



**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 PERSONAL FEMENINO DEL HOSPITAL ANTIGUO SAN VICENTE DE PAÚL Y GUARDERÍA UTN, UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE, 2019”.

**AUTOR:** Evelyn Aracely Padilla Bolaños

**DIRECTOR:** Lic. Cristian Santiago Torres Andrade MSc.

Ibarra 2019- 2020

## **CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS**

Yo, **LCDO. CRISTIAN SANTIAGO TORRES ANDRADE MSC.** en calidad de tutora de la tesis titulada: **“INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAL FEMENINO DEL HOSPITAL ANTIGUO SAN VICENTE DE PAÚL Y GUARDERÍA UTN, UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE, 2019”**, de autoría de: **EVELYN ARACELY PADILLA BOLAÑOS**, una vez revisada y hechas las correcciones solicitadas certifico que está apta para su defensa, y para que sea sometida a evaluación de tribunales.

En la ciudad de Ibarra, a los 26 días del mes de febrero de 2020

**Lo certifico:**



Lic. Cristian Santiago Torres Andrade MSc.

**C.I.:** 1003649686



**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:

<b>DATOS DE CONTACTO</b>			
<b>CÉDULA DE CIUDADANÍA:</b>	1004161277		
<b>APELLIDOS Y NOMBRES:</b>	Padilla Bolaños Evelyn Aracely		
<b>DIRECCIÓN:</b>	San Antonio de Ibarra – Barrio Vista Hermosa		
<b>EMAIL:</b>	<a href="mailto:padillaevelyn2@gmail.com">padillaevelyn2@gmail.com</a>		
<b>TELÉFONO FIJO:</b>	2550969	<b>TELF. MÓVIL:</b>	0989948476
<b>DATOS DE LA OBRA</b>			
<b>TÍTULO:</b>	INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAL FEMENINO DEL HOSPITAL ANTIGUO SAN VICENTE DE PAÚL Y GUARDERÍA UTN, UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE, 2019.		
<b>AUTOR (A):</b>	Padilla Bolaños Evelyn Aracely		
<b>FECHA:</b>	2020/02/26		

<b>SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO</b>	
<b>PROGRAMA:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO
<b>TITULO POR EL QUE OPTAN:</b>	Licenciado en Terapia Física Médica
<b>ASESOR /DIRECTOR:</b>	Lic. Cristian Santiago Torres Andrade MSc.

## 2. CONSTANCIAS

El autor manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es el 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 26 días del mes de febrero de 2020

**LA AUTORA:**

.....  
Evelyn Aracely Padilla Bolaños

C.C: 100416127-7

## REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

**Guía:** FCS –  
UTN


**Fecha:** Ibarra, 26 de febrero  
de 2020

**Evelyn Aracely Padilla Bolaños** “INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAL FEMENINO DEL HOSPITAL ANTIGUO SAN VICENTE DE PAÚL Y GUARDERÍA UTN, UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE, 2019”/Trabajo de grado. Licenciada en Terapia Física Médica, Universidad Técnica del Norte.

**DIRECTORA:** Lic. Cristian Santiago Torres Andrade  
MSc.

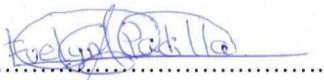
El principal objetivo de la presente investigación fue: Determinar la prevalencia de la incontinencia urinaria y su efecto en la calidad de vida de las mujeres del antiguo Hospital San Vicente de Paúl y guardería UTN de la Universidad Técnica del Norte. Entre los objetivos específicos constan: Caracterizar socio demográficamente la población de estudio. Establecer la prevalencia de la incontinencia urinaria y sus tipos. Evaluar la calidad de vida en función de la incontinencia urinaria, de los sujetos de estudio. Relacionar los tipos de incontinencia urinaria, con las subescalas de calidad de vida.

**Fecha:** Ibarra, 26 de febrero de 2020



MSc. Cristian Santiago Torres Andrade

**DIRECTOR DE TESIS**



Evelyn Aracely Padilla Bolaños

**AUTORA**

## **DEDICATORIA**

Este trabajo se lo dedico principalmente a Dios por permitirme llegar hasta este momento en mi formación profesional.

A mis padres Lucia y Miguel ellos han sido mi pilar fundamental durante mi formación profesional, por sus consejos, su apoyo incondicional, su amor, su cariño y su paciencia, todo lo que hoy soy es gracias a ellos. Su esfuerzo y dedicación porque cada día sea mejor.

A mis hermanos por siempre estar a mi lado en buenos y malos momentos.

A toda mi familia ya que es lo más valioso y hermoso que Dios me ha dado.

***Padilla Bolaños Evelyn Aracely***

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por siempre estar presente y haberme guiado durante todo este proceso.

A mis padres por su esfuerzo y dedicación para que cada día sea una mejor persona, por guiar mi camino de vida, por sus enseñanzas y valores impartidos desde la niñez. Ya que me han apoyado de manera económica y emocional, permitiendo que llegue a cumplir una más de mis metas.

También mi agradecimiento al MSc. Cristian Torres y MSc. Katherine Esparza, quienes con su paciencia y conocimientos han aportado de manera significativa para la culminación de este trabajo investigativo.

A mis hermanos y a toda mi familia que de una u otra manera me brindaron su apoyo.

***Padilla Bolaños Evelyn Aracely***

## ÍNDICE GENERAL

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS.....	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.....	iii
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO .....	v
DEDICATORIA .....	vi
AGRADECIMIENTO .....	vii
ÍNDICE GENERAL.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS .....	x
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT .....	xii
TEMA .....	xiii
CAPÍTULO I.....	2
1. El Problema de la Investigación.....	2
1.1. Planteamiento del Problema .....	2
1.2. Formulación del Problema.....	4
1.3. Justificación .....	5
1.4. Objetivos.....	6
CAPÍTULO II .....	7
2. Marco Teórico.....	7
2.1. Sistema Urinario .....	7
2.2. Anatomía del suelo pélvico.....	9
2.3. Fisiología de la micción.....	10
2.4. Incontinencia urinaria .....	12
2.5. Fisiopatología de la Incontinencia Urinaria.....	13
2.6. Clasificación de la Incontinencia Urinaria.....	17
2.7. Factores de riesgo .....	19
2.8. Mujeres y salud.....	20
2.9. Calidad de vida .....	21
2.10. Evaluación de la Incontinencia urinaria y calidad de vida.....	23
2.11. Marco Legal y Ético.....	24
CAPÍTULO III.....	29



3. Metodología de la Investigación .....	29
3.1. Diseño de la investigación .....	29
3.2. Tipo de la investigación .....	29
3.3. Localización y ubicación del estudio .....	30
3.4. Población de estudio .....	30
3.5. Operacionalización de variables .....	31
3.6. Métodos y técnicas de recolección de información .....	33
3.7. Análisis de datos .....	35
CAPÍTULO IV .....	36
4. Análisis y discusión de resultados .....	36
4.1. Respuesta a las preguntas de investigación .....	44
CAPÍTULO V .....	45
4. Conclusiones y recomendaciones .....	45
4.1. Conclusiones .....	45
4.2. Recomendaciones .....	46
5. BIBLIOGRAFÍA .....	47
ANEXOS .....	53
Anexo 1. Consentimiento Informado .....	53
Anexo 2. Cuestionario sociodemográfico .....	55
Anexo 3. Cuestionario de incontinencia urinaria (ICIQ-IU-SF) .....	56
Anexo 4. Cuestionario para la calidad de vida (I-QOL) .....	57
Anexo 5. Evidencias fotográficas .....	58
Anexo 6. Urkund .....	64

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Caracterización de la población según edad .....	36
Tabla 2. Caracterización de la población según la etnia .....	37
Tabla 3. Caracterización de la población según número de hijos .....	38
Tabla 4. Prevalencia puntual de incontinencia urinaria. ....	39
Tabla 5. Prevalencia de la incontinencia urinaria según tipos. ....	40
Tabla 6. Evaluación de la calidad de vida en función de la incontinencia urinaria ...	41
Tabla 7. Evaluación de la de la calidad de vida según subescalas IQOL test.....	42
Tabla 8. Relación entre tipos de incontinencia urinaria y subescalas de calidad de vida.....	43

**TEMA:** INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAL FEMENINO DEL HOSPITAL ANTIGUO SAN VICENTE DE PAÚL Y GUARDERÍA UTN, UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE, 2019

**Autor:** Evelyn Aracely Padilla Bolaños

**Correo:** [eapadillab@utn.edu.ec](mailto:eapadillab@utn.edu.ec)

## **RESUMEN**

La incontinencia urinaria (IU) es la pérdida involuntaria de orina, la cual causa problemas tanto higiénicos como sociales, limitando las actividades de la vida diaria, disminuyendo la autoestima y deteriorando significativamente la calidad de vida de quien la padece. La presente investigación se realizó en el Antiguo Hospital San Vicente de Paúl y en la guardería UTN de la Universidad Técnica del Norte, con una población de 20 mujeres entre 25 y 70 de edad, con el objetivo de identificar la incontinencia urinaria y si ésta afecta a la calidad de vida de quienes la padecen. La investigación fue de tipo cuali-cuantitativa, descriptiva, con un diseño no experimental, de cohorte transversal y epidemiológica de prevalencia puntual. Los resultados mostraron mayor frecuencia de edades en el rango de adultos; con predominio en la etnia mestiza, y siendo en su mayoría multíparas; La prevalencia de incontinencia urinaria se identificó en el 55% de la población estudiada, siendo la incontinencia urinaria de esfuerzo la más prevalente con el 45%; La mayor parte de las mujeres con incontinencia urinaria refirieron pérdida de calidad de vida, siendo la sub escala de vergüenza social la que presentó mayor afectación. La sub escala de vergüenza social reflejó mayor pérdida de calidad de vida, en relación a la incontinencia urinaria de urgencia y de esfuerzo.

**Palabras claves:** Incontinencia Urinaria, Calidad de vida, Prevalencia.

**SUBJECT:** URINARY INCONTINENCE AND QUALITY OF LIFE IN FEMALE STAFF AT THE OLD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL AND UTN CARE CENTER, TÉCNICA DEL NORTE UNIVERSITY, 2019.

**Author:** Evelyn Aracely Padilla Bolaños

**Email:** [epadillab@utn.edu.ec](mailto:epadillab@utn.edu.ec)

## ABSTRACT

Urinary incontinence (UI) is the involuntary loss of urine, the quality of both hygienic and social problems limit the activities of daily life, reducing self-esteem and deteriorating the quality of life of those who suffer it. The present research was carried out at the Old Hospital San Vicente de Paul and in the UTN nursery of the Técnica del Norte University, with a population of 20 women between 25 and 70 years old, with the aim of identifying urinary incontinence and if it is affected to the quality of life of those who suffer it. The research was qualitative-quantitative, descriptive, with a non-experimental design, with a transverse and epidemiological cohort of punctual prevalence. Frequent results increased frequency of ages in the adult range; predominantly in the mestizo ethnic group, and being mostly multiparous. The prevalence of urinary incontinence was identified in 55% of the population studied, with stress urinary incontinence being the most prevalent with 45%. The majority of women with urinary incontinence reported the loss of quality of life, with the sub-scale of social shame, being the one that presented the greatest impact. The sub-scale of social shame reflected greater loss of quality of life, in relation to urinary incontinence of urgency and effort.

**Keywords:** Urinary Incontinence, quality of life, prevalence.



## **TEMA**

INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAL FEMENINO DEL HOSPITAL ANTIGUO SAN VICENTE DE PAÚL Y GUARDERÍA UTN, UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE, 2019

# CAPÍTULO I

## 1. El Problema de la Investigación

### 1.1. Planteamiento del Problema

La incontinencia urinaria (IU) se considera como la presencia de cualquier pérdida de orina involuntaria. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que unos 200 millones de personas sufren de incontinencia urinaria, a nivel mundial independientemente de la edad y del sexo (1).

