente 15cmH₂O por década a partir de los 20 años. (31)

Cambios en la membrana uretral se pueden ampliar hasta el trigono vesical, ocasionando irritación de aferencias nerviosas y posiblemente activando hiperactividad del detrusor. Adicionalmente, la sensibilidad neural está aumentada y

esto también puede contribuir a una vejiga hiperactiva. En general, al envejecer el meato uretral se mueve hacia el introito, pueden aparecer carúnculas y divertículos uretrales. (31)

2.6.1 Clasificación de la disfunción vesical neuropática.

La alteración de la dinámica miccional se origina en el sistema nervioso, exceptuando el psicógeno y recibe el nombre de vejiga neurógena, comúnmente se produce en personas afectadas por accidentes vascular cerebrales, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, mielomeningocele, lesionados medulares, seniles con hiperreflexia del detrusor, diabéticos con vejiga neurógena, amputados de recto. (32)

2.6.2 Lesiones supraespinales

Las lesiones supraespinales provocan la interrupción de las vías que conectan el córtex cerebral con el núcleo pontino y, consecuentemente, la pérdida del control voluntario. Cuando la vejiga está llena, se contraerá por acción de su arco reflejo parasimpático medular, sin que el individuo pueda impedirlo, aunque tenga preservado el deseo miccional y sea consciente se orinará. A pesar de que el paciente es casi siempre consciente del deseo miccional y la de la micción, no puede evitarla debido a que las vías nerviosas encargadas de inhibir la micción están interrumpidas. (33) (34).

Como el arco reflejo estará íntegro en los tres núcleos medulares (pudendo, simpático y parasimpático), cuando la vejiga esté llena, los estímulos que llegan por el nervio pélvico a su núcleo parasimpático harán que éste se «dispare» y dé la orden de contracción del detrusor, que el paciente no puede inhibir. Esta hiperactividad del detrusor se conoce como hiperreflexia. Se produce una coordinación perfecta cuando el centro pontino coordinador de los tres núcleos medulares no presenta ninguna lesión o daño, de manera que cuando el detrusor se contrae, los esfínteres están abiertos “sinergia”. (35)

2.6.3 Lesiones suprasacras

Se localizan entre el núcleo pontino y los tres núcleos medulares de la micción y afectarán a la médula cervical y torácica. Los núcleos medulares de la micción quedan indemnes, conservando, por tanto, sus arcos reflejos. El daño afecta a las vías nerviosas que, provenientes del núcleo pontino, se encargan de coordinar a los núcleos de la micción y, consecuentemente, lograr la acción sincrónica de la vejiga y de la uretra. Las vías nerviosas moduladoras están interrumpidas y los arcos reflejos medulares están liberados de su control. (33) (35)

Si la lesión es completa, la vejiga se comporta de forma automática de manera que cuando se llena, se vacía, sin que el sujeto sea consciente de ello, a diferencia de lo que ocurría en las lesiones neurológicas cerebrales o supraespinales. Es importante recalcar otra diferencia con las lesiones cerebrales, se puede originar una alteración denominada disinergia; se produce cuando al no estar modulada la coordinación parasimpático-simpático-pudendo por el núcleo pontino, los arcos reflejos liberados producirán acciones en vejiga y uretra no coordinadas. (35)

2.6.4 Lesiones infrasacras

Se localizan sobre los núcleos medulares de la micción, por lo que el arco reflejo estará interrumpido. Si la lesión es completa, tanto la vejiga como la uretra quedarán completamente desconectadas del sistema nervioso, comportándose de forma autónoma. El detrusor es arrefléxico y la uretra hipoactiva. Al no haber ninguna resistencia uretral que se oponga a la salida de la orina, la vejiga se vacía al estar llena sin contracciones del detrusor. La incontinencia urinaria en las lesiones medulares bajas sucede por falta de actividad de los mecanismos uretrales. (33)

2.6.5 Mecanismos esfinterianos en la mujer

Como los demás elementos ligamentarios que sostienen a las vísceras pélvicas femeninas, los elementos de soporte anatómico de la uretra, como del cuello vesical y de la pared posterior de la vejiga derivan, primariamente, de la fascia pélvica y se

insertan, bilateralmente en el arco tendinoso que corresponde a un engrosamiento de la fascia pélvica que cruza bilateralmente la pared lateral de la pelvis sobre el músculo elevador del ano, paralela a la rama isquiopúbica. A nivel de la uretra las condensaciones de esta fascia originan los ligamentos pubouretrales y los ligamentos uretropelvicos, ambos encargados de prevenir la hipermovilidad uretral, y se encuentran envueltos como un mecanismo esfinteriano intrínseco. (20)

Las tres funciones distintas de la uretra: La región proximal, se relaciona con la continencia pasiva, secundaria a transmisiones de variación de presión abdominal, actuando juntamente con el cuello vesical. La región intermedia comprende el tercio medio de la uretra, responsable del mecanismo esfinteriano activo. La región distal o ligamento pubouretral tiene apenas función sobre la conducta urinaria, sin relación con la continencia. (21)

2.6.6 Mecanismos de sostén de suelo pélvico

Las fibras de contracción lenta consiguen el mecanismo de sostén del suelo pélvico al permanecer siempre activas (tono basal), logran también el control sobre la vejiga y el intestino, la actividad sexual, la postura, etc. Este tono aumenta en bipedestación debido a la carga de peso extra sobre el suelo muscular. Debe ejercitarse la resistencia de esta zona muscular para evitar el debilitamiento por fatiga durante las actividades de la vida diaria. (20)

2.7 Clasificación de la Incontinencia Urinaria

La ICS, en su documento de estandarización de terminología, considera que la incontinencia y las disfunciones miccionales pueden clasificarse a partir de su manifestación sintomática en tres tipos fundamentales: la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), la incontinencia urinaria de urgencia (IUU) y, finalmente, la incontinencia urinaria mixta (IUM), más otros tipos como la incontinencia urinaria por rebosamiento o la enuresis nocturna. (19)

2.7.1 Incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE)

Es la percepción de escape de la orina con el esfuerzo físico, ocurre durante periodos de aumento de presión intraabdominal (tos, estornudos, actividades deportivas, etc.), la presión intravesical sobrepasa la capacidad del esfínter uretral de generar suficiente resistencia para retener la orina. Esta disfunción uretral se puede deber al desplazamiento de la uretra y / o del cuello de la vejiga o por la hipermovilidad de la uretra. El vaciado de la vejiga es completo y su tamaño es normal. Afecta mayormente a las mujeres que han pasado partos vaginales y se cree que obedece a la disminución del apoyo de ligamentos y piso pélvico a las paredes uretrales y a la base de la vejiga, en varones se presenta después de prostatectomía radical por cáncer prostático debido a la pérdida de la compresión uretral y posiblemente por irritabilidad de la pared vesical. (19)

2.7.2 Incontinencia urinaria de urgencia (IUU)

Es la pérdida involuntaria de orina acompañada o inmediatamente precedida de urgencia miccional o deseo intenso de orinar. Se produce una contracción vesical fuerte de un momento a otro y la persona no puede llegar hasta el inodoro. Se asocia a una hiperactividad del músculo detrusor. A esta clase de incontinencia también se le llama vejiga hiperactiva, hiperreflexia del detrusor o inestabilidad de este. Entre las personas mayores es el tipo de incontinencia más frecuente (65% de los casos), pues suelen tener unas repentinas ganas de orinar y un residuo postmiccional con una frecuencia menor de 50 ml. (30)

2.7.3 Incontinencia urinaria mixta (IUM)

Es la percepción de una pérdida involuntaria de orina asociada tanto a la urgencia miccional como al esfuerzo, el ejercicio físico, la tos o el estornudo. Se estima que posiblemente ocurre en el 10 % en los adultos mayores, por la fragilidad del esfínter uretral y la inestabilidad del detrusor. (30)

2.7.4 Enuresis Nocturna

Enuresis se refiere en general a cualquier pérdida de orina; cuando se usa para indicar una incontinencia durante el sueño, se califica con el adjetivo nocturna. (21)

2.7.5 Incontinencia por rebosamiento o sobreflujo

Aquí se presenta un volumen residual excesivo resultante de la retención urinaria secundaria a causas neurogénicas u anatómicas. Se produce pérdida de orina, generalmente de pequeños volúmenes, que es secundaria a una dificultad del vaciamiento vesical por obstrucción mecánica o falla vesical. La vejiga es incapaz de vaciarse en su totalidad y va acumulando orina en su interior hasta que la presión intravesical sobrepasa la presión esfinteriana y se produce, dependiendo de la cantidad de orina acumulada, desde un goteo hasta la salida del volumen total que había sido contenido en la vejiga. Entre las causas mecánicas que le dan origen cabe destacar a la hipertrofia prostática benigna, estrechez uretral y gran cistocele. Las causas funcionales son aquellas en que la vejiga no es capaz de contraerse adecuadamente (vejiga hipotónica) como en la vejiga neurogénica y lesiones de la médula espinal. (15) (36)

