



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

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

TEMA: INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES
ADULTAS MAYORES QUE RESIDEN EN LA FUNDACIÓN MANOS AMIGAS,
DE LA PROVINCIA DE IMBABURA 2019

AUTOR: Cazar Chamorro Alex Geovanny

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

IBARRA-ECUADOR 2019-2020

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS

Yo, Lic. Cristian Santiago Torres Andrade MSc. en calidad de tutor de la tesis titulada: “Incontinencia urinaria y calidad de vida en mujeres adultas mayores que residen en la Fundación Manos Amigas, de la Provincia de Imbabura 2019”, de autoría de Cazar Chamorro Alex Geovanny. 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 del 2020

Lo certifico:

(Firma) 

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:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	1004168 09-0		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Cazar Chamorro Alex Geovanny		
DIRECCIÓN:	Otavalo-Barrio los Pinos-calle Simón Bolívar		
EMAIL:	alexfloyd1@outlook.com		
TELÉFONO FIJO:	2935159	TELÉFONO MÓVIL:	0979046172

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	“INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES ADULTAS MAYORES QUE RESIDEN EN LA FUNDACIÓN MANOS AMIGAS, DE LA PROVINCIA DE IMBABURA 2019”
AUTOR (ES):	Cazar Chamorro Alex Geovanny
FECHA: DD/MM/AAAA	03/02/2020
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO
TITULO POR EL QUE OPTA:	Licenciatura en Terapia Física
ASESOR /DIRECTOR:	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.

Ibarra, a los 26 días del mes de febrero del 2020

EL AUTOR:



Cazar Chamorro Alex Geovanny

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCS – UTN

Fecha: Ibarra, 03 de febrero del 2020

Cazar Chamorro Alex Geovanny “INCONTINENCIA URINARIA EN LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES ADULTAS MAYORES QUE RESIDEN EN LA FUNDACIÓN MANOS AMIGAS”/Trabajo de Grado Licenciado en Terapia Física Médica. Universidad Técnica del Norte.

DIRECTORA: Lic. Cristian Santiago Torres Andrade MSc.

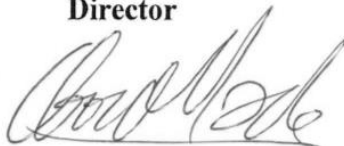
El principal objetivo de la presente investigación fue, Determinar la prevalencia de la Incontinencia Urinaria y su efecto en la calidad de Vida de las mujeres geriátricas de la Fundación Manos Amigas en Otavalo. Entre los objetivos específicos se encuentran: caracterizar socio demográficamente la población 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 y por ultimo Relacionar los tipos de Incontinencia Urinaria, con las sub escalas de la Calidad de Vida

Fecha: Ibarra, 26 de febrero de 2020



.....
Lic. Cristian Santiago Torres Andrade MSc.

Director



.....
Cazar Chamorro Alex Geovanny

Autor

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado a los motores fundamentales y fuente de inspiración, mi Padre Lic. Pablo Cazar y hermanos Erick Cazar Y Alan Cazar por brindarme la oportunidad incondicional al formar parte de sus vidas ya que gracias a sus buenos consejos fue posible culminar mi formación académica en la Universidad

Cazar Alex

AGRADECIMIENTO

A los docentes de la Universidad Técnica del Norte por confiar en mí y tener la paciencia de enseñarme durante toda mi trayectoria de estudiante al brindarme sus enseñanzas y experiencias académicas sin esperar nada a cambio

Al Lic. Lic. Cristian Santiago Torres Andrade MSc. quien me apoyo para la elaboración de este proyecto con sus tutorías para concluir este trabajo.