En Europa se realizó un estudio denominado "La prevalencia de la incontinencia urinaria en mujeres en cuatro países europeos" que incluyó España, Francia, Alemania y Reino Unido con una muestra de 29,000 mujeres mayores a 18 años, en el que la prevalencia de incontinencia urinaria era de 15%, 32%, 34% y 32% en cada país respectivamente (2). En Asia, "La epidemiología de la vejiga hiperactiva entre Incontinencia urinaria y Disfunción del suelo pélvico" la Asian Society for Female Urology realizó un estudio en 11 países para determinar la prevalencia de incontinencia urinaria femenina. Con una muestra de 5,506 pacientes. Los resultados mostraron valores que iban desde 4% hasta 17%. Sin embargo, el cuestionario empleado era diferente al que se utilizó en países occidentales (3).

El estudio "Caracterización clínica de la incontinencia urinaria y factores asociados en usuarias de la Unidad de la Mujer del Centro de Salud Familiar Ultraestación" en la ciudad de Chillán, Chile", determinó que la prevalencia de IU fue de un 62,2% en una población cerrada y una prevalencia del 77% en mujeres de Isla de Pascua (4).

Estudios poblacionales realizados en Brasil "Incontinencia urinaria en pacientes hospitalarios: prevalencia y factores asociados", muestran una prevalencia de IU que oscila entre el 10,7% y el 20,1% en la población general, y es más frecuente entre las mujeres (del 15,6% al 32,9%) que entre los hombres (del 3,7 % al 6,2%). Para las personas mayores de la comunidad, esta prevalencia alcanza el 29,4% (el 36,3% para las mujeres y el 17% para los hombres), pudiendo alcanzar hasta el 41,5% para los mayores de 75 años de edad. Es importante mencionar que, a pesar del número de

personas afectadas, es de asombro el bajo índice de consultas que esta patología genera al profesional de la medicina (5).

Un estudio realizado en México “Incontinencia Urinaria en mujeres de Jaén: Estudio de prevalencia” mostró una prevalencia de Incontinencia Urinaria del 43,3% (n=164), que aumenta a medida de la edad a excepción del grupo de más edad (6).

La incontinencia urinaria produce un problema de limitación social que comprende algunas actividades como aislamiento, deterioro de su autoestima; lo cual va a generar situaciones de ansiedad y de vergüenza, que producirá una reducción al salir de su domicilio. A la persona que padezca esta condición presentará dificultades en sus relaciones sexuales de una forma tanto cualitativa como cuantitativa (7).

La incontinencia urinaria supone un impacto notable sobre la calidad de vida afectando a múltiples aspectos de la vida diaria, entre ellos tenemos; su entorno social, físico, sexual, psicológico y doméstico (8).

La IU supone un gran costo económico a los sistemas sanitarios públicos, debido al material absorbente y compresas utilizadas por los individuos que la padezcan para evitar mojar su ropa causando vergüenza social, se gastan entre 12 y 15 millones de dólares al año por este problema (9).

La IU es “la pérdida involuntaria de orina que se puede demostrar de forma objetiva y que ocasiona un problema social y de higiene”, debido a la frecuencia, repercusión y magnitud con la que se presenta este padecimiento, causando así un problema higiénico (10).

En la provincia de Imbabura no se evidencian investigaciones relacionadas a la incontinencia urinaria y tampoco se ha estudiado la afectación en la calidad de vida que puede causar en quienes la padecen, todo esto, pese al gran impacto que esta condición ocasiona en la calidad de vida según estudios a nivel mundial.

## **1.2. Formulación del Problema**

¿Cómo afecta la incontinencia urinaria en la calidad de vida de las mujeres del antiguo Hospital San Vicente de Paúl y guardería UTN de la Universidad Técnica del Norte?



### **1.3. Justificación**

El motivo de la investigación fue conocer si el personal femenino del antiguo Hospital San Vicente de Paúl y en la guardería UTN presenta incontinencia urinaria (IU) y si ésta afecta a la calidad de vida, como lo muestran diversos estudios a nivel mundial.

El presente estudio fue viable ya que contamos con la autorización del rector de la Universidad Técnica del Norte, para tener acceso a las instituciones en las que se va a evaluar, la colaboración de los sujetos de estudio a través de la firma del consentimiento informado y la participación del investigador capacitado en el tema, para que este estudio se pueda llevar a cabo.

Además, el presente estudio fue factible ya que contamos con recursos tanto tecnológicos, como bibliográficos totalmente confiables y test validados para la recolección de información, necesaria para el desarrollo del a investigación.

La trascendencia social del presente estudio, se reflejó al identificar la afectación de la calidad de vida en la población de estudio; de igual manera, al solucionarse a futuro esta condición, se revertirían gastos económicos por el uso de absorbentes.

Los beneficiarios directos fueron el personal femenino del antiguo Hospital San Vicente de Paúl y guardería UTN, y el investigador activo del proyecto debido a que puso en práctica la investigación científica al aplicar sus conocimientos. Mientras que los beneficiarios indirectos fueron los familiares de estas personas, al brindar un diagnóstico en el cual se puedan basar para ayudar a su familiar con el tratamiento y cuidados necesarios; y finalmente la Universidad Técnica del Norte en cuanto al engrandecimiento académico e investigativo que aportan este tipo de estudios.

La posible solución a los problemas que conlleva la incontinencia urinaria, podría darse mediante la propuesta de futuras investigaciones de intervención, en las cuales se de tratamiento especializado a las personas que presenten IU y, de esta manera evitar la afectación en la calidad de vida.

## **1.4. Objetivos**

### **1.4.1. Objetivo General**

- Determinar la prevalencia de la incontinencia urinaria y su efecto en la calidad de vida de las mujeres del antiguo Hospital San Vicente de Paúl y guardería UTN de la Universidad Técnica del Norte.

### **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 es el conjunto de órganos que participan en la formación y evacuación de la orina. Está constituido por dos riñones, órganos densos productores de la orina, de los que surgen sendas pelvis renales como un ancho conducto excretor que al estrecharse se denomina uréter, a través de ambos uréteres la orina alcanza la vejiga urinaria donde se acumula, finalmente a través de un único conducto, la uretra, la orina se dirige hacia el meato urinario y el exterior del cuerpo (11).

Se encarga de mantener constante la composición química del organismo al filtrar la sangre, y eliminando de ella las sustancias de desecho por medio de la orina. Al realizar la excreción, se expulsan los productos residuales del metabolismo celular y otras sustancias presentes en exceso de la sangre (12).

Es un conjunto de órganos encargados de la producción de orina mediante la cual se eliminan los desechos nitrogenados del metabolismo como; urea, creatina y ácido úrico, y de la osmorregulación. En los invertebrados la unidad básica de filtración es el nefridio, mientras que en los vertebrados es la nefrona o nefrón (13).

La función más importante del sistema urinario es la que se encarga de la filtración de tejidos y ciertos fluidos, también abarca la eliminación de toxinas por medio los riñones, órganos con forma de frijol, ubicados en el retroperitoneal sobre la pared abdominal posterior. Estos intercambian su contenido en la vejiga, por medio de un tubo llamado uréter. La vejiga, a su vez evacúa su contenido al exterior por medio de la uretra (13).

##### **2.1.1. Riñón**

Los riñones filtran la sangre y producen la orina, que varía en cantidad y composición, para mantener el medio interno constante en composición y volumen, es decir para mantener la homeostasis sanguínea. Concretamente, los riñones regulan el volumen de

agua, la concentración iónica y la acidez dando un equilibrio ácido base y pH de la sangre y fluidos corporales, además regulan la presión arterial, eliminan residuos hidrosolubles del cuerpo, producen hormonas y participan en el mantenimiento de la glucemia, en los estados de ayuno (11).

### **2.1.2. Uréteres**

Los uréteres llevan la orina desde la pelvis renal hasta la cara inferolateral de la vejiga, siendo su grosor habitual que va entre 2 y 8 mm. La manera más eficaz de explorar los uréteres es partiendo del hilio renal en plano coronal y se ve bien cuando está dilatado, aunque más caudalmente suele interponerse gas intestinal (14).

### **2.1.3. Vejiga**

La vejiga forma parte del sistema urinario. Es un órgano con forma de globo, situado en la pelvis, que se encarga de recoger y mantener la orina hasta su expulsión a través de la uretra. La orina es un líquido formado por agua y sustancias de desecho del organismo. Esta se produce por el filtrado de la sangre en los riñones. A través de unos tubos largos y finos, denominados uréteres, la orina llega a la vejiga y se almacena en ella (15).

Cuando la vejiga está llena los nervios envían señales al cerebro que transmiten la necesidad de orinar. Un esfínter localizado en la salida de la vejiga, donde se encuentra la uretra, se abre para permitir que la orina salga, en un mismo momento, la pared de la vejiga se contrae de forma automática y crea una presión que obliga a la orina a salir por la uretra. La contracción voluntaria de los músculos de la pared abdominal añade una presión adicional. Los esfínteres por los cuales los uréteres entran en la vejiga permanecen herméticamente cerrados para impedir que la orina vuelva a fluir hacia los uréteres y los riñones (15).

### **2.1.4. Uretra**

Es un conducto que inicia en la cara inferior de la vejiga y finaliza en el orificio del meato urinario. En su origen está el ya mencionado esfínter uretral interno o esfínter vesical. Rodeando a este esfínter se ubica el esfínter uretral externo, voluntario y de

fibras musculares estriadas. El cierre de la uretra es controlado por ambos esfínteres. La uretra está formada por dos capas, una muscular o externa y una mucosa o interna. La uretra tiene como función transportar la orina desde la vejiga hacia el exterior mediante el proceso de la micción. En el hombre sirve además para conducir el semen en la eyaculación (16).

a) Uretra femenina

Posee una longitud de 3-4 centímetros. Desemboca en la entrada de la vagina a través del meato uretral, a dos centímetros detrás del clítoris.

b) Uretra masculina

Tiene una longitud aproximada de 20 centímetros. Según su trayecto, se distinguen tres porciones.

- Uretra prostática: es la parte de la uretra que atraviesa la próstata. Mide 3 centímetros y recibe el semen de los conductos prostáticos y de los conductos deferentes.
- Uretra membranosa: es un corto canal que tiene una longitud de 1-2 centímetros donde se encuentra el esfínter uretral externo el cual permite controlar el reflejo de la micción.
- Uretra peneana: también conocida como uretra esponjosa, tiene 15 centímetros de largo. Se proyecta por la cara inferior o ventral del pene y termina en el meato urinario externo (16).

## 2.2. Anatomía del suelo pélvico

El suelo pélvico (SP) es una región del cuerpo humano formada por músculos, fascias, aponeurosis, vasos sanguíneos, nervios y orificios, que constituyen una compleja unidad anatómica y funcional situada en la parte inferior de la cavidad pélvica, por lo que principalmente los músculos y otras estructuras cumplen una acción anti gravitatoria, lo que implica que deben estar íntegros para soportar la carga de los órganos intrabdominales (17).

La musculatura del piso pélvico está organizada en capas superficiales y profundas del perineo que intervienen en el mecanismo de sujeción de las vísceras pélvicas, en la incontinencia urinaria - anal, y en la función sexual (18).

Su principal componente es el músculo elevador del ano, un músculo que cubre la mayor parte de la pelvis. Desde un punto de vista clínico didáctico, los órganos pélvicos pueden dividirse en tres compartimentos: el anterior que comprende a la vejiga y uretra, el medio que incluye al útero y vagina, y el posterior que corresponde al recto, conducto anal y aparato esfinteriano anal. Estas estructuras tienen una íntima relación con la musculatura del piso pélvico, ayudando no sólo a la correcta posición de los órganos, sino que también deben permitir y facilitar sus funciones como son: la micción, el coito, el parto y la defecación, asegurando al mismo tiempo la continencia urinaria y fecal en reposo y durante las actividades de la vida diaria (19).