2.8 Factores de riesgo

2.8.1 Género

Ciertamente uno de los principales factores de riesgo que intervienen en la prevalencia de incontinencia urinaria. Esto se explica claramente mediante la diferencia identificada de estructuras y funciones en cada género. De manera general se estima que aproximadamente hay 200 millones de personas que tienen incontinencia urinaria, de las cuales, mediante un análisis, el género femenino es dos veces más frecuente que el género masculino. Uno de los procesos identificados como desencadenantes de este problema sanitario es la menopausia, puesto que como resultado una mujer puede experimentar hipoestrogenismo, atrofia general entre otras alteraciones que contribuyen a que el suelo pélvico se relaje de forma irregular. (37) (20)

2.8.2 Edad

En este apartado se refiere principalmente a una etapa en específico que experimentan todos los seres humanos: el envejecimiento. Este proceso trae consigo una serie de deficiencias en funciones y estructuras. A nivel de suelo pélvico esta etapa está asociada a reducción de la capacidad vesical, inhibición de las contracciones del detrusor, menores tasas de flujo urinario, irregularidad en el funcionamiento del cierre uretral, y aumento del volumen residual postmiccional. (20)

Los errores más frecuentes relacionados a problemas de micción son: Orinar con más frecuencia de lo necesario; ya que se cree que mantener la vejiga vacía evita episodios de incontinencia. O en otro punto, no vaciar la vejiga adecuadamente; lo cual puede ocasionar excesiva acumulación de orina residual. Cabe mencionar además que, la musculatura esfinterina está sujeta a procesos degenerativos, la mayoría de los abordajes con esta temática justifican a este proceso con estrés mecánico y desgaste de estructuras como ente principal la sarcopenia muscular. (20)

2.8.3 Genética

No existe una suficiente evidencia científica que respalde la responsabilidad del factor genético en un caso de incontinencia urinaria. Sin embargo, existen estudios interesantes que portan al avance de investigación de este enfoque. Por ejemplo: Existe un abordaje en donde se afirma que la heredabilidad fue significativa para la incontinencia de urgencia, pero no para la de esfuerzo. Además, existen varias investigaciones en donde se ha comprobado que hay un mayor riesgo de presentar episodios de incontinencia urinaria en la raza blanca que en la negra. (38)

2.8.4 Raza

Existe un registro muy poco alentador para la afirmación de que la raza sea un factor de riesgo, puesto que la mayoría de los proyectos de investigación se han realizado en personas de raza blanca. No obstante, en estudios realizados en raza negra se ha

obtenido que son menos prevalentes a tener incontinencia urinaria esto explicado principalmente por diferencias en el tejido conjuntivo o muscular. (20)

2.8.5 Peso

Tener una cantidad excesiva de grasa corporal es considerado como un factor que desencadena la pérdida de control de la vejiga, o que ayuda a la exacerbación y gravedad de esta condición. Esta enfermedad compleja puede causar un estiramiento crónico y un debilitamiento de músculos y otras estructuras del suelo pélvico. Un estudio prospectivo aleatoria que evaluaba sobrepeso y obesidad en mujeres con al menos 10 episodios de incontinencia urinaria por semana se sometieron a un programa de intensivo de pérdida de peso durante 6 meses frente a un programa de educación estructurada; se detectó que las mujeres en el programa de pérdida de peso tuvieron una media del 8% de pérdida de peso y disminuyeron sus episodios de pérdida urinaria en un 47% comparado con la pérdida de peso. En pacientes con obesidad mórbida y sometidas a cirugías bariátricas, como bypass o banda gástrica, y que presentan pérdida de peso significativa, de cerca de 50% del exceso de peso, existe mejora de los síntomas urinarios, particularmente de la incontinencia de esfuerzo. (39) (20)

2.8.6 Antecedentes obstétricos

El embarazo trae consigo una serie de cambios morfológicos que afectan en línea directa al suelo pélvico. La vejiga es desplazada y comprimida por el crecimiento uterino, alterando el ángulo uretrovesical, aumento de presión intraabdominal, disminución de la capacidad vesical, disminución de fluido sanguíneo y una hipoxia del tejido vaginal, vesical y uretral. (20)

En la uretra y los tejidos vaginales, el flujo sanguíneo se recupera inmediatamente tras liberar la distensión, en cambio a nivel vesical la isquemia persiste hasta quince minutos tras la liberación de la compresión, que provoca una hipoxia en el músculo detrusor y el urotelio. La progesterona actúa en la uretra y la relaxina, en los músculos del piso pélvico disminuyendo así la presión máxima de cierre uretral y

favoreciendo la pérdida urinaria. Para que se desarrolle el proceso de parto es necesaria una serie de cambios a nivel estructural lo cual puede provocar laceraciones e incisiones del periné, daños a la inervación del elevador del ano y de los músculos esfinterianos, disminución de fuerza muscular. De manera particular el nervio pudendo se torna vulnerable a la lesión por estiramiento o compresión. (21)

Hay procesos que pueden aumentar los daños estructuras por lo cual aumentar el riesgo para tener incontinencia urinaria. Un ejemplo específico es el uso de fórceps, ya que su uso induce directamente a tener laceraciones perineales, así como neuropatías pélvicas. Este hecho no sorprende, ya que el fórceps ejerce una fuerza agonista alrededor del tejido pélvico. El uso de fórceps acarrea prejuicio al esfínter anal y confiere un elevado riesgo para la incontinencia urinaria. La prevalencia de IUE siete años después del parto puede ser de diez veces mayor entre las mujeres que fueron sometidas al parto con uso de fórceps. (20)

2.9 Mujeres y salud

Generalmente el nivel de salud se lo define como el armonioso funcionamiento biológico, físico y mental de un individuo en relación con el ambiente que lo rodea. Es decir, se habla de un buen nivel de salud cuando la persona es un ser biopsicosocial. Es importante acotar que el envejecimiento es una de las etapas en donde más se puede ver vulnerable una persona, ya que este equilibrio se ve afectado esencialmente por el deterioro de estructuras. Como todo funciona de manera consecuente este desgaste de estructuras conlleva a un deterioro de funciones, y a un impacto a nivel emocional. (40) (41)

2.10 Calidad de vida

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define calidad de vida como: percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto 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. (39)

Con respecto a los adultos mayores este concepto toma una importancia singular ya que una meta como sociedad es que las personas de tercera edad no solo vivan más años, sino que los vivan mejor, consiguiendo un envejecimiento saludable. Es decir, una meta gerontológica es que existan más aspectos a nivel político y sanitario que aseguren calidad de vida para un adulto mayor. (39)

La incontinencia urinaria afecta directamente a la calidad de vida; afecta a nivel estructural con cuadros clínicos como candidiasis perineal, celulitis y úlceras por presión por constante maceración de la piel e irritación, infecciones urinarias, sepsis urinarias en portadores de catéteres vesicales. A nivel psicológico la afección es realmente alarmante ya que un adulto mayor que haya tenido este episodio por primera vez recibe un trauma psicológico interpretado en depresión, pérdida de autoestima, retraimiento creciente, sentimiento de culpa, negativismo en general y aislamiento social. A nivel físico se podrían producir limitaciones en actividades y restricciones en participación. Todo esto conlleva a que el adulto mayor sea más dependiente; al no tener autonomía en sus actividades el adulto mayor presentará una aceleración de desgaste estructural y emocional. (42) (38)

2.10.1 Calidad de vida relacionada con la salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud como el estado de bienestar completo, físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o incapacidad. De este concepto se deriva inicialmente la definición multidimensional de Calidad de vida relacionado con la salud (CVRS). La CVRS incluye todos los factores internos como externos que forman parte del individuo e intervienen en su estado de salud. (43)

En las personas de tercera edad, la calidad de vida relacionada con la salud está principalmente determinada por la compleja interacción entre las características del individuo, su ambiente y bienestar, parece estar estrechamente ligado al nivel de protección social ofertado, ya que, en esta etapa, estos individuos soportan muchos problemas crónicos y discapacidades, consumiendo gran cantidad de recursos en salud, de forma directamente proporcional al grado de dependencia. (43)

2.11 Aspectos de la calidad de vida relacionada con la salud

El concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) llegó al campo de los cuidados sanitarios con la mirada de que el bienestar de los pacientes es un punto importante de ser considerado tanto en su tratamiento como en el sustento de vida. Tal como se puede apreciar, algunas definiciones se centran en indicadores funcionales de corte objetivo, observable y medible y otras en la evaluación subjetiva que el sujeto hace de su vivencia de salud/enfermedad. (44)

La definición más útil es la que Shumaker y Naughton propusieron, unificando las previamente existentes, y que conceptualizó la CVRS como: «...la evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud, sobre la capacidad del individuo para mantener un nivel de funcionamiento que le permite realizar las actividades que le son importantes, y que afectan a su estado general de bienestar». Las dimensiones más importantes que incluye esta definición de CVRS son el funcionamiento social, físico y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal, y el bienestar emocional. Esta definición parte de la percepción que tiene el individuo sobre su estado de salud-enfermedad y es utilizada con frecuencia como sinónimo del concepto de salud auto percibida, que ha demostrado ser útil como predictor de la mortalidad. (45)

2.11.1 Funcionamiento físico

Este aspecto funciona bajo dos enfoques: el ejercicio terapéutico y la actividad física. Existe mucha evidencia donde mejorar el funcionamiento físico es vital para asegurar

una buena calidad de vida en el envejecimiento. Es por ello por lo que la sociedad en general, y sus organismos representantes están encargados de realizar campañas de promoción de salud y prevención de enfermedad mediante el movimiento, todo esto encaminado a que los adultos mayores sean más saludables. En investigación, se detalla el beneficio de la práctica de ejercicio en todas las etapas de la vida especialmente en el envejecimiento. El ejercicio de tipo aeróbico es el más recomendado para promover una buena salud. (46)