Cazar Alex

TEMA:

“Incontinencia urinaria y calidad de vida en mujeres adultas mayores que residen en la Fundación Manos Amigas, de la provincia de Imbabura 2019”

ÍNDICE GENERAL

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS.....	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN.....	iii
A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	iii
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO.....	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE GENERAL	ix
ÍNDICE DE TABLAS	xiii
RESUMEN.....	xiv
ABSTRACT	xv
1. Problema de investigación	1
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación del problema.....	3
1.3. Justificación.....	4
1.4. Objetivos.....	5
1.4.1. Objetivo general	5
1.4.2. Objetivos específicos	5
1.5. Preguntas de investigación.....	5
CAPITULO II	6
2. Marco teórico	6
2.1. Sistema Urinario	6
2.2. Anatomía del suelo pélvico	7
2.2.1. Osteología	7
2.2.2. Miología.....	8
2.2.3. Órganos internos.....	9
2.3. Fisiología de la micción.....	10

2.3.1. Control nervioso de las vías urinarias inferiores	12
2.4. Incontinencia urinaria (IU)	13
2.5. Fisiopatología de la Incontinencia Urinaria.....	13
2.5.1. Clasificación de la disfunción vesical neuropática.....	15
2.5.2. Mecanismos esfinterianos en las mujeres	17
2.5.3. Mecanismos de sostén del suelo pélvico	17
2.6. Clasificación de la Incontinencia Urinaria (IU).....	18
2.6.1. Incontinencia Urinaria de Urgencia.....	18
2.6.2. Incontinencia Urinaria de Esfuerzo o Estrés.....	18
2.6.3. Incontinencia Urinaria Mixta	18
2.6.4. Enuresis nocturna.	19
2.6.5. Incontinencia Urinaria de Rebosamiento o Reflujo	19
2.6.6. Nicturia	19
2.7. Factores de riesgo.....	20
2.8. Mujer y salud	21
2.9. Salud y calidad de vida CV.....	22
2.9.1. Calidad de vida.....	22
2.9.2. Calidad de Vida relacionada con Salud	22
2.9.3. Aspectos de la Calidad de Vida relacionada con Salud.....	23
2.9.4. Calidad de vida en relación a la Incontinencia Urinaria (IU)	24
2.10. Evaluación de la incontinencia urinaria y calidad de vida	24
2.11. Instrumentos para medir la calidad de vida	25
2.11.1. Incontinencia urinaria ICIQ-IU-SF	25
2.11.2. Incontinence Quality of Life Instrument (I-QOL).....	25
2.12. Marco legal y ético.....	26
CAPÍTULO III.....	31
3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	31

3.1. Diseño de la investigación	31
3.2. Tipo de la investigación.....	31
3.3. Localización y ubicación del estudio.	32
3.4. Población de estudio.....	32
3.4.1. Criterios de inclusión.....	32
3.4.2. Criterios de exclusión	32
3.4.3. Criterios de salida	33
3.5. Operacionalización de variables.	34
3.5.1. Variables de caracterización	34
3.5.2. Variables de interés	35
3.6. Métodos y técnicas de recolección de información	36
3.6.1. Métodos de recolección de datos.....	36
3.6.2. Métodos empíricos	36
3.7. Métodos de recolección de Información	36
3.7.1. Técnicas e instrumentos de investigación.....	37
3.8. Validez de instrumentos	37
3.8.1. Cuestionario de Incontinencia Urinaria (ICIQ-IU-SF).....	37
3.8.2. Instrumento para la calidad de vida con Incontinencia (I-QOL)	38
CAPITULO IV	39
4. Análisis y discusión de los datos.....	39
4.1. Análisis de datos.	39
4.2. Respuesta a las preguntas de investigación	47
5. Conclusiones y Recomendaciones.	49
5.1. Conclusiones	49
5.2. Recomendaciones.....	50
BIBLIOGRAFÍA	51
ANEXOS	59
Anexo 1. Autorización de la Fundación Manos Amigas	59

Anexo 2. Consentimiento Informado	60
Anexo 3. Cuestionario sobre los Aspectos Sociodemográficos.....	62
Anexo 4. Cuestionario de Incontinencia Urinaria ICIQ-IU-SF.....	63
Anexo 5. Instrumento para la calidad de vida con incontinencia (I-QOL).	64
Anexo 6. Evidencia Fotográfica.....	65
Anexo 7 Urkund.....	66