La musculatura del suelo pélvico (MSP) se compone de una capa superficial y una profunda que se forma a partir de 3 haces musculares que se conocen conjuntamente como músculo elevador del ano (EA). Además del componente muscular, el suelo pélvico también tiene componentes conjuntivos que cubren a los órganos pélvicos y les brindan soporte pasivo. Aunque las capas superficial y profunda de la MSP constan de diferentes estructuras e inervación, fisiológicamente actúan como una unidad funcional. Su correcta acción ha sido descrita como un cierre de las aberturas pélvicas y un movimiento hacia craneal y anterior, ayudando a mantener la continencia tanto urinaria como fecal, además de dar soporte a los órganos pélvicos. Para mantener sus funciones, la MSP debe contraerse simultáneamente o anticipar el incremento de presión intraabdominal con un mecanismo inconsciente, evitando que los componentes conjuntivos respondan adaptativamente al exceso de carga alargándose y cediendo (20).

### **2.3. Fisiología de la micción**

La vejiga tiene tres capas musculares que convergen a nivel del cuello vesical donde forman el esfínter uretral interno; este esfínter, situado en la uretra proximal, está conformado por músculo liso y comandado por el sistema nervioso autónomo, mientras que el esfínter uretral externo hace parte del diafragma urogenital inervado por el nervio pudendo (sistema somático) y es voluntario, diferenciándose del rabdoesfínter, que está inervado por el nervio del elevador del ano y el plexo hipogástrico inferior. Se han descrito tres elementos participantes en la inervación del elevador del ano: en

la parte inferior del músculo el nervio pudendo, en la parte superior el nervio del elevador del ano, y en la proximidad de los órganos pélvicos participaría el plexo hipogástrico inferior. La corteza es el área del cerebro que interviene, tanto en la percepción consciente de la necesidad de orinar, como en la decisión final de posponer o iniciar el vaciado cuando es socialmente permitido. El centro pontino de la micción coordina la contracción del músculo detrusor y la relajación del esfínter estriado de la uretra durante el vaciado vesical; todos estos impulsos llegan a la vejiga y se transmiten a través de nervios que se originan en el segmento simpático dorsolumbar y los segmentos parasimpáticos y somáticos sacros de la médula espinal (21).

El sistema autonómico es mediado por fibras simpáticas que salen de la región toracolumbar medular y fibras parasimpáticas originadas en la región sacra. Por otro lado, el sistema somático está inervado por el nervio pudendo y el nervio elevador del ano. La parte simpática sale de las raíces toracolumbares T12-L2 y sus neuronas presinápticas hacen sinapsis con las neuronas postganglionares localizadas en la cadena paraganglionar simpática, formando el plexo hipogástrico inferior o plexo pélvico. El plexo hipogástrico inferior al llegar a la vejiga libera norepinefrina que activa los receptores  $\beta$  adrenérgicos generando relajación del músculo detrusor y activa los receptores alfa en el cuello vesical y la uretra contrayéndolos y permitiendo el llenado vesical. De la región sacra S2-S4 salen las raíces parasimpáticas. Sus neuronas preganglionares forman el nervio pélvico, hacen sinapsis postganglionar en el plexo pélvico y liberan acetilcolina a nivel vesical; de esta manera activan los receptores muscarínicos M3 del detrusor, contrayéndolo y permitiendo el vaciamiento (21).

### **2.3.1. Control nervioso de las vías urinarias inferiores**

#### **➤ Vías parasimpáticas.**

Las vías simpáticas inervan al musculo detrusor por el nervio pélvico utilizando la acetilcolina como neurotransmisor (22).

#### **➤ Vías simpáticas.**

Las vías simpáticas inervan el músculo detrusor de la vejiga, el cuello vesical y la

musculatura uretral lisa mediante el nervio hipogástrico con la noradrenalina como neurotransmisor (22).

➤ **Vías Somáticas.**

Las vías somáticas inervan el esfínter estriado uretral por medio del nervio pudendo, mientras que las fibras sacras directas inervan el músculo elevador del ano con la acetilcolina como neurotransmisor incluido en ambos casos (22).

➤ **Vías aferentes.**

Las vías aferentes se encargan de trasportar a la medula espinal la información de las áreas inervadas que incluyen los estímulos sensitivos, receptores de dilatación, tensión, fricción, propioceptivos y nociceptivos (22).

#### **2.4. Incontinencia urinaria**

La incontinencia urinaria (IU) es una condición caracterizada por la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra objetivamente demostrable y que por su magnitud y repercusión en la vida social y privada de las personas que la padecen, constituye un importante problema de salud, tanto higiénico como social; en la actualidad se considera como cualquier pérdida de orina involuntaria. A pesar de este impacto, en ocasiones, existe subdiagnóstico y subregistro como consecuencia de que los pacientes no siempre acuden a las consultas por este problema, bien por desconocimiento de los recursos diagnósticos y terapéuticos disponibles, por vergüenza a declarar este trastorno que involucra la vida privada o por la creencia de que la incontinencia es parte del proceso normal del envejecimiento (23).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que unos 200 millones de personas sufren de IU, con independencia de la edad y el sexo. La población más afectada es el sexo femenino; las tasas de prevalencia publicadas en la literatura son altas, alcanzan hasta un 69 % en la población femenina. Además, en algunos casos, incluso parece que las cifras infravaloran la situación. Está descrito que más del 50 % de los pacientes con IU no consulta el problema; su prevalencia aumenta con la edad



a partir de la menopausia y por paridad, en especial por los segundos nacimientos, sobre todo más allá de los 40 años (23).

#### **2.4.1. Diagnóstico de Incontinencia urinaria**

La sociedad internacional de continencia (ICS) define el síntoma de incontinencia urinaria como “la queja de cualquier pérdida involuntaria de orina”. La definición describe el síntoma como es percibido por el paciente o el cuidador; por lo que la incontinencia se debe diferenciar por los signos y las observaciones urodinámicas.

Los signos son observados por el médico directamente o por el uso de diarios miccionales, pruebas con toallas sanitarias y escalas de síntomas. Las observaciones urodinámicas se realizan durante estudios urodinámicos y reflejan la fisiopatología definitiva que causa la incontinencia. La incontinencia urodinámica por esfuerzo se define como la pérdida involuntaria de orina durante aumentos en la presión abdominal en la ausencia de la contracción del músculo detrusor. Cuando la condición no se puede documentar por observación urodinámica, puede “asumirse” por documentación clínica. Los síntomas que reportan los pacientes por lo general no son confiables para definir la naturaleza precisa y la severidad de la incontinencia urinaria, por lo que se debe recurrir a la historia clínica, el examen físico, urianálisis, diarios de micción, y pruebas con toallas sanitarias, para determinar la causa. Estos son suficientes para guiar la terapia inicial basándose en un diagnóstico en progreso del tipo y etiología de la incontinencia urinaria. Las pruebas especializadas y referencias a especialista no son necesarias en la evaluación inicial y tratamiento en la mayoría de los pacientes (24).

#### **2.5. Fisiopatología de la Incontinencia Urinaria.**

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

intrínseca ya sea por cirugía uretral previa, lesión neurológica a nivel sacro, radiación o déficit de estrógenos (25).

La IU se produce cuando la presión intravesical la cual supera la presión uretral. Esta descompensación de presiones puede producirse por un fallo en los mecanismos de resistencia uretral. Cuando esto ocurre, la presión ejercida sobre la vejiga durante el esfuerzo es suficiente para vencer la resistencia uretral y provocar incontinencia urinaria (26).

Es el aumento de la contractilidad del detrusor hiperactivo en la VH se debe a la hipersensibilidad de los receptores muscarínicos (M2 o M3). La acetilcolina liberada en las vías del sistema nervioso parasimpático produce la activación de los receptores M3, responsables de la contracción de la vejiga. Por otra parte, la activación de los receptores M2 produce una reducción del adenosinmonofosfato cíclico previniendo la relajación<sup>9</sup>. Los fármacos antimuscarínicos actúan sobre la activación de la vía parasimpática que produciendo la contracción del detrusor recientes avances en la fisiopatología de la VH han identificado 3 subtipos de receptores beta adrenérgicos en el detrusor y el urotelio. Los receptores beta adrenérgicos son predominantes, con más del 97% del total de ARN mensajero del receptor beta adrenérgico, y se considera que es el subtipo principal implicado en la relajación del detrusor en humanos. Como se ha comentado anteriormente, durante la fase de llenado vesical predomina la estimulación de la función simpática. Se liberan oradrenalina de las terminaciones nerviosas, lo que induce predominantemente la activación del receptor beta-3 adrenérgico en la musculatura de la vejiga y, por tanto, la relajación del músculo liso de la misma, mediante aumento de las concentraciones de AMP. Estos hallazgos han llevado al desarrollo de fármacos agonistas beta-3 adrenérgicos, como mirabegrón, recientemente aprobado en España, que actúan estimulando los receptores beta-3 y produciendo relajación del detrusor (27).

Las incontinencias urinarias de esfuerzo antiguamente conocidas como tipo I y tipo II, son grados progresivos del mismo fenómeno, caracterizado por disminución en la transmisión de la presión intra abdominal a la uretra proximal, debido a la pérdida de soporte de los órganos pélvicos por daño de la base músculo aponeurótica del perineo

caracterizado por hipermovilidad uretral, relacionada a la multiparidad y al hipoestrogenismo perimenopáusico. En este caso, el esfínter en sí, se encuentra indemne. Obviamente se presenta solo en mujeres. En el caso de las incontinencias originadas en el detrusor, se distinguen la hiperactividad del detrusor y las alteraciones de la acomodación. La hiperactividad vesical, se caracteriza por el incremento activo de la presión intravesical durante la fase de continencia, ya sea por contracciones fásicas del detrusor o por un incremento sostenido del tono del mismo. En relación a la hiperactividad del detrusor distinguimos la idiopática y la neurógena, (anteriormente llamadas hiperreflexia e inestabilidad primaria del detrusor), según exista o no una alteración neurológica de base que explique el cuadro (28).

Este enfoque permite verificar fácilmente que la incontinencia urinaria no es una sola enfermedad, sino que es un síntoma, que permite ser objetivado convirtiéndolo en un signo, pero detrás del cual existen múltiples mecanismos fisiopatológicos, los que a su vez pueden estar causados por un sinnúmero de enfermedades. Por ello, al hacer el diagnóstico de una incontinencia urinaria no basta con saber que una paciente pierde orina involuntariamente, sino que debemos también saber cuál es el tipo de incontinencia que la afecta (fisiopatología), y cuál es la enfermedad que la causa, ya que sólo así podremos establecer una orientación terapéutica racional (28).

La micción es un reflejo que permite el vaciamiento de la vejiga urinaria cuando ésta ha alcanzado su límite de llenado e involucra el almacenamiento progresivo de orina en la vejiga hasta que ésta alcanza su umbral, desencadenando un reflejo nervioso llamado reflejo de micción; la vejiga se contrae y la orina fluye a través de la uretra. En el inicio y mantenimiento de dicho reflejo, así como en el proceso de contención de la orina intervienen la contracción coordinada del músculo detrusor (vejiga) y de los músculos de la pared abdominal, así como la relajación de los músculos del piso pélvico y de los esfínteres uretrales interno y externo, por lo que ambas estructuras están bajo un fino control nervioso central, periférico y autónomo tanto simpático como parasimpático permitiendo un adecuado cerrado uretral (29).