2.11.2 Bienestar psicológico

Cabe destacar a dos tradiciones teóricas diferenciadas en el estudio del bienestar: perspectiva hedónica y eudaimónica. Desde la perspectiva eudaimónica el objeto de estudio es el bienestar psicológico que se concibe como autorrealización, crecimiento personal y progreso de la propia persona. La corriente hedónica se centra en el estudio del bienestar subjetivo al que se relaciona con la felicidad y el balance afectivo positivo y con la autoestima o los sentimientos positivos hacia uno mismo. (47)

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud afirma que la salud incluye necesariamente el bienestar psicológico (BP), junto al físico y social, a la vez que define la salud mental como un estado de bienestar en el que se es consciente de las propias capacidades; se es capaz de afrontar las tensiones normales de la vida, se puede trabajar de forma productiva y fructífera y se es capaz de contribuir a la propia comunidad. Ineludiblemente existe una relación directa entre el apoyo social y el bienestar, debido a que el nivel de influencia emocional que puede representar una comunidad o sociedad es increíblemente positivo o negativo, dependiendo de la relación con cierto individuo, aportando pragmáticamente o causando factores estresantes. (47)

2.11.3 Estado emocional

Es la reacción psicofisiológica al entorno interno y externo que experimentamos. Nuestras emociones se manejan a partir de lo que percibimos, por lo cual podemos deducir que la experiencia que obtenemos diariamente de nosotros mismos y de nuestro entorno va a aportar de manera positiva o negativa al desarrollo de nuestra vida. Las relaciones interpersonales, interacción con el entorno, ambiente laboral estudiantil y familiar influyen para esta reacción. (48)

2.11.4 Dolor

El dolor es subjetivo, es una experiencia personal, única y multidimensional que varía en cada individuo de acuerdo con factores biológicos, psicológicos, fisiopatológicos y culturales. No todas las personas sentimos el mismo dolor incluso con el mismo estímulo, esto se debe a que todas las personas percibimos esta sensación de forma diversa. En otros términos; todos los individuos tenemos un umbral del dolor específico. Conceptualmente dolor, se la define como "una experiencia sensorial y emocional desagradable con daño tisular actual o potencial o descrito en términos de dicho daño". Para un abordaje correcto se tiene que trabajar a nivel de nocicepción, sensación, percepción, motivación, emoción, valoración cognitiva y conductas del dolor. (49)

2.11.5 Funcionamiento social

Es un constructo complejo y dimensional dado a que abarca a los comportamientos e interacciones de cada individuo, en donde se incluyen habilidades cognitivas, emocionales y lingüísticas además de la influencia de múltiples factores internos y externos. Es como analizar la personalidad del sujeto frente a la sociedad que lo rodea. De este análisis se puede obtener resultados positivos que provengan de buena relación con el prójimo, vínculos sociales fuertes y satisfactorios, entre otros, o resultados negativos como conductas alterantes, mala relación social entre otros los mismos que influyen perjudicialmente al sujeto. (50)

2.11.6 Percepción general de la salud

Está comprobado que la salud y la enfermedad son dos conceptos que están relacionados pero que son diferentes; son conocidos o tipificados de forma variada en cada cultura. Abordar el tema de salud no solo implica explorar a nivel estructural o morfológico, significa abordar integralmente a un individuo analizando cada enfoque o aspecto que presente de manera personal o social. Hay que destacar que este apartado depende de cada detalle que forme parte de una persona, desde la manera que habla con otro hasta el estado de su suelo pélvico; absolutamente todo está relacionado al concepto salud. Un gran aprendizaje para mencionar es que todo tiene que ver con la persona de manera interna o externa tiene que ver con salud, así como todo tiene que ver con enfermedad. (51)

2.12 Calidad de vida en relación a la incontinencia urinaria.

Hay muchas personas con incontinencia urinaria que tienen vergüenza de hablar con sus médicos sobre el tema, o quienes consideran que su condición es inevitable; tiene muchos efectos sobre las actividades diarias, las interacciones sociales y percepción del estado de salud. Los principales problemas están relacionados al bienestar social y mental, que afecta significativamente calidad de vida (QoL), que lleva a daños psicológicos, físicos, consecuencias profesionales, sexuales y sociales. El nivel de impacto de la IU en la calidad de vida varía según su tipo y gravedad, o depende la percepción individual del problema. (44)

La obtención de información a través de cuestionarios validados y otros instrumentos autoadministrados constituye una parte importante de la evaluación inicial. La utilización sistemática de estas herramientas permite lograr un control mejor de la afección y evaluar la evolución, a lo largo del tiempo, de los síntomas, tanto en lo que respecta a su gravedad, como en cuanto a la frecuencia o la afectación de la calidad de vida. (52)

2.13 Evaluación de la Incontinencia urinaria y calidad de vida

2.13.1 Cuestionario de incontinencia urinaria (ICIQ-UI-SF)

Para conocer el tipo de IU, las sociedades médicas y científicas aconsejan la utilización de cuestionarios, con los que podemos conocer con una alta probabilidad el tipo de IU. En la segunda reunión internacional de la ICS en 2004 se desarrolló el cuestionario ICIQ (International Consultation on Incontinence Questionnaire) por Avery y cols. Se creó una versión corta del mismo (ICIQ-SF), autoadministrado y aplicable en todos los grupos de edad y sexo. Validado en España por su brevedad y sencillez es de gran utilidad e indicado por la Guía Europea de Urología para la evaluación de los síntomas e impacto de la IU. Puede ser utilizado en investigación y como método de cribado de la IU. El ICIQ-SF consta de cuatro áreas: frecuencia de las pérdidas, cantidad, impacto y situaciones en las que se produce, distribuidas en dos grupos de preguntas: (27) (53)

- Tres preguntas sobre frecuencia, cantidad y afectación de la calidad de vida, con cuyas respuestas se calcula la puntuación del cuestionario, que puede variar entre 0 (continente) y 21 puntos (máximo grado de IU).
- Ocho preguntas que se refieren a las situaciones en las que se produce la IU y que permiten orientar el diagnóstico del tipo de IU (IUE, IUU, IUM, etc.).

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

Para la valoración de la calidad de vida, se utilizó 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 a diversos países europeos, entre ellos España, y además es específico para valorar la afectación de la calidad de vida en personas con IU.

El I-QOL es autoadministrado y consta de 22 ítems que mide la repercusión en las actividades de la vida diaria 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. Están divididos en 3 subescalas que reflejan variaciones en la conducta de la mujer en 3 esferas: comportamiento de evitación y limitación de la conducta (8 ítems), repercusión psicosocial (9 ítems) y sentimiento de vergüenza en la relación social (5 ítems). Las respuestas están ordenadas según una escala tipo Likert de 5 puntos, que da como resultado una puntuación entre 0 y 100, en la que la mayor puntuación corresponde a la mejor calidad de vida. (3) (54)

2.14. Marco legal y jurídico

2.14.1. Constitución de la República del Ecuador

Proyecto de Constitución del Ecuador 2008

Por la salud que todos Queremos

Título II, Derechos

Sección Séptima: Salud

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. Sección octava Trabajo y seguridad social

Art. 33.- El trabajo es un derecho y un deber social, y un derecho económico, fuente de realización personal y base de la economía. El Estado garantizará a las personas trabajadoras el pleno respeto a su dignidad, una vida decorosa, remuneraciones y retribuciones justas y el desempeño de un trabajo saludable y libremente escogido o aceptado.

Art. 34.- El derecho a la seguridad social es un derecho irrenunciable de todas las personas, y será deber y responsabilidad primordial del Estado. La seguridad social se regirá por los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiaridad, suficiencia, transparencia y participación, para la atención de las necesidades individuales y colectivas. El Estado garantizará y hará efectivo el ejercicio pleno del derecho a la seguridad social, que incluye a las personas que realizan trabajo no remunerado en los hogares, actividades para el auto sustento en el campo, toda forma de trabajo autónomo y a quienes se encuentran en situación de desempleo. Capítulo tercero 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 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.*
- 2. El trabajo remunerado, en función de sus capacidades, para lo cual tomará en cuenta sus limitaciones.*
- 3. La jubilación universal.*

4. *Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos.*
5. *Exenciones en el régimen tributario.*
6. *Exoneración del pago por costos notariales y registrales, de acuerdo con la ley.*
7. *El acceso a una vivienda que asegure una vida digna, con respeto a su opinión y consentimiento.*

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.*

Sección segunda Jóvenes

Art. 39.- *El Estado garantizará los derechos de 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 las jóvenes y los 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 tercera Movilidad humana*

Art. 40.- *Se reconoce a las personas el derecho a migrar. No se identificará ni se considerará a ningún ser humano como ilegal por su condición migratoria. El Estado, a través de las entidades correspondientes, desarrollará entre otras las siguientes acciones para el ejercicio de los derechos de las personas ecuatorianas en el exterior, cualquiera sea su condición migratoria.*