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Caracterización de la población según edad	39
Tabla 2 Caracterización de la población según etnia.....	40
Tabla 3 Caracterización de la población según número de hijos	41
Tabla 4 Prevalencia puntual de incontinencia urinaria	42
Tabla 5 Prevalencia de la incontinencia urinaria según tipos	42
Tabla 6 Evaluación de la calidad de vida en función de la incontinencia urinaria.....	44
Tabla 7 Evaluación de la calidad de vida según sub escalasI QOL test	45
Tabla 8 Relación entre tipos de incontinencia urinaria y puntuaciones de las sub escalas de calidad de vida	46

INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES ADULTAS MAYORES QUE RESIDEN EN LA FUNDACIÓN MANOS AMIGAS, DE LA PROVINCIA DE IMBABURA 2019

Autor: Cazar Chamorro Alex Geovanny
Correo institucional: agcazar@utn.edu.ec

RESUMEN

La incontinencia urinaria es toda pérdida involuntaria de orina considerada como una manifestación sintomática de las alteraciones funcionales del complejo vésico esfinteriano. El objetivo de la investigación fue determinar la prevalencia de la Incontinencia Urinaria y su efecto en la Calidad de Vida de las mujeres geriátricas de la Fundación Manos Amigas en Otavalo. La metodología fue de tipo cuali-cuantitativo no-experimental, de corte transversal, descriptivo y epidemiológico de prevalencia puntual, se utilizó el cuestionario de Incontinencia Urinaria (ICIQ-IU-SF) International Consultation on Incontinence questionnaire short form y el instrumento para la calidad de vida con incontinencia (I-QOL) Incontinence Quality of life Questionnaire. Los resultados indican que se encontró con mayor frecuencia mujeres geriátricas entre 75-84 años, la mayoría pertenece a la etnia mestiza y son multíparas. La prevalencia de la incontinencia urinaria fue del 42.8 %, siendo la incontinencia urinaria de esfuerzo la más prevalente con el 22.85 %, seguido de IU Mixta con 11.42 % y finalmente IU Urgencia con 8.5 %. Además el 93 % de quienes presentaron incontinencia urinaria, reflejaron afectación en su la calidad de vida y la sub escala con mayor afectación fue la de vergüenza social. El tipo de incontinencia urinaria de esfuerzo presentó mayor afectación principalmente en la sub escala de vergüenza social. En conclusión, la prevalencia de incontinencia urinaria se presentó en casi la mitad de la población de estudio con 42.8 %, las mujeres que presentaron esta condición, vieron afectada su calidad de vida.

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

URINARY INCONTINENCE AND QUALITY OF LIFE IN ELDERLY WOMEN
RESIDING IN THE MANOS AMIGAS FOUNDATION, IN THE PROVINCE OF
IMBABURA 2019

Author: Chamorro Alex Geovanny Cazar
Institutional mail: agcazar@utn.edu.ec

ABSTRACT

URINARY INCONTINENCE AND QUALITY OF LIFE IN ELDERLY WOMEN
RESIDING AT MANOS AMIGAS FOUNDATION, IN THE PROVINCE OF
IMBABURA, 2019

Author: Chamorro Alex Geovanny Cazar
mail: agcazar@utn.edu.ec

Urinary incontinence Is all involuntary loss of urine considered as a symptomatic manifestation of the functional alterations of the sphincteric vesic complex. The objective of the investigation was to determine the prevalence of Urinary Incontinence and its effect on the Quality of Life of geriatric women at Manos Amigas Foundation in Otavalo. The methodology was non-experimental qualitative-quantitative, cross-sectional, descriptive and epidemiological type of punctual prevalence. The Urinary Incontinence Questionnaire (ICIQ-IU-SF) International Consultation on Incontinence questionnaire short form and the instrument for a quality of life with incontinence (I-QOL) Incontinence Quality of life Questionnaire. The results indicate that geriatric women between 75-84 years old were most frequently found, the majority belong to the mestizo ethnic group and are multiparous. The prevalence of urinary incontinence was 42.8%, with stress urinary incontinence being the most prevalent with 22.85%, followed by Mixed UI with 11.42% and finally Urinary UI with 8.5%. In addition, 93% of those who presented urinary incontinence, reflected impairment in their quality of life and the sub-scale with the greatest affectation was social shame. The type of stress urinary incontinence showed greater involvement mainly in the social shame sub-scale. In conclusion, the prevalence of urinary incontinence occurred in almost half of the study population, women who presented this condition, were affected in their quality of life.