Se ha descrito que en el cerrado uretral participan dos mecanismos: el permanente y el complementario. El cerrado permanente de la uretra está dado por la mucosidad

secretada por la pared interna de la uretra, la cual incrementa la presión intrauretral, y por el tono tanto de la musculatura lisa como del esfínter uretral y posiblemente de los músculos del piso pélvico. Éste es favorecido por la posición anatómica tanto del cuello de la vejiga como de la uretra proximal durante el descanso, por tanto, para que la orina fluya a través de la uretra es necesario la relajación de los músculos del piso pélvico lo que provoca la abertura de la uretra (29).

El mecanismo de cerrado complementario se presenta cuando el individuo realiza actividades físicas que incrementan la presión intraabdominal (tosar, estornudar etc.), y está compuesto por la transmisión pasiva de la presión intraabdominal a través de la vejiga, la uretra y la transmisión activa de dicha presión mediante la contracción de los músculos estriados periuretrales, como el esfínter uretral, el músculo compresor de la uretra, el esfínter uretrovaginal y los músculos del piso pélvico. De esta forma, cuando la presión intra abdominal aumenta repentinamente, los músculos estriados tanto periuretrales como los del piso pélvico se contraen evitando el paso de la orina. Cuando se presentan daños en cualquiera de los componentes que participan en este reflejo se desencadenan patologías como la incontinencia urinaria (29).

### **2.5.1. Clasificación de la disfunción vesical neuropática**

#### **➤ Lesiones supraespinales.**

Se determina como una vejiga hiperactiva con disfunción del almacenamiento, hay pérdida de la inhibición del centro pónico miccional y se asocian a incontinencia urinaria. La excitabilidad del centro miccional pontino es controlada por un impulso inhibitorio procedente del lóbulo frontal encargado de la micción espontánea. Una lesión por encima del centro pontino miccional producirá una vejiga no inhibida. Es importante reconocer que la hiperactividad del detrusor no es el único hallazgo en la lesión supraespinal, pues en algunos casos se ha evidenciado disminución de actividad del detrusor (30).

#### **➤ Lesiones suprasacras.**

El parasimpático y el pudendo están intactos y se bloquea el reflejo cortical inhibitorio de la micción; además presenta un detrusor hiperactivo a través del

establecimiento de nuevos reflejos segmentarios mediados por la fibra C con pérdida adicional de coordinación detrusor esfínter del centro pontino de la micción. Esta categoría se caracteriza por la disfunción de almacenamiento y el vaciado (30).

➤ **Lesiones infrasacras.**

Estas pacientes presentan arreflexia persistente del detrusor, que lleva a alteración de la compliance por dilatación de las fibras vesicales con una posterior alteración del vaciamiento y altos residuos postmiccionales (30).

### **2.5.2. Mecanismos esfinterianos en la mujer**

El mecanismo extrínseco, o activo, está constituido por las siguientes estructuras: tejido conjuntivo pélvico subperitoneal y su fijación a la pared pélvica; músculo elevador del ano, que está compuesto por los músculos pubococcígeo y el íleococcígeo formando el piso pélvico o también llamado diafragma pélvico; y los músculos esfínter uretrovaginal y el compresor de la uretra. Estos tres músculos conjuntamente ejercen la función del mecanismo esfinteriano de la uretra. El mecanismo intrínseco o pasivo está compuesto por las siguientes estructuras: inervación autonómica y tonos alfa Adrenérgico; musculatura estriada de la pared uretral, el esfínter urogenital estriado más externo; plexo vascular submucoso de la uretra; musculatura lisa de la pared uretral y vasos periuretrales; la función de este musculo liso es mantener el tono de la uretra y mantenerse cerrado durante la fase de llenado (31).

### **2.5.3. Mecanismos de sostén de suelo pélvico**

El mecanismo de sostén del suelo pélvico depende de dos elementos los cuales son:

- Elementos estáticos que comprenden la Fascia Endopélvica
- Elementos dinámicos formados por el músculo Elevador del ano (32)

## **2.6. Clasificación de la Incontinencia Urinaria**

### **2.6.1. Incontinencia urinaria de estrés o esfuerzo (IUE)**

Es la pérdida involuntaria de orina asociada a un esfuerzo físico que provoca un aumento de la presión intraabdominal (toser, reír, correr e incluso andar), teniendo

poca relación con la actividad del detrusor. Es el más frecuente en las mujeres, y su prevalencia se sitúa en el 40-50%, según los estudios (33).

### **2.6.2. Incontinencia urinaria de urgencia (IUU)**

Es la pérdida involuntaria de orina vinculada a un intenso deseo de orinar, la cual se debe a una contracción aumentada de la vejiga urinaria, que en condiciones normales sólo se contrae cuando el sujeto decide orinar voluntariamente. Este tipo de incontinencia produce una sensación de urgencia, que es casi imposible de controlar, consecuencia de una contracción involuntaria del músculo detrusor de la vejiga urinaria. La cantidad de orina que se pierde puede ser variable, de modo que en las etapas iniciales no hay incontinencia, sólo urgencia (33).

### **2.6.3. Incontinencia urinaria mixta (IUM)**

Es la que se presenta con urgencia y también al realizar ejercicios, esfuerzos, estornudos o toser. La pérdida se produce por un doble mecanismo: hiperactividad del detrusor e incompetencia esfinteriana. Es el tipo más frecuente en la mujer después de la incontinencia de esfuerzo, siendo su prevalencia del 35% (33).

### **2.6.4. Enuresis nocturna**

Perdida involuntaria de orina en las noches más frecuente en niños.

### **2.6.5. Incontinencia Urinaria por Rebosamiento o sobreflujo**

Es la pérdida involuntaria de orina producida cuando el volumen de ésta en la vejiga supera su capacidad. La incontinencia se produce por goteo, gota a gota, o en chorro fino sin fuerza, la cual puede manifestar síntomas irritativos, obstructivos, dificultad al orinar, o pérdida de orina continua por goteo o pequeños chorros; es fácil confundirla con una incontinencia de esfuerzo, por eso es muy importante establecer un diagnóstico diferencial de la misma. Esta se presenta más en varones que en mujeres, y su etiología puede ser de carácter obstructivo o vinculada a una lesión urológica (33).

## 2.7. Factores de riesgo

### ➤ **Género.**

Varias razones como son longitud uretral, diferencias anatómicas en el suelo pelviano, efectos del parto, todas estas razones intentan justificar la diferencia de que las mujeres tengan un mayor riesgo de desarrollar IU. Sin embargo, esta razón de riesgo varía con la edad (34).

### ➤ **Edad.**

Este factor es determinante en las alteraciones de la disfunción del suelo pélvico, debido a procesos de cambio fisiológico que ocurren en el transcurso de la vida (35).

### ➤ **Raza.**

Estudios variados muestran que las mujeres blancas tienen una prevalencia de IUE tres veces mayor que las mujeres afroecuatorianas, atribuyéndose a diferencias raciales en el tejido conjuntivo o en los músculos (34).

### ➤ **Peso.**

La obesidad es uno de los factores de riesgo independiente para la IU en mujeres mayores. Un índice de masa corporal (IMC) alto se relaciona con una mayor prevalencia y severidad de la IU. Se conoce poco sobre la pérdida de peso como tratamiento de la IU (34).

### ➤ **Antecedentes obstétricos.**

Muchos estudios evidencian que el parto vaginal es el principal responsable de la disfunción del suelo pélvico. Vila Coll encuentra una prevalencia de IU en el 52,1 % en mujeres con parto vaginal frente a un 27 % de nulíparas, resultados que se corresponden con otros autores como Thomas, Holst y Wilson. Uno de los aspectos clave en el origen de la IU en la mujer es la maternidad. Sin duda el embarazo y el parto constituyen un momento crucial en la vida de la mujer, donde se altera la

integridad anatómica y funcional de las estructuras del suelo pélvico. Diferentes autores han demostrado que las mujeres que han tenido hijos tienen mayor riesgo de pérdidas de orina frente a las nulíparas. El problema está dado por el desconocimiento de los factores que intervienen en el desarrollo de la IU durante el embarazo o el parto (35).

## **2.8. Mujeres y salud**

La salud es un proceso complejo determinado por la interrelación de factores biológicos, psicológicos y sociales de los individuos con los factores ambientales. A partir de los años noventa del siglo XX, diversos estudios muestran que las mujeres y los hombres tienen diferentes maneras de enfermar y de metabolizar los fármacos, así como también diferentes estilos de vida relacionados con los problemas de salud. El principal aporte de estos estudios es poner a conocimiento que el género, junto con otras dimensiones como la clase social, es un determinante en el proceso salud-enfermedad, produciendo desigualdades que se manifiestan en el acceso a los hospitales, las listas de espera y las estrategias terapéuticas. Elementos que intervienen en la salud y en la atención sanitaria y que dan como resultado diferencias y desigualdades en la salud y en la atención sanitaria por razón de sexo/género.

El concepto de desigualdad en salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se refiere a las diferentes oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas, en función de su clase social, género, territorio o etnia; oportunidades y recursos que van asociados con un peor estado de salud de los colectivos más desfavorecidos. La OMS refiere que estas diferencias en materia de salud son innecesarias, evitables e injustas (36).

A pesar de que la esperanza de vida de las mujeres es más alta que la de los hombres, las mujeres presentan una incidencia más alta de enfermedad y discapacidades que los hombres, especialmente porque acumulan más enfermedades crónicas. En prácticamente todas las enfermedades crónicas hay una mayor tasa de mujeres enfermas que de hombres, y eso se refleja lógicamente en la peor autopercepción femenina del estado de salud. Algunas de las enfermedades en las que la prevalencia femenina es mayor son el colesterol, hipertensión, varices, depresiones, trastornos



cardíacos, mala circulación, molestias de espalda, migrañas, diabetes, artrosis y alergias (36).

## **2.9. Calidad de vida**

Así, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por los individuos y manifiesta sensaciones subjetivas y personales del sentirse bien. La literatura continuamente define que ésta se encuentra formada por dos componentes: uno, la habilidad de realizar actividades diarias las cuales evidencian el bienestar físico, psicológico y social; y el otro, la satisfacción con los niveles del funcionamiento y los síntomas provenientes del control de la enfermedad o el tratamiento (37).

La calidad de vida (CV) según la Organización Mundial de Salud es un concepto muy extenso, complejo, subjetivo, con dimensiones tanto positivas como negativas, determinada por el contexto cultural, social y ambiental, que, relacionada con el ámbito de la salud, permite obtener información complementaria y diferente a los indicadores clínicos tradicionales. A partir de esta definición surge el término calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), que es una evaluación subjetiva de las influencias en el estado de salud, cuidados, promoción y mantenimiento de la funcionalidad en actividades que afecten el estado general de bienestar y consideran diferentes dimensiones esenciales de la vida humana (38).

### **2.9.1. Calidad de vida relacionada con la salud**

Según la OMS, la calidad de vida hace referencia a la percepción subjetiva y temporal que tienen las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual, en conjunto con su contexto histórico, cultural y social. También, influyen su sistema de valores y creencias y sus metas, expectativas y estándares. En individuos con enfermedades crónicas, se encuentra un quiebre importante en una de las dimensiones que conforman la calidad de vida: la pérdida de la salud. Es por ello que se prefiere usar el término calidad de vida relacionada con la salud (siglas CVRS), como una noción más restringida de la calidad de vida. En pacientes oncológicos, este concepto alude al impacto que tienen la enfermedad y su consecuente tratamiento sobre cómo

dimensionan su bienestar y su vida en general, en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades (39).

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

#### ➤ **Funcionamiento físico.**

Es la capacidad de cumplir diferentes actividades en todos los ámbitos posibles, las cuales se relacionan con el funcionamiento físico, la nutrición, la atención sanitaria adecuada, y por último en las actividades la vida diaria (40).