Art. 41.- *Se reconocen los derechos de asilo y refugio, de acuerdo con la ley y los instrumentos internacionales de derechos humanos. Las personas que se encuentren en condición de asilo o refugio gozarán de protección especial que garantice el pleno ejercicio de sus derechos. El Estado respetará y garantizará el principio de no devolución, además de la asistencia humanitaria y jurídica de emergencia. No se aplicará a las personas solicitantes de asilo o refugio sanciones penales por el hecho de su ingreso o de su permanencia en situación de irregularidad. El Estado, de manera excepcional y cuando las circunstancias lo ameriten, reconocerá a un colectivo el estatuto de refugiado, de acuerdo con la ley.*

Art. 42.- *Se prohíbe todo desplazamiento arbitrario. Las personas que hayan sido desplazadas tendrán derecho a recibir protección y asistencia humanitaria emergente de las autoridades, que asegure el acceso a alimentos, alojamiento, vivienda y servicios médicos y sanitarios. Las niñas, niños, adolescentes, mujeres embarazadas, madres con hijas o hijos menores, personas adultas mayores y personas con discapacidad recibirán asistencia humanitaria preferente y especializada. Todas las personas y grupos desplazados tienen derecho a retornar a su lugar de origen de forma voluntaria, segura y digna. Sección cuarta Mujeres embarazadas*

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

- 1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.*
- 2. La gratuidad de 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 periodo de lactancia. Sección quinta Niñas, niños y adolescentes.*

Art. 44.- *El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos*

prevalecerán sobre los de las demás personas. Las niñas, niños y adolescentes tendrán derecho a su desarrollo integral, entendido como proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad. Este entorno permitirá la satisfacción de sus necesidades sociales, afectivo-emocionales y culturales, con el apoyo de políticas intersectoriales nacionales y locales.

Art. 45.- *Las niñas, 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, niños y 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.*

Art. 47.- *El Estado garantizará políticas de 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.*

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

1. La inclusión social, mediante planes y programas estatales y privados coordinados, que fomenten su participación política, social, cultural, educativa y económica.

2. La obtención de créditos y rebajas o exoneraciones tributarias que les permita iniciar y mantener actividades productivas, y la obtención de becas de estudio en todos los niveles de educación.

3. El desarrollo de programas y políticas dirigidas a fomentar su esparcimiento y descanso.

4. La participación política, que asegurará su representación, de acuerdo con la ley.

2.14.2 Plan toda una vida

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

El garantizar una vida digna en igualdad de oportunidades para las personas es una forma particular de asumir el papel del Estado para lograr el desarrollo; este es el principal responsable de proporcionar a todas las personas individuales y colectivas, las mismas condiciones y oportunidades para alcanzar sus objetivos a lo largo del ciclo de vida, prestando servicios de tal modo que las personas y organizaciones dejen de ser simples beneficiarias para ser sujetos que se apropian, exigen y ejercen sus derechos. Se ha decidido construir una sociedad que respeta, protege y ejerce sus derechos en todas las dimensiones, para, en consecuencia, erigir un sistema socialmente justo y asegurar una vida digna de manera que las personas, independientemente del grupo o la clase social a la que pertenezcan, logren satisfacer sus necesidades básicas, tales como: la posibilidad de dormir bajo techo y alimentarse todos los días, acceder al sistema educativo, de salud, seguridad, empleo, entre otras cuestiones consideradas imprescindibles para que un ser humano pueda subsistir y desarrollarse física y psicológicamente, en autonomía, igualdad y libertad(55)

CAPITULO III

3. Metodología de la Investigación

3.1. Diseño de la Investigación

No experimental. - El investigador no altera ni controla las variables del estudio, sino que llega a una conclusión basándose en la observación, sin embargo, se describieron los sujetos de estudio para la obtención de los resultados. (56)

Corte Transversal. - Se recopiló toda la información acerca de la incontinencia urinaria y calidad de vida en un solo cohorte de tiempo, sin realizar seguimiento a través del tiempo. (56)

3.2. Tipo de la Investigación

Descriptivo. - Analiza, interpreta y descubre los rasgos de un medio, fenómeno, o realidad para posteriormente interpretarlos de manera correcta. Se usó este tipo ya que se buscaba especificar datos importantes del grupo de personas que participaron en el estudio, a través de una ficha de datos sociodemográficos según edad, etnia y número de hijos. (57)

Epidemiológico de prevalencia puntual. - Es la frecuencia absoluta de personas que tiene una característica, por lo general en enfermedades en un momento determinado, en este caso, mide la proporción de personas que padecen incontinencia urinaria en la población, en un determinado momento. (2)

Cuantitativo. – Se encarga de recolectar datos cuantitativos sobre variables para luego analizarlos y relacionarlos con el objetivo de cuantificar un fenómeno. La información proporcionada por medio de la aplicación de los test se la hizo de forma objetiva, la cual generó datos numéricos estadísticamente confiables sobre el estado de la población adulto mayor. (58)

Cualitativo. – Recolecta datos para estudiarlos de manera más detallada con la finalidad de entender un comportamiento o acción determinada. Describe o explica cualidades en base a experiencias o pensamientos personales. En la presente

investigación se obtuvieron resultados cualitativos en cuanto a la presencia o no de incontinencia urinaria, pérdida de calidad de vida o nula afectación de la calidad de vida. (58)

3.3. Localización y ubicación del estudio

El lugar de estudio está ubicado en la calle Luis Vargas Torres y Av. Jaime Rivadeneira en Ibarra, perteneciente a la provincia de Imbabura- Ecuador.

3.4. Población de estudio

Para la presente investigación se identificaron 21 mujeres adultas mayores hospitalizadas dentro del Hospital San Vicente de Paúl.

3.4.1. Criterios de Inclusión

- Mujeres a partir de los 55 años de edad que se encuentren hospitalizadas dentro del Hospital San Vicente de Paúl.
- Mujeres a partir de los 55 años de edad que firmen el consentimiento informado para participar en el estudio.

3.4.2. Criterios de Exclusión

- Mujeres menores de 55 años que no se encuentren hospitalizadas dentro del Hospital San Vicente de Paúl.
- Mujeres adultas mayores con deterioro cognitivo, cirugía pélvica o en espera de alguna intervención quirúrgica para el tratamiento de la incontinencia urinaria.
- Mujeres a partir de los 55 años de edad que no firmen el consentimiento informado para participar en el estudio.

3.4.3. Criterios de Salida

- Participantes que no deseen continuar en el proceso de investigación
- Pacientes que hayan sido dados de alta.

3.5. Operacionalización de variables

3.5.1. Variables de caracterización

Variable	Tipo de variable	Dimensión	Indicador	Escala	Instrumento	Definición
Edad	Cuantitativa Discreta Agrupada	Grupo etario	55-64 65-74 75-84 >85 años (IPA)	-Adulto mayor -joven -Adulto mayor -maduro -Adulto mayor -Anciano	Ficha sociodemográfica	Tiempo que una persona ha vivido, a contar desde que nació. (59)
Etnia	Cualitativa Nominal Politómica	Grupos étnicos	Auto identificación étnica	-Blanco -Mestizo -Afroecuatoriano -Indígena		Conjunto orgánico de las características que distinguen a un grupo humano de los otros. (59)
Número de hijos	Cuantitativa Continua	Número de hijos	Sin hijos	Nulípara		Relación de una mujer con la cantidad de hijos que ha dado a luz. (60)
			1 hijo	Primípara		
			2-4 hijos	Múltipara		
			>5 hijos (OMS)	Gran múltipara		

3.5.2. Variables de interés

Variable	Tipo de variable	Dimensión	Indicador	Escala	Instrumentos	Definición
Incontinencia urinaria (IU).	Cualitativa Nominal Politómica	Tipos de incontinencia urinaria	Al toser, estornudar o realizar esfuerzos, ejercicio.	IU Esfuerzo	Cuestionario de incontinencia urinaria (ICIQ-SF)	Incontinencia urinaria (IU), definida como la fuga involuntaria de orina, es un problema de salud que afecta la calidad de vida y afecta principalmente a personas adultos mayores. (61)
			Antes de llegar al servicio.	IU Urgencia		
			Presencia de incontinencia urinaria de esfuerzo y urgencia.	IU Mixta		
			De forma continua.	Incontinencia continua		
Calidad de vida.	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)	Bienestar físico, mental y social de un individuo; no es simplemente la ausencia de enfermedad. (61)
			<100%	Pérdida de calidad de vida.		