Keywords: Quality of life, Urinary incontinence, elderly, prevalence, epidemiological.



CAPITULO I

1. Problema de investigación

1.1. Planteamiento del problema.

La incontinencia urinaria según la Sociedad Internacional de Continencia (SIC) se considera como la pérdida involuntaria de orina o pérdida del control de la micción al menos seis ocasiones durante el año, se clasifica en tres tipos de incontinencia Urgencia, Esfuerzo y mixta, además a medida que la población envejece, aumenta su severidad a causa de la disminución de tono muscular del suelo pélvico, aumentando las posibilidades de desarrollar incontinencia urinaria (1).

Según la (OMS) Organización mundial de la salud se estima que unos 200 millones de personas sufren de incontinencia urinaria, independientemente de la edad y del sexo, además considerada como un problema médico y social, con afectación en la calidad de vida (2).

La prevalencia a nivel Global, según los estudios Internacionales existe un elevado índice significativo de pacientes con Incontinencia Urinaria, mayor impacto en mujeres de edad avanzada las tasas de prevalencia alcanzan el 29,4% (del 26,7% al 36,3% para las mujeres y del 6,4% al 17% para los hombres, también es la segunda causa de internamiento en asilos en todo el mundo (3).

En España la Incontinencia Urinaria es considerada como el problema geriátrico más común y genera un elevado gasto económico de 262 euros cada año por paciente, el coste económico de Incontinencia Urinaria en los países desarrollados supone el 2% del presupuesto, el cual el 90% lo justifica el uso de accesorios como productos absorbentes (4).

La Incontinencia Urinaria constituye en realidad un problema de gran impacto en la población geriátrica, debido al bajo índice de consultas sanitarias, la incontinencia no es muy valorada y por eso existe escasa demanda de recursos sanitarios y tan solo un pequeño porcentaje acuden a centros de atención primaria en busca de ayuda sanitaria el cual no todos reciben asistencia o asesoramiento (5).

Solo en EE.UU. los grandes fabricantes transformaron las industrias pañaleras en un problema negativo y frente a la demanda mundial de productos absorbentes, existe una elevada huella ecológica con impacto sobre el planeta por la creación de 800 pañales/Min con un total de (18.000 millones al año) el mismo que se suma a las toneladas de basura que no son amigable con el medio ambiente, sin incluir consultas médicas ni fármacos (6).

la prevalencia de la incontinencia urinaria en Europa identifico tasas que van desde 13 al 70 %, en España las mujeres presentan mayor prevalencia 15 % que en hombres 11 %, en Holanda, en personas mayores de 65 años se encontró una prevalencia del 46% de este porcentaje el 29.1 % hombres y el 70.9 % mujeres. En Estados Unidos las mujeres presentan una prevalencia más alta 51.1% que los hombres 13.9%. Con respecto a la raza, las mujeres negras No-Hispánicas tuvieron una prevalencia estandarizada más baja de 44.3%. En Quito, se realizó un estudio sobre la Prevalencia de la incontinencia urinaria en mujeres de 45-65 años en el Hospital Padre Carollo que fue del 5.07 % y el tipo de IU más frecuente fue de esfuerzo (7).

Mientras que en los diferentes asilos de la provincia de Imbabura no existen datos que identifiquen a la incontinencia urinaria, tampoco se ha evaluado la afectación que puede provocar en la calidad de vida de quienes la padecen.

1.2. Formulación del problema.

¿Cómo afecta la incontinencia urinaria en la calidad de vida de las mujeres geriátricas que residen en la Fundación Manos Amigas de la provincia de Imbabura 2019?