#### ➤ **Bienestar psicológico.**

Son características cognitivas y socioemocionales que se relacionan positivamente a la tolerancia al estrés, el afrontamiento directo a las dificultades y el desempeño en tareas intelectuales. Se asocian también con contribuciones científicas creativas, ya que estas favorecen la persistencia de las tareas académicas y la autorregulación de los procesos de aprendizaje (41).

#### ➤ **Estado emocional.**

Conocido también como vivencia emocional, lo cual se define como un aspecto clave para promover el bienestar del ser humano (42).

#### ➤ **Dolor.**

La Asociación Internacional for the Study of Pain (IASP) define el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a daño tisular real o potencial. Ésta definición destaca que no solamente se involucra el proceso fisiológico de estimulación de nociceptores, sino que compromete también un componente afectivo importante. Esto es lo que hace que el dolor sea un fenómeno complejo, personal e intransferible. El dolor es parte de nuestras vidas desde el momento que nacemos, incluso antes de ello (43).

➤ **Funcionamiento social.**

El funcionamiento social es el conjunto de condiciones sociales en las personas que viven y trabajan disminuyendo diferencias en los niveles de salud, también se considera como las características sociales necesarias para el desarrollo de la vida (44).

➤ **Percepción general de la salud.**

La percepción de la salud es el resultado que se obtiene a través de las impresiones del individuo, proporcionando un elemento indispensable para la medición en la que contribuyen distintos factores sociales, ambientales y estilos de vida que van más allá del sistema sanitario (44).

### **2.9.3. Calidad de vida en relación con la incontinencia urinaria**

La IU no constituye un riesgo para la vida, sin embargo genera un profundo impacto psicológico, físico, mental, social, higiénico y económico para la sociedad, y puede afectar la CV e interrumpir las actividades cotidianas en todos los escenarios y dimensiones de la persona. Así como la IU puede afectar la CVRS, varios estudios han encontrado que esta última se disminuye de manera significativa en las personas con exceso de peso; de la misma manera, se ha encontrado que un índice de masa corporal (IMC) elevado aumenta la probabilidad de presentar IU, por lo anterior, el objetivo de este estudio fue establecer la asociación entre IU y CVRS en mujeres entre los 18 y 65 años con exceso de peso del área urbana de Bucaramanga en 2012 (45).

## **2.10. Evaluación de la Incontinencia urinaria y calidad de vida**

### **2.10.1. Cuestionario de Incontinencia Urinaria (ICIQ-IU-SF)**

El ICIQ-SF validado al español con un alfa de cronbach de 0,917, para estudiar la proporción de mujeres afectas y el tipo de incontinencia. Consta de 3 ítems que miden la frecuencia de las pérdidas, la cantidad y el grado de afectación en la calidad de vida. La puntuación total es el resultado de la suma de los 3 primeros ítems, oscilando entre

0 y 21, siendo indicador de incontinencia urinaria cualquier puntuación superior a 0. Y por otro lado sin formar parte de la puntuación, consta de 8 preguntas para determinar el tipo de incontinencia (46).

El ICIQ-SF es un cuestionario breve que permite no solo detectar la IU sino además la gravedad, el tipo y el impacto de esta en CV. Tiene un puntaje de 0 a 21, a mayor puntaje mayor gravedad (47).

### **2.10.2. Instrumento para la Calidad de vida con Incontinencia (I-QOL)**

El I-QOL, 10 cuya validación al español consta de una consistencia interna, medida por el índice alfa de cronbach de 0,92, para investigar la afectación en la calidad de vida. Se administra cuando la mujer que ha cumplimentado el anterior obtiene una puntuación mayor de 0. Consta de 22 ítems que se dividen en 3 subescalas, estas son, comportamiento de evitación y limitación de la conducta en 8 ítems, esta subescala recoge preguntas relacionadas con los síntomas de incontinencia mixta, determinado por la no realización de actividades sociales por miedo a no llegar o no encontrar un baño cerca y mojarse. Repercusión psicosocial en 9 ítems. Y por último sentimientos de vergüenza en la relación social en 5 ítems, está relacionada con la preocupación por uno mismo y por los demás, figuran también entre los motivos por los que muchas mujeres no buscan ayuda profesional. El cuestionario recoge también sus preocupaciones futuras (46).

El I-QOL mide específicamente la CV en la IU. Es una escala de 22 ítems, a cada uno de ellos se le asigna un valor de 1 (muy) a 5 (nada). Tiene un puntaje de 22 a 110, a mayor puntuación mejor CV. Para una mejor interpretación de la misma se transforma en una escala de 0 a 100. Dividida en 3 subescalas: limitación de actividad o conducta (LA), efecto psicosocial (EP) y vergüenza social (VS) (47).

## **2.11. Marco Legal y Ético**

### **2.11.1. Constitución de la República del Ecuador**

*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 (48).*

**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 (48).*

**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 (48).*

**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 étnia, 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 (48).*

*En particular, el Estado tomará medidas de:*

1. *Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos. Se crearán centros de acogida para albergar a quienes no puedan ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de forma permanente.*
2. *Protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica. El Estado ejecutará políticas destinadas a fomentar la participación y el trabajo de las personas adultas mayores en entidades públicas y privadas para que contribuyan con su experiencia, y desarrollará programas de capacitación laboral, en función de su vocación y sus aspiraciones (48).*
3. *Desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social.*
4. *Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o negligencia que provoque tales situaciones.*
5. *Desarrollo de programas destinados a fomentar la realización de actividades recreativas y espirituales.*
6. *Atención preferente en casos de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencias (48).*
7. *Creación de regímenes especiales para el cumplimiento de medidas privativas de libertad. En caso de condena a pena privativa de libertad, siempre que no se apliquen otras medidas alternativas, cumplirán su sentencia en centros adecuados para el efecto, y en caso de prisión preventiva se someterán a arresto domiciliario.*
8. *Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas (48).*
9. *Adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental.*

*La ley sancionará el abandono de las personas adultas mayores por parte de sus familiares o las instituciones establecidas para su protección (48).*

**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 (48).*

**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 (48).*

**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 (48).*

### **2.11.2. Plan Nacional del Desarrollo – 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 (49).*



## CAPÍTULO III

### 3. Metodología de la Investigación

#### 3.1. Diseño de la investigación

- **No experimental:** No tiene determinación aleatoria, manipulación de variables o grupos de comparación. El investigador describe lo que ocurre de forma natural, sin intervenir de manera alguna. (50).
- **Corte transversal:** La investigación se realiza en un momento determinado. (51). La investigación se recolecto en un solo corte de tiempo sin seguimiento.

#### 3.2. Tipo de la investigación

- **Descriptivo:** No existió la manipulación de variables o la intención de búsqueda de la causa-efecto con relación al fenómeno, describe lo que existe, determina la frecuencia en que este hecho ocurre. En la investigación se describe a la población de estudio, a través de una ficha socio demográfica según edad, etnia y número de hijos (50).
- **Epidemiológico de prevalencia puntual:** Determina los casos nuevos de una enfermedad que se presentan en una población, en un tiempo determinado (52). En la presente investigación se identificó el número de afectados con incontinencia urinaria en un momento dado.
- **Cuantitativo:** Facilita la obtención de valores para ser usados y cuantificar los datos obtenidos. (53).
- **Cualitativo:** Ocupó aspectos que son subjetivamente aprehensibles por medio de un adentramiento en aquellos procesos que no son susceptibles de ser medidos en términos de frecuencia (54). La presente investigación obtuvo datos cualitativos en cuanto a la presencia o no de incontinencia urinaria, pérdida de calidad de vida o nula afectación de calidad de vida.

### **3.3. Localización y ubicación del estudio**

La presente investigación se realizó en la ciudad de Ibarra Provincia de Imbabura, en el antiguo Hospital San Vicente de Paul y la guardería UTN pertenecientes a la Universidad Técnica del Norte.

### **3.4. Población de estudio**

La presente investigación se realizó con 20 mujeres de 25 a 70 años de edad del antiguo Hospital San Vicente de Paul y la guardería UTN, Universidad Técnica del Norte.

#### **3.4.1. Criterios de inclusión**

- Mujeres a partir de los 25 a 70 años de edad que pertenezcan al antiguo Hospital San Vicente de Paúl y guardería UTN de la Universidad Técnica del Norte.
- Empleadas y trabajadoras que firmen el consentimiento informado para participar en el estudio.

#### **3.4.2. Criterios de exclusión**

- Mujeres menores de 25 años y mayores de 70 años que no pertenezcan al antiguo Hospital San Vicente de Paúl y guardería UTN de la Universidad Técnica del Norte.
- Mujeres que presentan embarazo, puerperio, cirugía pélvica.
- Empleadas y trabajadoras que no firme el consentimiento informado para participar en el estudio.

#### **3.4.3. Criterios de salida**

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

### 3.5. Operacionalización de variables

#### 3.5.1. Variables de caracterización

Variable	Tipo de variable	Dimensión	Indicador	Escala	Instrumento	Definición
Edad	Cuantitativa discreta agrupada	Grupotario	18-35 36-64 >65(OMS)	Adultos jóvenes Adultos Adultos mayores	Ficha sociodemográfica	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales (55).
Etnia	Cualitativa nominal politómica	Grupos étnicos	Auto identificación étnica	-Blanco		Comunidad humana definida por afinidades raciales, lingüísticas, culturales, etc (55).
				-Mestizo		
				-Afro Ecuatoriano		
				-Indígena		
Número de hijos	Cuantitativa continua	Número de hijos	Sin hijos	Nulípara	Se refiere al número de hijos nacidos vivos, incluyendo los hijos que luego fallecieron (56).	
			1 hijo	Primípara		
			2-4 hijos	Multípara		
			>5 hijos (OMS)	Gran multípara		

### 3.5.2. Variables de interés

Con la finalidad de identificar la incontinencia urinaria y el impacto en la calidad de vida del personal femenino que pertenezcan al antiguo Hospital San Vicente de Paúl y guardería UTN de la Universidad Técnica del Norte, se tomó en cuenta lo siguiente:

Variable	Tipo de variable	Dimensión	Indicador	Escala	Definición
Incontinencia urinaria (IU).	Cualitativa nominal politómica	Tipos de incontinencia urinaria	Al toser, estornudar o realizar esfuerzos, ejercicio.	IU Esfuerzo	Se define como cualquier pérdida involuntaria de orina, constituye un problema médico y social importante (57).
			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	100%	Nula afectación en la calidad de vida.	Conjunto de condiciones que contribuyen a hacer la vida agradable, digna y valiosa (55).
			<100%	Pérdida de calidad de vida.	

### 3.6. Métodos y técnicas de recolección de información

#### 3.6.1. Métodos de recolección de datos

- **Inductivo:** Mediante el cual se observa, estudia y conoce las características comunes para la elaboración de una propuesta acorde al tema, también se plantea un razonamiento ascendente que nace de lo particular a lo general. El método inductivo es un el resultado lógico y metodológico de la aplicación del método comparativo (58).
- **Analítico:** En este método se descompone el contenido del objeto o elementos en sus partes para ser estudiados de manera más especificada cada uno de ellos. El análisis va de lo concreto a lo abstracto ya que así, por la abstracción, es posible separar las partes del todo para su estudio en profundidad (59).
- **Revisión bibliográfica:** Es la descripción detallada de cierto tema o tecnología, pero no incluye la identificación de tendencias que puedan plantear diferentes escenarios sobre el desarrollo de la tecnología en cuestión y que permitan tomar decisiones estratégicas (60).

#### 3.6.2. Técnicas e Instrumentos

##### ➤ Técnicas

**Encuestas:** Se define como una técnica que tiene como objetivo obtener información que proporcione a un grupo o muestra de sujetos acerca de si mismos, o en relación con un tema en particular (61).