3.6. Métodos y técnicas de recolección de información

3.6.1. Métodos de recolección de datos

Inductivo: La inducción es una forma de razonamiento en la que se pasa del conocimiento de casos particulares a un conocimiento más general, que refleja lo que hay de común en los fenómenos individuales. Francis Bacon (1561-1626), fue el primero que propuso la inducción como un nuevo método para adquirir conocimientos. Afirmaba que para obtener conocimiento es imprescindible observar la naturaleza, reunir datos particulares y hacer generalizaciones a partir de ellos. (56)

Analítico: El análisis de la información posibilita descomponerla en busca de lo que es esencial en relación con el objeto de estudio en sus partes y cualidades, en sus múltiples relaciones, propiedades y componentes; permite estudiar el comportamiento de cada parte. (62)

Revisión bibliográfica: El trabajo de revisión bibliográfica constituye una etapa fundamental de todo proyecto de investigación y debe garantizar la obtención de la información más relevante en el campo de estudio, de un universo de documentos que puede ser muy extenso. (63)

3.6.2. Técnicas e Instrumentos

Técnica

➤ Encuesta

Método de investigación de los hechos sociales. Se basa en el análisis de numerosos casos particulares a través de cuestionarios repartidos entre un sector de la población previamente escogido por medio de una muestra, de acuerdo con los objetivos de la encuesta. Generalmente se realiza para obtener datos fiables acerca de las actitudes, las opiniones y los comportamientos de los individuos. (59)

Instrumentos

- Ficha sociodemográfica
- Cuestionario de la 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)

El ICIQ-IU-SF consta de cuatro apartados que evalúan los síntomas y su efecto en las actividades diarias de las pacientes, nos proporciona suficiente información sobre el tipo de incontinencia urinaria que puede padecer la paciente, así como la gravedad del problema (frecuencia de pérdidas y grado de afectación para la paciente). Traducido a 28 lenguas y validado en castellano desde el año 2004, tiene altos niveles de validez, confiabilidad y sensibilidad. Además, la puntuación media del cuestionario validado y altamente recomendado ICIQ-UI SF fue 3.4 (SD 2.9) en el grupo de Internet y 2.6 (SD 3.4) en el grupo de folletos cuando los programas estaban disponibles gratuitamente, recomendación grado A de la Consulta Internacional de Incontinencia (ICI). Ha sido validado originalmente en el idioma inglés. El ICIQ-SF validado al español con un alfa de Cronbach de 0,917, se utiliza para estudiar la proporción de mujeres afectas y el tipo de incontinencia. Este instrumento fue utilizado en el estudio “Efecto del entrenamiento con pesas con el entrenamiento muscular del piso pélvico en mujeres de edad avanzada con incontinencia urinaria” realizado en Brasil en el año 2019, aplicado en 21 mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo, obteniendo como resultados El total de puntajes individuales ICIQ-SF antes y después del tratamiento, según la puntuación total previa al tratamiento, tenía una IU grave. En conclusión, comparado con el entrenamiento muscular del piso pélvico solo, la combinación de entrenamiento con pesas y entrenamiento muscular del piso pélvico proporcionada anteriormente mejora de la IU en mujeres de edad avanzada. (Anexo 4). (27) (64)

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

I-QOL fue traducido y validado de acuerdo con los criterios internacionales propuestos por Guillermin et al. El instrumento original fue desarrollado en los Estados Unidos. Es ampliamente usado, y hay muchas versiones traducidas y validadas; estas versiones permiten comparaciones con estudios de diferentes países. El cuestionario ha sido validado internacionalmente, 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. Dicho cuestionario se divide en tres subescalas: limitación de la actividad o conducta, efecto psicosocial y preocupación social. Todos los puntajes obtenidos y las propiedades estadísticas fueron similar a los encontrados en otras validaciones internacionales estudios de la I-QOL, lo que demuestra que es altamente cuestionario válido y reproducible para evaluar la calidad de vida en mujeres con IU. Este instrumento fue utilizado en el estudio “Entrenamiento muscular del piso pélvico para síntomas de vejiga hiperactiva: un estudio prospectivo” realizado en Brasil en el año 2017, aplicado en 27 mujeres con incontinencia urinaria mixta, obteniendo como resultados que la calidad de vida tuvo una mejora significativa en los tres dominios evaluados por I-QoL. En conclusión, el entrenamiento muscular del piso pélvico, sin pautas adicionales mejora la sintomatología, la función de los músculos del suelo pélvico y la calidad de vida de las mujeres con síntomas de vejiga hiperactiva. (Anexo 5). (54) (65).

3.8. Análisis de datos

Con los datos obtenidos de los cuestionarios se procedió a realizar una base de datos en programa Microsoft Excel 2016 y posteriormente analizados por el programa estatics SPSS 23, para posteriormente presentar los resultados mediante tablas.

CAPÍTULO IV

4. Análisis y discusión de resultados

4.1. Análisis de datos

Tabla 1.

Caracterización de la población de estudio según edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Adulto mayor maduro (65-74)	15	71,43%
Adulto mayor (75-84 años)	6	28,57%
Total	21	100%

La caracterización de la población de estudio según la edad señala que, el rango de edad que presenta mayor frecuencia de los 65 a 74 años con el 71,43%; mientras que el rango comprendido entre los 75 a 84 años corresponde al 28,57%.

Estos resultados se relacionan con un estudio de población realizado en Ecuador por el INEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos), en donde se evidenció que existe mayor población de adultas mayores que presentan un rango de edad comprendido entre los 65 años en adelante, con un porcentaje del 60,8%. (66)

Tabla 2.

Caracterización de la población de estudio según etnia

Etnia	Frecuencia	Porcentaje
Mestiza	17	80,96%
Afroecuatoriana	2	9,52%
Indígena	2	9,52%
TOTAL	21	100%

De acuerdo con la caracterización de la población de estudio según la etnia se obtuvo que, el 80,96% pertenece a la etnia mestiza, mientras que tanto la etnia indígena como la afroecuatoriana representaron al 9,52% de la población estudiada.

Los resultados obtenidos en nuestra investigación se asemejan con el estudio de población que se realizó en Ecuador por el INEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos), donde se evidenció que la etnia con mayor registro es la mestiza con un 72,96%. (66)

Tabla 3.

Caracterización de la población de estudio según número de hijos

Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje
Primíparas (1 hijo)	2	9,52%
Multíparas (2-4 hijos)	13	61,9%
Gran multíparas (≥ 5)	6	28,58%
TOTAL	21	100%

En la caracterización de la población de estudio según número de hijos se obtuvo que, existe mayor frecuencia de mujeres gran multíparas con un 28,58%, seguido de multíparas con 61,9%, y por último las primíparas con 9,52%.

Estos resultados coinciden con un estudio realizado en Israel, “Patrones contemporáneos del trabajo en mujeres nulíparas y multíparas”, donde se evidenció que la mayoría de la población corresponde a mujeres multíparas con el 54,6%. (67)

Tabla 4.

Prevalencia puntual de incontinencia urinaria.

$$P = \frac{\text{numero de afectados (17)}}{\text{población de estudio(21)}} \times 100 = 80,94\%$$

La prevalencia puntual de incontinencia urinaria en el Hospital San Vicente de Paúl fue del 80,94% de la población estudiada.

La prevalencia identificada en nuestra investigación se relaciona con el estudio, “Incontinencia urinaria: frecuencia y factores asociados” realizado en Hospital General Nuestra Señora del Prado el 2014, España, en donde tras realizar la recolección de información, se pudo concluir que, el 71,2% de la población de estudio tenían incontinencia urinaria. (68)

Tabla 5.

Prevalencia de la incontinencia urinaria según tipos.

$$PIUU = \frac{\text{numero de afectados IUU (2)}}{\text{población de estudio(21)}} \times 100 = 9,52\%$$

$$PIUE = \frac{\text{numero de afectados IUE (11)}}{\text{población de estudio(21)}} \times 100 = 52,38\%$$

$$PIUM = \frac{\text{numero de afectados IUM (4)}}{\text{población de estudio(21)}} \times 100 = 19,04\%$$

Según la prevalencia de la incontinencia urinaria según tipos, se evidencia que el 52,38% de las mujeres geriátricas presentaron IU de esfuerzo, siendo ésta la de mayor prevalencia en nuestro estudio, seguido del 19,04% que presentaron incontinencia urinaria mixta, y un 9,52% con incontinencia urinaria de urgencia.

Estos resultados coinciden con el estudio “Prevalencia y factores de riesgo de incontinencia urinaria de esfuerzo entre las mujeres peri menopáusicas y su influencia en la vida diaria en mujeres con problemas de deseo sexual” realizado en China, año 2019, en donde, tras realizar la recolección de información del tipo de incontinencia urinaria se concluyó que, la incontinencia urinaria de esfuerzo fue la más prevalente. (69)

Tabla 6.

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

Calidad de vida (CV)	Frecuencia	Porcentaje
Pérdida de CV (<100%)	17	100%
TOTAL	17	100%

En la evaluación de la calidad de vida, se obtuvo que el 100% de las mujeres estudiadas con incontinencia urinaria, refirieron pérdida en su calidad de vida.

Estos resultados se relacionan con el estudio “Prevalencia y factores de riesgo de incontinencia urinaria en mujeres que consultan por dolor lumbopélvico: estudio multicéntrico” realizado en España en el año 2013, en donde tras realizar la recolección de información de la afectación en la calidad de vida mediante una escala visual análoga de 0 a 10 con el cuestionario de Impacto de la Incontinencia (IIQ-7) se concluyó que, el impacto de los escapes de orina en la vida diaria es alto. (70)

Tabla 7.