##### ➤ Instrumentos

Ficha de datos sociodemográficos.

Cuestionario de incontinencia urinaria (ICIQ-SF).

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

### 3.6.3. Validación de Instrumentos

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

El cuestionario ha sido validado al español en una población europea como España, demostrando su superioridad con respecto a otros cuestionarios, su uso no ha sido validado en poblaciones de países de habla hispana en vías de desarrollo. En nuestro país no se ha validado ningún cuestionario en relación al tema de la incontinencia urinaria. Pensamos que es importante contar con un cuestionario validado en Chile, que nos permita analizar el problema de incontinencia urinaria femenina en la población chilena –perteneciente mayoritariamente al sistema Fondo Nacional de Salud– y ponerlo a disposición de la clínica y la investigación sobre el tema en nuestro medio. Este cuestionario es el único que ha sido ofrecido, ya traducido, a la comunidad internacional para su validación y es por esto que procedimos a validarlo (62).

El estudio “Comparación entre el cuestionario “ICIQ-UI Short Form” y el “King’s Health Questionnaire” como instrumentos de evaluación de la incontinencia urinaria en mujeres” se realizó con 116 mujeres en donde utilizaron el test ICIQ-UI SF, el KHQ y la prueba urodinámica, obteniendo de diagnóstico de tipo de IU según cada una de estas 3 pruebas. Se estudiaron la sensibilidad y especificidad de la dimensión de síntomas para el diagnóstico del tipo de IU del ICIQ-UI SF y del KHQ respecto a la prueba urodinámica. Además, se analizó la correlación existente entre ambas medidas, ICIQ-UI SF y KHQ. (63).

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

El I-QOL, cuya validación al español consta de una consistencia interna, medida por el índice alfa de cronbach de 0,92, para investigar la afectación en la calidad de vida. Se administra cuando la mujer que ha cumplimentado el anterior obtiene una puntuación mayor de 0. Consta de 22 ítems que se dividen en 3 subescalas, estas son, comportamiento de evitación y limitación de la conducta en 8 ítems, esta subescala recoge preguntas relacionadas con los síntomas de incontinencia mixta, determinado por la no realización de actividades sociales por miedo a no llegar o no encontrar un baño cerca y mojarse. Repercusión psicosocial en 9 ítems. Y por último sentimientos de vergüenza en la relación social en 5 ítems, está relacionada con la preocupación por uno mismo y por los demás, figuran también entre los motivos por los que muchas mujeres no buscan ayuda profesional. El cuestionario recoge también sus preocupaciones futuras (64).

Un estudio realizado en cuba “Cuestionarios de calidad de vida en las mujeres con disfunciones del suelo pélvico” en el cual se utilizó el cuestionario I-QOL, para evaluar la calidad de vida, lo cual genera un impacto negativo en la calidad de vida, que varía según la gravedad de los síntomas. Las mujeres presentan limitaciones en la actividad física, actividades cotidianas, el sueño, la sexualidad y suelen estar angustiadas y deprimidas (65).

### **3.7. Análisis de datos**

Después de la obtención de datos mediante los diferentes instrumentos se procedió a realizar una base de datos en Excel 2010 y SPSS 25, a través de tablas cruzadas para seguidamente plasmar en tablas de presentación.

## CAPÍTULO IV

### 4. Análisis y discusión de resultados.

**Tabla 1.**

*Caracterización de la población estudio según edad*

<b>Edad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Adultos jóvenes (18-35 años)	6	30%
Adultos (36-64 años)	14	70%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Los resultados en cuanto a la caracterización de la población de estudio según la edad muestran que, el 70% está representado por los adultos, entre 36 a 64 años y el 30% corresponden a los adultos jóvenes entre 18 a 35 años.

Los resultados obtenidos se relacionan con el estudio “La asignación del presupuesto participativo para grupos vulnerables y su incidencia en el desarrollo socioeconómico de las mujeres del cantón Ibarra para el período 2008-2012”, en el cual la población femenina ibarreña encuestada, se encuentra mayoritariamente entre las edades de 18 a 49 años de edad con un porcentaje del 73%, lo cual se encuentra dentro del rango más prevalente de nuestra investigación (66).



**Tabla 2.**

*Caracterización de la población de estudio según la etnia*

<b>Etnia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Mestizo	20	100%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Los resultados en cuanto a la caracterización de la población según la etnia indican que, el 100% de los sujetos de estudio pertenecen a la etnia mestiza.

Según el INEC en el censo 2010 de la población y vivienda en el Ecuador, en el fascículo provincial Imbabura, el 65,7% de la población se identifican como mestizos; el 25,8% como indígenas; el 5,4% son afroecuatorianos y el 2,7% se consideran blancos, lo que demuestra que la mayor parte de la población corresponde a la etnia mestiza, al igual que en nuestro estudio (67).

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

<b>Número de hijos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Nulíparas (sin hijos)	4	20%
Primíparas (1 hijo)	7	35%
<b>Múltiparas (2 - 4 hijos)</b>	<b>9</b>	<b>45%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Los resultados en cuanto a la caracterización de la población según número de hijos podemos observar que, existe mayor frecuencia de mujeres múltiparas, mujeres que han tenido de 2 a 4 hijos representando el 45% de la población estudiada, mientras que el 35% corresponde a las mujeres primípara, las que han tenido un hijo, finalmente con el 20% las mujeres nulíparas, que no han tenido hijos.

Los resultados obtenidos se relacionan con un estudio “Morbilidad y mortalidad materna y factores de riesgo asociados con una urgencia obstétrica”, realizado en México en donde se mostró una prevalencia de mujeres múltiparas con el 32% datos que no coinciden con el estudio porque existe un mayor número de mujeres primíparas con el 45% (68).

**Tabla 4.**

*Prevalencia puntual de incontinencia urinaria.*

$$P = \frac{\text{numero de afectados (11)}}{\text{población de estudio(20)}} \times 100 = 55\%$$

La prevalencia puntual de la Incontinencia Urinaria en el Antiguo Hospital San Vicente de Paul y guardería UTN fue del 55% de la población de estudio.

Los datos obtenidos difieren en proporción con el estudio “Prevalencia de incontinencia urinaria en el posparto” de tipo descriptivo transversal que incluyo 115 mujeres con parto en el Hospital Regional de Antofagasta, a las que se aplicó el test ICIQ-SF, el cual indico que la prevalencia de la incontinencia urinaria fue del 72,1%, sin embargo la prevalencia en ambos casos es mayor al 50% (69).

**Tabla 5.**

*Prevalencia de la incontinencia urinaria según tipos.*

$$PIUE = \frac{\text{numero de afectados IUE (9)}}{\text{población de estudio(20)}} \times 100 = 45\%$$

$$PIUU = \frac{\text{numero de afectados IUU (2)}}{\text{población de estudio(20)}} \times 100 = 10\%$$

La prevalencia de la incontinencia urinaria según tipos muestra que, la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) fue la más prevalente, con el 45%, y finalmente la Incontinencia Urinaria de Urgencia (IUU) con menor prevalencia, representada con el 10% de la población de estudio.

El estudio “Prevalencia y factores asociados a incontinencia urinaria en el área de salud este de Valladolid” realizado en España, mostro que la incontinencia más frecuentes fue; la IUE representando a un 43,13%, seguido por la IUM con un 39, 21%, resultados similares a los recopilados ya que la IUE se presentó con mayor prevalencia (70).

**Tabla 6.**

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

<b>Calidad de vida (CV)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Pérdida de CV (< 100%)	7	63,6%
Nula afectación en la CV (100%)	4	36,4%
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>

La evaluación de la calidad de vida indica que el 63,6% de las mujeres con Incontinencia Urinaria presentó pérdida en la calidad de vida, mientras que el 36,4% presentó nula afectación en su calidad de vida.

La IU tiene un alto porcentaje de afectación en la calidad de vida. Un estudio realizado en España titulado “Calidad de vida en las pacientes con incontinencia urinaria” muestra que la IU tiene afectación en la calidad de vida, datos que tienen relación con los del estudio ya que ambos estudios tienen una afectación significativa en la calidad de vida (71).

**Tabla 7.**

*Evaluación de la de la calidad de vida según subescalas IQOL test*

<b>IQOL</b>	<b>Puntaje</b>
Evitar y limitar el comportamiento	85 %
Impacto psicosocial	91.1%
<b>Vergüenza social</b>	<b>80%</b>

La evaluación de la calidad de vida según subescalas muestra que; la subescala con mayor pérdida de calidad de vida fue la de vergüenza social con un 80%, seguida la de evitar y limitar el comportamiento con el 85%, y finalmente la de impacto psicosocial que representa una afección del 91.1%.

En un estudio titulado “Efectividad de 6 sesiones de biofeedback manométrico en la incontinencia urinaria y la calidad de vida: estudio prospectivo tipo antes-después, 67 casos” donde se aplicó el test I-QOL que demostró que existe una mayor prevalencia de la subescala de vergüenza social, seguida de evitar y limitar el comportamiento y por ultimo con la subescala de impacto psicosocial, siendo la menos afectada la del impacto psicosocial lo cual coincide con los datos recopilados debido a que en este estudio la subescala con mayor afectación también fue la de vergüenza social (72).

**Tabla 8.**

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

<b>IQOL Subescalas</b>	<b>IU Esfuerzo</b>	<b>IU Urgencia</b>
Evitar y limitar el comportamiento	88,9%	70%
Impacto psicosocial	92,84%	80%
<b>Vergüenza social</b>	84,88%	<b>54%</b>

La relación entre las variables estudiadas muestra que, la sub escala de vergüenza social presentó mayor pérdida de calidad de vida, en relación a la incontinencia urinaria de urgencia con el 54%, seguido por la subescala de evitar y limitar el comportamiento con el 70%, finalmente con menor pérdida de la calidad de vida es la de impacto psicosocial con un 80%.

La sub escala de vergüenza social mostro mayor pérdida de calidad de vida, en relación a la incontinencia urinaria de esfuerzo con el 84,88%, seguido de la subescala de evitar y limitar el comportamiento con el 88,9%, finalmente con menor afectación es la de impacto psicosocial con un 92,84%.

El estudio “Repercusión de la incontinencia urinaria en la calidad de vida en mujeres mayores de 45 años en una población de Murcia” obtuvo un porcentaje de incontinencia urinaria del 32%: con una mayor prevalencia de la incontinencia urinaria de esfuerzo expresada en el 20%, presentando una significativa afectación en la calidad de vida, siendo de peor calidad cuando el tipo es de urgencia. Presentaron una mayor repercusión en la subescala de impacto psicosocial, seguida por la de vergüenza social, y finalmente con la de evitar y limitar el comportamiento, datos que coinciden con el tipo de incontinencia urinaria pero contrarios a la subescala ya que en el estudio la subescala con mayor pérdida de calidad de vida es la de impacto psicosocial mientras que en la presente investigación la subescala con mayor pérdida de calidad de vida es la de vergüenza social (73).

#### **4.1. Respuesta a las preguntas de investigación**

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

En este estudio de investigación se caracterizó a la población de estudio en la cual se evidenció que el grupo etario con mayor frecuencia fue los adultos de 36-64 años con un 70%; el 100% de los sujetos de estudio pertenece a la etnia mestiza; y por último según el número de hijos predominan las mujeres multíparas con más de 2 hijos con el 45% del total de la población de estudio.

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

La prevalencia de la incontinencia urinaria en el Antiguo Hospital San Vicente de Paúl y guardería UTN fue del 55%; según los tipos de incontinencia urinaria la IUE fue la más prevalente con un 45%, y la IUU tiene una prevalencia del 10% en la población de estudio.

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

Los resultados del Instrumento para la calidad de vida con incontinencia (I-QOL) reflejaron que el 63,6% de las mujeres con incontinencia urinaria presentan pérdida en su calidad de vida. La subescala con mayor afectación fue la de vergüenza social.

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

Al relacionar los datos del tipo de incontinencia urinaria y la calidad de vida se observó que la subescala con mayor pérdida de calidad de vida es la de vergüenza social en mujeres con IUE, con el 21,22%, y en mujeres con IUU con el 13,50%; en cuanto a evitar y limitar el comportamiento las mujeres con IUE tienen un impacto de 35,56%, y en las mujeres con IUU 28% y la subescala con menor afectación es el impacto psicosocial en mujeres con IUE con 41,78% y en las mujeres con IUU con un 36%.



## **CAPÍTULO V**

### **4. Conclusiones y recomendaciones**

#### **4.1. Conclusiones**

- En la caracterización de la población de estudio se evidenció con mayor frecuencia del grupo etario de adultos; todos los sujetos de estudio pertenecen a la etnia mestiza; y según el número de hijos predominan las mujeres multíparas.
- La prevalencia de la incontinencia urinaria en el Antiguo Hospital San Vicente de Paúl y guardería UTN fue del 55%; según los tipos de incontinencia urinaria la IU de esfuerzo fue la más prevalente con un 45%, y la IU de urgencias se presentó con menor prevalencia, representada por el 10%.
- La evaluación de la calidad de vida en los sujetos de estudio, determinó que la mayoría de las mujeres con incontinencia urinaria presentan afectación en su calidad de vida, siendo la subescala de vergüenza social con mayor afectación.
- Al relacionar el tipo de incontinencia urinaria con las subescalas de calidad de vida, se determinó que, las mujeres con IU de esfuerzo son las que refirieron mayor pérdida de su calidad de vida, en comparación con las mujeres que padecen IU de urgencia; en los dos casos la subescala con mayor pérdida de calidad de vida fue la de vergüenza social

#### **4.2. Recomendaciones**

- Implementar programas de promoción y prevención de la salud por medio centro médico de la Universidad Técnica del Norte dirigida a las mujeres con IU, dando a conocer sus posibles causas y tratamientos para disminuir esta condición.
- Direccionar a las mujeres identificadas con incontinencia urinaria hacia un especialista en el área, el cual pueda dar solución a esta condición a través de las diferentes opciones de tratamiento existentes.
- Replicar de este estudio como modelo para que se implemente en otras instituciones a nivel nacional, y así determinar la prevalencia y afectación de la calidad de vida con incontinencia urinaria, para su posible tratamiento.

## 5. BIBLIOGRAFÍA

1. Indira Castañeda Biart, Jacqueline Del Carmen Martínez Torres, José Ángel García Delgado, Mailiny Ruiz Valdés- Prado. Aspectos epidemiológicos de la incontinencia urinaria en pacientes femeninas de urología y ginecología. Revista Cubana de Urología. 2016 Febrero ;(11).
2. Hunskaar, S., Lose, G., Sykes, D., Voss, S.. The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. 2004; 93(3).
3. Lapitan MC., Chye P.,. The epidemiology of overactive bladder among. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2001; 12(4).
4. Ardila OR. Caracterización clínica de la incontinencia urinaria y factores asociados en usuarias de la Unidad de la Mujer del Centro de Salud Familiar Ultraestación” en la ciudad de Chillán, Chile. Rev Med Chile. 2015; 143.
5. Junqueira Jaqueline Betteloni, Santos Vera Lúcia Conceição de Gouveia. Incontinencia urinaria en pacientes hospitalarios: prevalencia y factores asociados. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018 Enero 8; 25.
6. Cruz Lendínez C, Linares Abad M, Cruz Lendínez J, Calero García J. Incontinencia Urinaria en mujeres de Jaén: Estudio de prevalencia. Index de Enfermería. 2017 junio ; 26(1-2).
7. Carratalá EC. Prólogo. In Carratalá EC. Incontinencia Urinaria Cuestionarios mas frecuentes.; 2005. p. 5-9.
8. Valencia Orgaz. Calidad de vida en la mujer con incontinencia urinaria y papel del profesional sanitario y de la paciente, dentro del marco asistencial de atención primaria en la Comunidad de Madrid. Tesis. Madrid: Universidad Complutense de Madrid , Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia; 2017.
9. Aranda Lozano J, Sierra Labarta R. Incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres: impacto en la calidad de vida tras rehabilitación del suelo pélvico. Arg. de Urol. 2018; 83(2).
10. Cruz Lendínez C, Linares Abad M, Cruz Lendínez J, Calero García J. Incontinencia Urinaria en mujeres de Jaén: Estudio de prevalencia. Index de Enfermería. 2017 junio ; 26(1-2).
11. Blanca Cutillas Arroyo, Julia Reiriz Palacios. Sistema Urinario: Anatomía. enfermera virtual. .

12. Tello Romero G. Sistema Urinario. 2018.
13. Sistema Urinario noviembre: Published; 2013.
14. Segura Grau A, Herzog R, Díaz Rodríguez N, Segura Cabral JM. Ecografía del aparato urinario. Elsevier. 2015 marzo .
15. Echeverría Castro I, Alvarado Mayorga X. Rol educativo de enfermería y su incidencia en la prevención de infecciones de vías urinarias en adolescentes embarazadas en Centro de Salud Trinitaria, octubre 2018 - abril 2019. Tesis. Babahoyo: Universidad Técnica de Babahoyo, Facultad de Ciencias de la Salud; 2018.
16. biológicas c. Ciencias biológicas y educación para la salud. [Online].; 2008 [cited 2013 Agosto 24. Available from: [http://hnnbiol.blogspot.com/2008/01/anatomia-y-fisiologia-del-sistema\\_21.HTML](http://hnnbiol.blogspot.com/2008/01/anatomia-y-fisiologia-del-sistema_21.HTML).
17. Noa Pelier Y, Martínez Torres JdC, García Delgado Á. Factores de riesgo y formas clínicas de disfunciones del suelo pélvico en mujeres de edad mediana. Cubana de Medicina Física y Rehabilitación. 2016.
18. Junqueira Vasconcellos M, de Souza Caroci A, de Paula Batista Mendes E, Guimarães de Oliveira S, Penha Silva F. Disfunciones del suelo pélvico en mujeres primíparas después del parto. electrónica trimestral de Enfermería. 2018 julio .
19. Pérez Rodríguez M, Martínez Torres dC, García Delgado Á, Rodríguez Adams M, Rodríguez Lara H. Disfunción de suelo pélvico y sexual en mujeres. Medicoquir. 2019 marzo-abril.
20. Prieto Andray C, Torres Lacomba M, Navarro Brazález B. Ecografía para la valoración del suelo pélvico femenino. Revisión sistemática. Fisioterapia. 2017; 39(4).
21. Echavarría Restrepo G, Gallego Mejía A, Gómez Londoño M, Merino Correa C. Efectos de las lesiones del sistema nervioso sobre la fisiología de la micción. CES Med. 2019; 33(3).
22. Leñero E, Castro R, Viktrup L, Bump RC. Neurofisiología del tracto urinario inferior. Mexicana de Urología. 2007; 63(3).
23. Castañeda Biart I, Martínez Torres dC, García Delgado Á, Rodríguez Adams M, Pérez Rodríguez M. Aspectos epidemiológicos de la incontinencia urinaria. Cubana de Medicina Física y Rehabilitación. 2016.
24. Trejos Mazariegos. Diagnóstico y abordaje de la Incontinencia Urinaria de esfuerzo en la atención primaria. Médica de Costa Rica y Centroamerica. 2013.
25. León Torres K. INCONTINENCIA URINARIA. Médica de Costa Rica y Centroamerica. 2016.

26. Díez Itza I. Evaluación de la Incontinencia Urinaria de esfuerzo en Primigravidas a término, seguimiento a los 6,12 y 24 meses postparto. Universidad del País Vasco, Especialidades Médico-Quirúrgicas; 2011.
27. Alcántara Montero A. Novedades en el tratamiento médico de la vejiga hiperactiva. *Semergen*. 2015 diciembre; 42(8).
28. Chiang H, Susaeta R, Valdevenito S, Rosenfeld VR, Finsterbusch R. Incontinencia urinaria. *Médica Clínica Las Condes*. 2013 marzo; 24(2).
29. Quintana E, Fajardo V, Rodríguez Antolín J, Aguilera , Martínez Gómez M. Fisiopatología de la incontinencia urinaria femenina. *Salud en Tabasco*. 2009 abril; 15(1).
30. Echavarría Restrepo G, Gallego Mejía A, Gómez Londoño M, Merino Correa C. Efectos de las lesiones del sistema nervioso sobre la fisiología de la micción. *CES Medicina*. 2019 diciembre; 33(3).
31. González De Castro , Condé Rocha S, Silva Fernandes S, Chaves , Hernández Aguirre E, Arrieta De Castro F. Incontinencia urinaria de esfuerzo por deficiencia esfinteriana. *Salud Uninorte*. 2018; 34(3).
32. Descouvieres V C. Piso Pélvico Femenino. *Chilena de Urología*. 2015; 80(2).
33. AYALA AEG. Incontinencia urinaria femenina Diagnóstico, tratamiento y prevención. *Ámbito Farmacéutico Educación sanitaria*. 2008 marzo; 27(3).
34. Robles JE. La incontinencia urinaria. In Robles JE. *Clínica Universitaria de Navarra*. Pamplona ; 2006. p. 219-232.
35. Castañeda Biart , Martínez Torres dC, García Delgado Á, Rodríguez Adams M, Pérez Rodríguez M. Aspectos epidemiológicos de la incontinencia urinaria.Revisión bibliográfica. *Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*. 2016; 8.
36. Sánchez. Políticas sanitarias e igualdad entre mujeres y hombres. *Bioética y Derecho*. 2018.
37. Robles Espinoza I, Rubio Jurado B, De la Rosa Galván V, Nava Zavala H. Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. *medigraphic*. 2016 diciembre; 11(3).
38. Carreño , Fonseca A, Pinto AL, Delgado N, García M. Calidad de vida relacionada con salud e incontinencia urinaria en mujeres con exceso de peso de Bucaramanga, Colombia. *Ciencias de la Salud*. 2015 junio; 13(1).

39. Lostaunau V, Torrejón C, Cassaretto M. Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en mujeres con cáncer de mama. *Actualidades en Psicología*. 2017; 31(122).
40. Cuesta Gómez JL, de la Fuente Anuncibay R, Vidriales Fernández R, Hernández Layna C, Plaza Sanz M, González Bernal J. Bienestar Físico, dimensión clave de la calidad de vida en las personas con autismo. *Revista de Psicología*. 2017.
41. Cervantes Arreola I, Valadez Sierra D, Valdés Cuervo A, Tánori Quintana J. Diferencias en autoeficacia académica, bienestar psicológico y motivación al logro en estudiantes universitarios con alto y bajo desempeño académico. *Psicología desde el Caribe*. 2018; 35(1).
42. Romero Martín MR, Gelpi Fleta P, Mateu Serra M, Lavega Burgués P. Influencia de las prácticas motrices sobre el estado emocional de estudiantes universitarios. *Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*. 2017; 17(67).
43. García Andreu J. Manejo básico del dolor agudo y crónico. *Anestesia en México*. 2017; 29(1).
44. Charia H. Estudio Comparado de la percepción del estado de salud, del dolor crónico y de la imagen corporal en mujeres universitarias Marroquías y Españolas. Tesis. Alicante :, Universidad de Alicante ; 2016.
45. Carreño LM, Fonseca AA, Pinto L, Delgado N, García M. Calidad de vida relacionada con salud e incontinencia urinaria en mujeres con exceso de peso de Bucaramanga, Colombia. *Cienc Salud*. 2015; 13(1).
46. Almudena Ortuño Esparza, M<sup>a</sup> Luisa Mayol Pérez, Delia López Fernández-Delgado, Elena Peñalver Pérez, María Sierra Sánchez. Un estudio sobre la incontinencia urinaria femenina y la afectación en la calidad de vida. 19th ed. Murcia; 2013.
47. Geanini Yagüez A, Fernández Cuadros ME, Nieto Blasco J, Ciprián Nieto D, Oliveros Escudero B, Lorenzo Gómez MF. EMG-biofeedback en el tratamiento de la incontinencia urinaria y calidad de vida. *Rehabilitación*. 2014; 48(1).
48. Asamblea constituyente. Constitución de la república del Ecuador; 2011.
49. Mera JL. Plan Nacional de Desarrollo : Toda una vida ; 2017.
50. Sousa D, Driessnack M, Costa Mendes A. Revisión de diseños de investigación resalanttes para Enfermería. Parte 1: Diseños de INvestigación cuantitativa. *Latino-am Enfermagem*. 2007 junio; 15(3).
51. Rodríguez M, Mendivelso F. Diseño de Investigación de corte transversal. *Medica Sanitas*. 2018; 21(3).