Evaluación de la calidad de vida según subescalas I QOL test

IQOL	Porcentaje
Evitar y limitar el comportamiento	77,2%
Impacto psicosocial	80,78%
Vergüenza social	74,82%

La evaluación de la calidad de vida según subescalas tenemos que, la subescala de vergüenza social es la de mayor afectación con un 74,82%, seguido de la subescala de evitar y limitar el comportamiento con un 77,2% y finalmente la de impacto psicosocial con un 80,78%

Los resultados obtenidos se relacionan con el estudio “Entrenamiento muscular del piso pélvico para síntomas de vejiga hiperactiva: un estudio prospectivo” realizado en Brasil en el año 2017, el cual indica que las mujeres incontinentes presentaron mayor sentimiento de vergüenza social a causa de la incontinencia. (65)

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

IQOL Subescalas	IU Esfuerzo	IU Urgencia	IU Mixta
Evitar y limitar el comportamiento	77,95%	83,75%	71,87%
Impacto psicosocial	80,6%	78,8%	82,22%
Vergüenza social	73,82%	78%	76%

Con respecto a la relación entre tipos de incontinencia urinaria y puntuaciones de las subescalas de calidad de vida se concluyó que, la incontinencia urinaria mixta, presentó mayor pérdida de calidad de vida en la subescala de evitar y limitar el comportamiento con el 71,87%, seguido de la subescala de vergüenza social con el 76% y finalmente la subescala de impacto psicosocial con el 82,22%. La incontinencia urinaria de esfuerzo presentó mayor pérdida de la calidad de vida en la subescala de vergüenza social con un 73,82%, seguido de la de evitar y limitar el comportamiento con el 77,95% y por último la subescala de impacto psicosocial con un 80,6%. La incontinencia urinaria de urgencia presentó mayor pérdida de calidad de vida en la subescala de vergüenza social con 78%, seguido de la de impacto psicosocial con el 78,8% y finalmente la de evitar y limitar el comportamiento con el 83,75%.

En nuestro estudio se puede constatar que la IU mixta es la más afectada, sobre todo en la subescala de evitar e imitar el comportamiento. En el estudio “Incontinencia urinaria femenina: comparación de calidad de vida sobre edad reproductiva y período posmenopáusic” realizado en Brasil en el año 2016, se obtuvo como resultado que, el tipo de incontinencia urinaria que más afecta la calidad de vida es la IU mixta en la subescala de vergüenza social, datos que son comprobables en nuestro estudio en cuanto al tipo de incontinencia, pero difieren en la subescala de mayor afectación.

(52)

4.2. Respuestas a las preguntas de investigación

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

En el presente trabajo de investigación se obtuvo datos sociodemográficos de las mujeres geriátricas, siendo las edades con mayor frecuencia entre 65-74 años, representando el 71,43, %, seguido de 75-84 años, representando el 28,57%. La etnia con mayor predominio fue la mestiza con 17 mujeres, representando el 80,96%, seguido de las etnias afroecuatoriana e indígena con el 9,52%. El promedio de paridad que registraron las mujeres geriátricas fue mayor en multíparas con el 61,9%, seguido gran multíparas, con el 28,58% y finalmente mujeres primíparas con el 9,52% de la población estudiada.

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

La prevalencia puntual de incontinencia urinaria en el Hospital San Vicente de Paúl fue del 80,94% de la población estudiada. El tipo de incontinencia urinaria con mayor prevalencia fue la de esfuerzo, con el 52,38%, seguido de incontinencia urinaria mixta con 19,04% y con menor prevalencia la incontinencia urinaria de urgencia representada por el 9,52%.

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

El 100% de las mujeres identificadas con incontinencia urinaria, presentaron pérdida en su calidad de vida, siendo la subescala de vergüenza social la que presentó mayor pérdida de la calidad de vida.

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

Con respecto a la relación entre tipos de incontinencia urinaria y puntuaciones de las subescalas de calidad de vida se concluyó que, la incontinencia urinaria mixta, presentó mayor pérdida de calidad de vida en la subescala de evitar y limitar el comportamiento con el 71,87%, seguido de la subescala de vergüenza social con el 76% y finalmente la subescala de impacto psicosocial con el 82,22%. La

incontinencia urinaria de esfuerzo presentó mayor pérdida de la calidad de vida en la subescala de vergüenza social con un 73,82%, seguido de la de evitar y limitar el comportamiento con el 77,95% y por último la subescala de impacto psicosocial con un 80,6%. La incontinencia urinaria de urgencia presentó mayor pérdida de calidad de vida en la subescala de vergüenza social con 78%, seguido de la de impacto psicosocial con el 78,8% y finalmente la de evitar y limitar el comportamiento con el 83,75%.

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1. Conclusiones

- La caracterización de la población de estudio según edad mostró mayor frecuencia de edades correspondiente a adulto mayor maduro y con predominio de mujeres mestizas multíparas.
- La prevalencia de incontinencia urinaria en las mujeres geriátricas del Hospital San Vicente de Paúl fue del 80,94%, siendo la incontinencia urinaria de esfuerzo la más prevalente con el 52,38%.
- Todas las mujeres geriátricas que presentaron incontinencia urinaria reflejaron pérdida en su calidad de vida. La subescala con mayor afectación fue la de vergüenza social.
- La relación entre los tipos de incontinencia urinaria y calidad de vida mostró que la incontinencia urinaria mixta, presentó mayor pérdida de calidad de vida en la subescala de evitar y limitar el comportamiento.

5.2. Recomendaciones

- Se recomienda que, a toda la población geriátrica femenina del presente trabajo de investigación, se le realice un seguimiento para un detallado diagnóstico de incontinencia urinaria, ya que esta condición es catalogada como una epidemia silenciosa debido a que el paciente no suele consultar acerca de este tema, ya sea por sentimientos de vergüenza o por creer que es normal para su edad.
- Promover charlas de promoción de la salud sobre las disfunciones del suelo pélvico postparto, así como de posibles tratamientos, dirigidas a mujeres embarazadas y multíparas que asisten al Hospital San Vicente de Paúl, con el fin de que puedan conocer qué medidas tomar en el caso de presentar dicha condición.
- Fomentar actividades como talleres o ponencias acerca de la incontinencia urinaria, dirigidos a mujeres geriátricas para socializar este tema en la población, y evitar sentimientos de vergüenza que impidan confesar la presencia de esta condición tan prevalente a nivel mundial y que afecta a la calidad de vida.

Bibliografía

1. Henkes DF, Fiori A, Miranda Carvalho JA, Okuda Tavares K, Frare JC. Incontinência urinária: o impacto na vida de mulheres acometidas e o significado do tratamento fisioterapêutico. *Semin Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina*. 2015;45–56.
2. Castañeda Biart I, Martínez Torres J del C, García Delgado JÁ, Rodríguez Adams EM, Pérez Rodríguez NM. Aspectos epidemiológicos de la incontinencia urinaria. *Rev Cuba Med Física y Rehabil*. 2016;8:88–98.
3. 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. *Rehabilitación [Internet]*. 2019;53(3):146–54. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.rh.2019.04.002>
4. Irwin GM. Urinary Incontinence. *Prim Care Clin Off Pract [Internet]*. 2019; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pop.2019.02.004>
5. Silva Muñoz AM, Gallardo Hormazábal M, López Vera C, Santander Núñez C, Torres Rojas J. Efectos de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de la mujer climatérica. *Rev Cuba Obstet y Ginecol [Internet]*. 2018;1(2018):1–13. Available from: revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/rt/printerFriendly/307/256
6. Pereira VS, Escobar AC, Driusso P. Effects of physical therapy in older women with urinary incontinence : a systematic review. *Rev Bras Fisioter*. 2012 Dec;16(6):463–8.
7. Deffieux X, Thubert T, Demoulin G, Rivain A, Faivre E, Trichot C. Incontinencia urinaria de la mujer. *EMC - Ginecol – Obstet [Internet]*. 2016;52(15):1–16. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1283-081X\(15\)76283-1](http://dx.doi.org/10.1016/S1283-081X(15)76283-1)
8. Wagg A, Chowdhury Z, Galarneau J-M, Haque R, Kabir F, Macdonald D, et al. Exercise intervention in the management of urinary incontinence in older women in villages in Bangladesh : a cluster randomised trial. *Lancet Glob Heal [Internet]*. 2019;7(7):e923–31. Available from:

[http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30205-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30205-0)

9. Botelho De Matos MA, Alves Barbosa BL, Costa MC, Viana Rocha FC, Landim Almeida CAP, Miranda Amorim FC. The Urinary Incontinence Repercussions Towards the Elderly's Life Quality. *Revista Online de Pesquisa*. 2019 Feb;11(3):567–75.
10. Leirós-Rodríguez R, Romo-Pérez V, García-Soidán JL. Prevalencia de la incontinencia urinaria y su relación con el sedentarismo en España. *Actas Urológicas Españolas* [Internet]. 2017;(xx). Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.acuro.2017.04.002>
11. Fernandez-lasquetty Blanc B, Lorente Granados G, Tenías Burillo MJ, Racionero Montealegre AL, Alcañiz Octavio I, Gigante León A. Adecuación del uso de absorbentes de incontinencia urinaria en pacientes adultos ingresados en un hospital. *Enfermería Clínica* [Internet]. 2015;25(4):198–203. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.06.001>
12. Baena González V, Blasco Hernández P, Cózar Olmo JM, Díez-Itza I, Espuña Pons M, Hidalgo Vega Á, et al. Libro Blanco de la Carga Socioeconómica de la Incontinencia Urinaria en España. Madrid: Instituto Max Weber; 2017. 224 p.
13. Martínez-Vichel G, Alvarado-Santiago F de J, López-Torres L, Esquivel-Torres NG. Comegel. *Revista del Desarrollo Urbano y Sustentable* [Internet]. 2016 Feb;2(5):40–6. Available from: www.ecorfan.org/bolivia
14. Silva-Zemanate MA, Pérez-Solarte SL, Fernández-Cerón MI, Tovar-Ruíz LÁ. Efectos del Tai Chi en la capacidad funcional de un grupo de mujeres ancianas. *Rev Cienc Salud*. 2014 May;12(3):353–69.
15. Bonilla de Jesús MA, Calleja Olvera JA, García Flores M, Garrido Gómez RA, Lozano Dávila ME, Navarro Sevilla RA, et al. Incontinencia Urinaria en la Persona Adulta Mayor [Internet]. México D. F: Secretaría de Salud; 2010. Available from: www.salud.gob.mx
16. Restrepo V. CA, Parra Santacruz CP. *Anatomía y Fisiología Renal*. Caldas; 2010.
17. Cozzi B, Huggenberger S, Oelschläger H. *Urinary System , Genital Systems ,*