52. Fajardo Gutiérrez A. Medición en epidemiología: prevalencia, incidencia, riesgo, medidas de impacto. Alergia México. 2017; 64(1).
53. López N, Sandoval. Método y técnicas de investigación cuantitativa y cualitativa. Sistema de Universidad Virtual. .
54. Izcara Palacios P. Manual de Investigación Cualitativa; 2014.
55. Española RA. Diccionario de la Lengua Española. 23rd ed. Madrid, España ; 2014.
56. Estadística IVde. Eustat. [Online].; 2015. Available from: [www.eustat.eus/comun/gSearch.aspx?cx=014140064813943033481%3A9hg83rme6iw&cof=FORID%3A9&ie=ISO+8859-1&hl=es&q=numero+de+hijos](http://www.eustat.eus/comun/gSearch.aspx?cx=014140064813943033481%3A9hg83rme6iw&cof=FORID%3A9&ie=ISO+8859-1&hl=es&q=numero+de+hijos).
57. Robles JE. La Incontinencia Urinaria. An. Sist. Sanit. Navar. 2006 Feb; 29(2).
58. Abreu JL. Análisis al Método de la Investigación. 2015 Apr; 10(1).
59. Ibáñez Peinado J. Métodos, técnicas e instrumentos de la investigación criminológica. In Ibáñez Peinado J. Métodos, técnicas e instrumentos de la investigación criminológica.: Dikynson; 2015. p. 608.
60. Gómez Luna E, Navas F, Aponte Mayor G, Betancourt Buitrago A. Metodología para la revisión bibliográfica y la gestión de información de temas científicos, a través de su estructuración y sistematización. DYNA. 2014 abril; 81(184).
61. Arias G. El proyecto de Investifación. Introducción a la metodología científica. 6th ed. Venezuela : Episteme; 2012.
62. Busquets C M, Serra T R. Validación del cuestionario International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form (ICIQ-SF) en una población chilena usuaria del Fondo Nacional de Salud (FONASA). Med Chile. 2012; 140.
63. Montoya Verdesoto G. Incidencia de la Incontinencia Urinaria en deportistas. Tesis. Ambato: Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud; 2016.
64. Ortuño Esparza A, Mayol Pérez L, López Fernández Delgado D, Peñalver Pérez E, Sierra Sánchez M. Un estudio sobre la incontinencia urinaria femenina y la afectación en la calidad de vida. Paraninfo Digital. 2013;(19).
65. Musibay R, Borges Sandrino S. Cuestionarios de calidad de vida en las mujeres con disfunciones del suelo pélvico. Cubana Obstet Ginecol. 2016 septiembre; 42(3).
66. Pineda P L, Rodríguez G X. La asignacion del presupuesto participativo para grupos vulnerables y su incidencia en el desarrollo socioeconómico de las mujeres del cantón Ibarra para el período 2008-2012. Tesis. Ibarra: Universidad Técnica del Norte, Facultad de ciencias administrativas y económicas ; 2014.

67. INEC. Fascículo de Imbabura INEC; 2010.
68. Soni-Trinidad C, Gutiérrez Mateos A, Santa Rosa Moreno J, Reyes Aguilar A. Morbilidad y mortalidad materna y factores de riesgo asociados con una urgencia obstétrica. *Ginecol Obstet Mex.* 2015.
69. Díaz Ramírez F, Fuentes Díaz M, Rivadeneira Rozas A, Acuña Pinto L. Prevalencia de incontinencia urinaria en el posparto. *Cubana de Obstetricia y Ginecología.* 2017; 43(2).
70. Martín Tuda C, Carnero Fernández. Prevalencia y factores asociados a incontinencia urinaria en el área. *Enfermería Global.* 2019; 19(1).
71. Martínez Córcoles , Salinas Sánchez , Giménez Bachs , Donate Moreno , Pastor Navarro , Virseda Rodríguez. Calidad de vida en las pacientes con incontinencia urinaria. *Actas Urol Esp.* 2008; 32(2).
72. 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.* 2019 septiembre; 53.
73. Ortuño Esparza , Lozano Alcaraz C. Repercusión de la incontinencia urinaria en la calidad de vida en mujeres mayores de 45 años en una población de Murcia. *Dialnet.* 2014 septiembre;(127).
74. Chiang M, Susaeta C, Valdevenito SR, Rosenfeld VR, Finsterbusch RC. Incontinencia urinaria. *Médica Clínica las Condes.* 2013 marzo; 24(2).



## ANEXOS

### Anexo 1. Consentimiento Informado

#### PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

**TEMA:** INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAL FEMENINO DEL HOSPITAL ANTIGUO SAN VICENTE DE PAÚL Y GUARDERÍA UTN, UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE, 2019.

#### DETALLE DE PROCEDIMIENTOS:

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

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

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

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

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

## **DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE**

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

En prueba de conformidad firmo este documento.

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

## Anexo 2. Cuestionario sociodemográfico

### CUESTIONARIO SOBRE ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS.

Fecha: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ ETNIA \_\_\_\_\_

PESO \_\_\_\_\_ TALLA \_\_\_\_\_ IMC \_\_\_\_\_

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

TRABAJA A TIEMPO COMPLETO \_\_\_\_\_ TRABAJA MEDIA  
JORNADA \_\_\_\_\_

JUBILADA \_\_\_\_\_ ESTUDIANTE \_\_\_\_\_

DESEMPLEADA \_\_\_\_\_ OTROS, ESPECIFICAR \_\_\_\_\_

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

¿TIENE HIJOS?

SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

EN CASO DE RESPONDER SI, ESPECIFIQUE CUANTOS \_\_\_\_\_

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

SIN ESTUDIOS \_\_\_\_\_

ESTUDIOS PRIMARIOS \_\_\_\_\_

BACHILLER \_\_\_\_\_

ESTUDIOS UNIVERSITARIOS \_\_\_\_\_

ESTUDIOS DE CUARTO NIVEL \_\_\_\_\_

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

#### CUESTIONARIO DE INCONTINENCIA URINARIA (ICIQ-IU-SF)

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

Se considera diagnóstico de IU cualquier puntuación superior a cero

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

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

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

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

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

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

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

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

**Fuente:** Ortuño A, Lozano C. Repercusión de la incontinencia urinaria en la calidad de vida en mujeres mayores de 45 años en una población de Murcia. *Enfuro*. 2014 ;( 127):20–3.

#### Anexo 4. Cuestionario para la calidad de vida (I-QOL)

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

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

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

**Fuente:** Chen G, Tan JT, Ng K, Iezzi A, Richardson J. Mapping of Incontinence Quality of Life (I-QOL) scores to Assessment of Quality of Life 8D (AQoL-8D) utilities in patients with idiopathic overactive bladder. Health Qual Life Outcomes. 2014 Dec 30; 12(1):133.

**Anexo 5. Evidencias fotográficas**

**Fotografía 1**



**Autor:** Evelyn Padilla

**Descripción:** aplicación del test (I-QOL)

**Fotografía 2**



**Autor:** Evelyn Padilla

**Descripción:** aplicación del test (ICIQ-IU-SF)

### Fotografía 3



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. [REDACTED]....., 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 11 de Oct. del 2019..

#### 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".

**Descripción:** Consentimiento informado



## Fotografía 4

### CUESTIONARIO SOBRE ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS.

Fecha: 17-06-19

Paciente: \_\_\_\_\_

EDAD 43 ETNIA \_\_\_\_\_

PESO 60kg TALLA 1,52cm IMC \_\_\_\_\_

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

TRABAJA A TIEMPO COMPLETO  TRABAJA MEDIA JORNADA \_\_\_\_\_

JUBILADA \_\_\_\_\_ ESTUDIANTE \_\_\_\_\_

DESEMPLEADA \_\_\_\_\_ OTROS, ESPECIFICAR \_\_\_\_\_

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

¿TIENE HIJOS?

SÍ  NO \_\_\_\_\_

EN CASO DE RESPONDER SI, ESPECIFIQUE CUANTOS \_\_\_\_\_

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

SIN ESTUDIOS \_\_\_\_\_

ESTUDIOS PRIMARIOS \_\_\_\_\_

BACHILLER \_\_\_\_\_

ESTUDIOS UNIVERSITARIOS  \_\_\_\_\_

ESTUDIOS DE CUARTO NIVEL \_\_\_\_\_

**Descripción:** Ficha sociodemográfica

## Fotografía 5



### CUESTIONARIO DE INCONTINENCIA URINARIA (ICIQ-IU-SF)

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

Se considera diagnóstico de IU cualquier puntuación superior a cero

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

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

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

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

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

1 ② 3 4 5 6 7 8 9 10	
Nada	Mucho

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

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

**Autor:** Internacional Continence Society

**Descripción:** Cuestionario ICIQ-IU-SF

## Fotografía 6

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

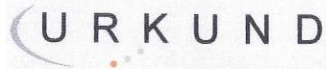
Contestación de cada pregunta: 1-mucho, 2-bastante, 3-moderadamente, 4-un poco, 5-en absoluto.

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

**Autor:** Wagner y Patrick

**Descripción:** Cuestionario ICIQ-IU-SF

## Anexo 6. Urkund



### Urkund Analysis Result

Analysed Document: PADILLA BOLAÑOS EVELYN ARACELY.docx (D64843451)  
Submitted: 3/4/2020 5:30:00 PM  
Submitted By: padillaevelyn2@gmail.com  
Significance: 11 %

#### Sources included in the report:

Tesis CARLOS GUERRA.docx (D64073292)  
TESIS FINAL MATEO ALEJANDRO SOTOMAYOR VITERI.docx (D63804652)  
Lucia Barahona - sin scan.docx (D63060003)  
TESIS-JAMILETH-ARTEAGA SANTACRUZ.docx (D64023448)  
Pamela Navarrete.docx (D60637224)  
TESIS INCONTINENCIA URINARIA Camila Leon.docx (D64062114)  
JACOME ABIGAIL TESIS (2).docx (D64023190)  
ROSERO ERIKA TESIS.docx (D64108286) TESIS-  
VALENCIA MISHEL.docx (D64023462) tesis-  
Esteban Mora.docx (D63059866) Sammyr Guerrero  
V.docx (D64428689)  
<https://docplayer.es/125679567-Avances-de-investigacion-en-salud.html>  
[https://www.aeu.es/UserFiles/IncontinenciaUrinariaInterna\\_rev\(1\).pdf](https://www.aeu.es/UserFiles/IncontinenciaUrinariaInterna_rev(1).pdf) <https://docplayer.es/80444506-Incontinencia-urinaria-enfoque-terapia-fisica.html> Instances where selected sources appear: 47

Lic. Cristian Santiago Torres Andrade MSc.

**C.I.:** 1003649686