- and Reproduction. In: *Anatomy of Dolphins* [Internet]. Elsevier; 2017. p. 369–409. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-407229-9.00009-9>
18. Restrepo Valencia CA. *Anatomía y Fisiología Renal*. In: *Nefrología Básica 2*. Manizales: La Patria; 2012.
 19. García Ramírez I, Ratto Blanco L, Kauffmann S. *Rehabilitación del Suelo Pélvico Femenino* [Internet]. Medica Panamericana; 2014. 200 p. Available from: [https://www.medicapanamericana.com/Libros/Libro/6333/Rehabilitacion-del-Suelo-Pelvico-Femenino-incluye-version-digital.html?TipoContenido=&buscador=rehabilitacion del](https://www.medicapanamericana.com/Libros/Libro/6333/Rehabilitacion-del-Suelo-Pelvico-Femenino-incluye-version-digital.html?TipoContenido=&buscador=rehabilitacion%20del)
 20. Palma P. *Uro Fisioterapia Aplicaciones línicas de Técnicas Fisioterapéuticas en Disfunciones Miccionales y de Piso Pélvico*. Caracas: Confederacion Americana de Urologia; 2010.
 21. Berek JS, González Jiménez D. *Ginecología de Berek y Novak* (15a. ed.) [Internet]. Quinceava. Wolters Kluwer Health; 2013. 1562 p. Available from: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/utnortesp/detail.action?docID=4775894>
 22. Carrillo G. K, Sanguineti M. A. *Anatomía del Piso Pélvico*. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2013;24(2):185–9. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0716-8640\(13\)70148-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0716-8640(13)70148-2)
 23. Valerius KP, Frank A, Kolster BC, Hamilton C, Lafont EA, Kreutzer R. *El Libro de los Músculos* [Internet]. Medica Panamericana; 2013. 450 p. Available from: <https://www.medicapanamericana.com/Libros/Libro/4361/El-Libro-de-los-Musculos.html>
 24. Gori J, Castaño R, Lorusso A. *Ginecología de Gori* [Internet]. Tercera. Medica Panamericana; 2016. 950 p. Available from: [https://www.medicapanamericana.com/Libros/Libro/5726/Ginecologia-de-Gori.html?TipoContenido=&buscador=ginecologia de](https://www.medicapanamericana.com/Libros/Libro/5726/Ginecologia-de-Gori.html?TipoContenido=&buscador=ginecologia%20de)
 25. Mastellari R. *Manual de ginecología quirúrgica* [Internet]. Jaypee - Highlights Medical Publishers; 2013. 177 p. Available from: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/utnortesp/detail.action?docID=3227116>
 26. Villa del Pino I, Chillón Martínez R. *La adherencia al entrenamiento muscular del suelo pélvico en las mujeres con incontinencia urinaria*. Revisión

- sistemática de la literatura. *Fisioterapia* [Internet]. 2019;41(4):227–36. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ft.2019.03.005>
27. Álamo Vera V, González Oria MO, Carvajal Ramos E, Murciano Casas MP, Guillen Haynes C, García Obrero MI. Electroestimulación del nervio tibial posterior en incontinencia urinaria de urgencia e incontinencia fecal. *Rehabilitación* [Internet]. 2019;(xx). Available from: <https://doi.org/10.1016/j.rh.2019.06.005>
 28. Langoni C da S, Knorst MR, Lovatel GA, Leite VDO, Resende TDL. Urinary incontinence in elderly women from Porto Alegre : its prevalence and relation to pelvic floor muscle function. *Fisioter Pesq*. 2014;1–7.
 29. Martínez Agulló E, Ruiz Cerdá JL, Gómez Pérez L, Ramírez Backhaus M, Delgado Oliva F, Rebollo P, et al. Prevalencia de Incontinencia Urinaria y Vejiga Hiperactiva en la población española: Resultados del Estudio EPICC. *Actas Urológicas Españolas*. 2009;33(2):159–66.
 30. León Torres K. Incontinencia urinaria. *Rev Médica Costa Rica y Centroamérica*. 2016;LXXIII(619):247–53.
 31. Chiang H, Valdevenito R, Mercado A. Incontinencia Urinaria en el Adulto Mayor. *Rev Clínica Las Condes* [Internet]. 2018;29(2):232–41. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.02.011>
 32. Alcántara Montero A, Arlandis Guzmán S, Barrera Chacón MJ, Penalva JB, Bonillo García MÁ, Borau Durán A, et al. Vejiga neurógena en el paciente lesionado medular. Madrid: IMC; 2014.
 33. Fariña Rey L. Vejiga neurógena. *ClinicalKey* [Internet]. 2014;1–17. Available from: https://www-clinicalkey-es.bibliotecavirtual.udla.edu.ec/#!/content/guides_techniques/52-s2.0-mt_fis_2922
 34. García-Moreno AML, Manso AB, Glandía Blasco VM, Fuertes ME. Protocolo diagnóstico y terapéutico de la vejiga neurógena. *Rev la Educ Super* [Internet]. 2019;12(75):4455–61. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.03.027>
 35. Martínez-Agulló E, Burgués Gasió JP, Alapont Alacreu JM. Vejiga neurógena . *Conceptos básicos*. VIAF. 2010;283–347.

36. Martínez-Gallardo Prieto L, Nellen-Hummel H, Hamui-Sutton A, Halae-Cherem J. Incontinencia urinaria en el adulto mayor. 2006;513–21.
37. Robles JE. La incontinencia urinaria. Dep Urol Clínica Univ Navarra. 2006;29:219–32.
38. Álvarez Galán M del C. Incontinencia urinaria en mujeres mayores de cuarenta y cinco años. Factores etiológicos y calidad de vida. Universidad Autónoma de Madrid; 2010.
39. Gana Costa MV, Retamal Molina MA. Impacto de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de las pacientes oncológicas. Universidad de Chile; 2004.
40. Luque Navas M, Villalba Guerrero M. Salud, familia y bienestar [Internet]. Editorial Universidad de Almería; 2016. 194 p. Available from: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/utnortesp/detail.action?docID=5190234>
41. Hernández CF, Quintero Soto ML. Salud y bienestar social desde la perspectiva del género y los derechos humanos [Internet]. Ediciones del Ermitaño; 2013. 288 p. Available from: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/utnortesp/detail.action?docID=3226642>
42. Carratalá Castro E, Zarzosa López MC. Incontinencia Urinaria. Cuestiones más frecuentes. Madrid: Grupo Editorial Entheos; 2005.
43. Ramírez Vélez R, Triana Reina HR. Efecto en la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) de un programa de actividad física terapéutica en medio acuático , en un grupo de adultos mayores de 55 años no Cali , 2006. Rev Iberoam Fisioter y Kinesiol [Internet]. 2007;10(1):24–37. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1138-6045\(07\)73662-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1138-6045(07)73662-6)
44. Urzúa M. A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. Rev Med chile. 2010 Aug;358–65.
45. Salinas P, Farias A, González X, Rodríguez C. Calidad de vida relacionada en salud: Concepto y evaluación en pacientes con ventilación mecánica no invasiva. Neumol Pediátrica [Internet]. 2010;34–9. Available from: <http://www.neumologia-pediatria.cl>
46. López MD, Zamarrón MD, Fernández-Ballesteros R. Asociación entre la realización de ejercicio e indicadores de funcionamiento físico y cognitivo. Comparativa de resultados en función de la edad. 2011 Sep;46(1):15–20.

47. Rubio L, Dumitrache CG, Rubio-Herrera R. Realización de actividades y extraversion como variables predictoras del bienestar psicológico en personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2016;51(2):75–81. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2015.11.001>
48. Nuevo R, Montorio I, Márquez-González M, Cabrera I, Izal M, Pérez-Rojo G. Diferencias asociadas a la edad en el efecto de la discapacidad social en el autoinforme del estado emocional. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*. 2009 Mar;44(2):85–9.
49. Olivares Crespo ME, Cruzado Rodríguez JA. Evaluación psicológica del dolor. *Clínica y Salud*. 2008;19:321–41.
50. Martínez Palau A. Funcionamiento social y su relación con variables psicoeducativas. Universidad de Alicante; 2012.
51. Abellán A. Percepción del estado de salud. *Rev Mult Gerontol*. 2003;13(5):340–2.
52. Tirolli Rett M, Brito Wardini É, Melo de Santana J, Rabelo Mendonca AC, Teixeira Alves A, Said Saleme C. Female urinary incontinence : quality of life comparison on reproductive age and postmenopausal period. *Fisioter Mov*, Curitiba. 2016;29(1).
53. Bokne K, Sjöström M, Samuelsson E. Self-management of stress urinary incontinence : effectiveness of two treatment programmes focused on pelvic floor muscle training , one booklet and one Internet-based. *Scand J Prim Health Care* [Internet]. 2019;0(0):1–8. Available from: <https://doi.org/10.1080/02813432.2019.1640921>
54. Chaves C, Souza C, Rodrigues AM. Portuguese validation of the Urinary Incontinence-Specific Quality-of-Life Instrument: I-QOL. *Int Urogynecol J*. 2009;1183–9.
55. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021-Toda una Vida. 2017;84.
56. Rodríguez Jiménez A, Pérez Jacinto AO. Métodos científicos de indagación y de construcción del conocimiento. *Rev esc.adm.neg* [Internet]. 2017 Jun;(82):179–200. Available from: <https://doi.org/10.21158/01208160.n82.2017.1647>

57. Miler Daen ST. Tipos de investigación científica. Revista de Actualización Clínica [Internet]. 2011;621–4. Available from: Rev.Med.Act.Clin@gmail.com
58. Pita Fernández S, Pértegas Díaz S. Investigación cuantitativa y cualitativa. Atención Primaria en la Red [Internet]. 2002;(Figura 1):11–4. Available from: www.fisterra.com
59. Salvat E. La Enciclopedia [Internet]. Madrid: Salvat Editores S.A; 2004. 5600 p. Available from: www.mediasatgroup.com
60. Brooker C. Diccionario Médico. 16th ed. México D. F: Elsevier; 2010.
61. Porter S. Diccionario de Fisioterapia. 1st ed. España: Elsevier; 2007 p.
62. Rodríguez M, Mendivelso F. Diseño de investigación de corte transversal. Revista Médica Sanitas [Internet]. 2018 Sep;141–7. Available from: <https://doi.org/10.26852/01234250.20>
63. Gómez-Luna E, Fernando-Navas D, Aponte-Mayor G, Betancourt-Buitrago LA. Metodología para la revisión bibliográfica y la gestión de información de temas científicos, a través de su estructuración y sistematización. Dyna [Internet]. 2014 Feb;158–63. Available from: <http://dyna.medellin.unal.edu.co/>
64. Virtuoso JF, Menezes EC, Mazo GZ. Effect of Weight Training with Pelvic Floor Muscle Training in Elderly Women with Urinary Incontinence. Research Quarterly for Exercise and Sport. 2019 Jan;90(2):141–50.
65. Fitz F, Sartori M, Girao MJ, Castro R. Pelvic floor muscle training for overactive bladder symptoms – A prospective study. Rev Assoc Med Brasras [Internet]. 2017 May;63(12):1032–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.63.12.1032>
66. Ferreira Salazar C, García García K, Macías Leiva L, Pérez Avellanada A, Tomsich C. Mujeres y hombres del Ecuador en Cifras III serie información estratégica. 1st ed. Ecuador: Editorial Ecuador; 2010.
67. Ashwal E, Livne MY, Benichou JIC, Unger R, Hirsch L, Mani A, et al. Contemporary Patterns of Labor in nulliparous and multiparous women. Am J Obstet Gynecol [Internet]. 2019; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.09.035>

68. García-Astudillo E, Pinto-García MP, Laguna-Sáez J. Incontinencia urinaria: frecuencia y factores asociados. *Fisioterapia* [Internet]. 2014;(xx). Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ft.2014.09.002>
69. Li T, Zhang Y, Zhang H, Ding X, Yu Z, Lu S. Prevalence and Risk Factors of Stress Urinary Incontinence Among Perimenopausal Women and Its Influence on Daily Life in Women with Sexual Desire Problem. *Current Medical Science*. 2019;39(4):2–8.
70. Gavira Pavón A, Walker Chao C, Rodríguez Rodríguez N, Gavira Iglesias FJ. Prevalencia y factores de riesgo de incontinencia urinaria en mujeres que consultan por dolor lumbopélvico: estudio multicéntrico. *Atención Primaria* [Internet]. 2014 Oct;46(2):100–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.07.004>

Anexo 1. Aprobación por parte del Hospital San Vicente de Paúl



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

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

Ibarra – Ecuador

CARRERA TERAPIA FÍSICA MÉDICA

Ibarra, 8 de julio del 2019
Oficio 507-TFM-UTN

Doctor
Salomón Proaño
GERENTE DEL HOSPITAL "SAN VICENTE DE PAUL"
Presente

Señor Director:

Reciba un atento saludo de quienes conformamos la Carrera de Terapia Física Médica, de la Universidad Técnica del Norte.

Comendidamente solicito a usted autorizar la realización del Trabajo de Grado "Incontinencia Urinaria y Calidad de Vida de las Mujeres Adultas Mayores, Hospitalizadas en el Hospital "San Vicente de Paul" de la Provincia de Imbabura. 2019". Autor: Guerrero Villarruel Sammyr Alejandro. Director: Magister Cristian Torres.

El desarrollo del mencionado trabajo de investigación es de carácter estrictamente académico, y se lo realizará mediante el consentimiento informado de cada paciente, y la aplicación de cuestionarios en las fechas que de mutuo acuerdo estimen conveniente.

Por su favorable atención a la presente, le agradezco y me despido.

Atentamente,
"CIENCIA Y TÉCNICA AL SERVICIO DEL PUEBLO"

MSc. Rocío Castillo A.
DÉCANA FCS-UTN



Anabel R.



HOSPITAL GENERAL
SAN VICENTE DE PAUL
GERENCIA HOSPITALARIA

INGRESO N°: 08-07-2019

FECHA: 12:42

RECIBIDO: [Signature]

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".

Ciudadela Universitaria Barrio El Olivo
Telefax: 2609-420 Ext. 7407 Casilla 199

Anexo 2. Consentimiento informado



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
UNIVERSIDAD ACREDITADA RESOLUCIÓN Nro. 001 – 073 –
CEAACES – 2013 – 13
Ibarra – Ecuador
CARRERA TERAPIA FÍSICA MÉDICA
CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

TEMA: “INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES ADULTAS MAYORES HOSPITALIZADAS EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL”, PROVINCIA DE IMBABURA, 2019.

DETALLE DE PROCEDIMIENTOS:

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

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

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

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

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”.*



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 SOCIODEMGRÁFICOS.

Fecha: 25-07-2019

Paciente: 7

EDAD 75 ETNIA Indígena

PESO 68kg TALLA 153cm IMC 29

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

TRABAJA A TIEMPO COMPLETO _____ TRABAJA MEDIA JORNADA _____

JUBILADA _____ ESTUDIANTE _____

DESEMPLEADA OTROS, ESPECIFICAR _____

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

¿TIENE HIJOS?

SÍ NO _____

EN CASO DE RESPONDER SI, ESPECIFIQUE CUANTOS 6

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

SIN ESTUDIOS

ESTUDIOS PRIMARIOS _____

BACHILLER _____

ESTUDIOS UNIVERSITARIOS _____

ESTUDIOS DE CUARTO NIVEL _____

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

CUESTIONARIO DE INCONTINENCIA URINARIA (ICIQ-IU-SF)

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

Se considera diagnóstico de IU cualquier puntuación superior a cero

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Anexo 6. Evidencia Fotográfica



Autor: Sammyr Alejandro Guerrero Villarruel

Actividad: Obtención de datos a través del cuestionario de incontinencia urinaria (ICIQ-UI-SF).



Autor: Sammyr Alejandro Guerrero Villarruel

Actividad: Obtención de datos a través del instrumento para la calidad de vida con incontinencia (I-QOL)

Urkund Analysis Result

Analysed Document: Sammyr Guerrero V.docx (D64428689)
Submitted: 2/26/2020 4:58:00 AM
Submitted By: sammyralej95@hotmail.com
Significance: 10 %

Sources included in the report:

Tesis CARLOS GUERRA.docx (D64073292)
TESIS FINAL MATEO ALEJANDRO SOTOMAYOR VITERI.docx (D63804652)
Lucia Barahona - sin scan.docx (D63060003)
JEFFERSON BOWER SUAREZ CHUQUIN.docx (D63917464)
TESIS-VALENCIA MISHEL.docx (D64023462)
TESIS INCONTINENCIA URINARIA Camila Leon.docx (D64062114)
TESIS ANABEL ORTEGA.docx (D64066370)
TESIS DIGITAL MARYURY TARAPUEZ.docx (D63618087)
TESIS HERNANDEZ NATALIA.docx (D63805072)
CAMPO-JORGE- TESIS.docx (D63616051)
<https://medicina.uc.cl/publicacion/manejo-incontinencia-urinaria-en-mujeres/>
<https://repository.usc.edu.co/bitstream/20.500.12421/198/1/ABORDAJE%20FISIOTERAP%C3%89UTICO%20EN%20MUJERES.pdf>

Instances where selected sources appear:

43

Lo certifico:

(Firma)  

Ledo. Cristian Santiago Torres Andrade MSc.

C.I.: 100364968-6

DIRECTOR DE TESIS