1.3. Justificación.

La presente investigación se desarrolló en la Fundación Manos Amigas en Otavalo con la finalidad de conocer la prevalencia de Incontinencia Urinaria y si ésta afecta la Calidad de Vida, como lo demuestran varios estudios a nivel mundial.

Para realizar esta investigación se contó con la autorización por parte de la coordinadora de la Fundación Manos Amigas, al igual que la participación de los sujetos de estudio a través de la firma del consentimiento informado y la participación del investigador capacitado en el tema.

Este aporte es de mucha ayuda para futuras investigaciones, ya que una vez diagnosticada la incontinencia, se puede intervenir a futuro mediante tratamientos que den solución a la incontinencia urinaria y disminuir el impacto en la calidad de vida

La investigación fue factible ya que se contó con recursos bibliográficos, económicos y tecnológicos además de los instrumentos validados usados como herramienta para la recolección de información necesaria para el desarrollo de esta investigación.

La trascendencia social de la investigación radica en identificar la afectación de la calidad de vida en la población estudiada. Si se logra dar solución a la Incontinencia Urinaria a futuro, se podrían revertir los problemas económico, ecológico e higiénico y de afectación de la calidad de vida de las mujeres identificadas con incontinencia urinaria.

Los beneficiarios directos son las mujeres geriátricas residentes de la Fundación y el investigador o autor del tema, quien obtendría su el título de Tercer Nivel en la Carrera de Terapia Física y Médica a través de elaboración de la presente investigación y como beneficiarios indirectos está la institución “Fundación Manos Amigas” al igual que La Universidad Técnica del Norte, ya que gracias a esta investigación se contribuye con el crecimiento académico de la institución.

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 geriátricas que residen en la Fundación Manos Amigas de la provincia de Imbabura 2019.

1.4.2. Objetivos específicos

- Caracterizar socio demográficamente la población de estudio.
- Establecer la prevalencia de la Incontinencia Urinaria y sus tipos
- Evaluar la calidad de vida en función de la Incontinencia Urinaria, de la población 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 la población de estudio?
- ¿Cuál es la relación del tipo de Incontinencia Urinaria con las sub escalas de la Calidad de Vida?

CAPITULO II

2. Marco teórico

2.1. Sistema Urinario

Es un conjunto de órganos que cumplen funciones como la producción y excreción de la orina, es decir, que se encarga de separar de la sangre aquellos productos resultantes de la actividad celular que no son aprovechadas por el organismo, esta acumulación perjudica la salud ya que son residuos que pasan a través de los uréteres hasta la vejiga de manera continua, una vez almacenada en la vejiga, esta orina pasa por la uretra hacia el exterior del organismo, de tal manera que se produce la relajación involuntaria del esfínter entre la vejiga y uretra, además de la apertura voluntaria del esfínter uretral (8).

El aparato urinario tanto en el hombre como en la mujer las vías urinarias están conformadas por: uréteres, vejiga u la uretra, básicamente es igual con excepción de que el diámetro de la uretra varia, ya que en el hombre es más larga ya que continua a través del pene, mientras que en la mujer es más corta y se abre en la vulva, además en el hombre cumple la función urinaria y genital y en la mujer solo urinaria (8).

Cada riñón contiene numerosos túbulos diminutos que se vacían en una cavidad drenada por el uréter, cada uno de los túbulos recibe un filtrado de la sangre desde un lecho capilar llamados glomérulo, el filtrado es modificado a medida que pasa a través de las diferentes regiones del túbulo y de esta forma se convierte en orina (8).

El control de la micción se da gracias a numerosas uniones comunicantes (sinapsis eléctrica), interconectan sus células de musculo liso de manera que los potenciales de acción se propagan de célula a célula, el estímulo principal del vaciamiento vesical es la acetilcolina liberada por los axones parasimpáticos el cual estimula a los receptores muscarinicos del musculo detrusor (8).

Dos esfínteres musculares circulan la uretra, el esfínter superior, compuesto por musculo liso llamado esfínter uretral interno; el esfínter inferior compuesto de musculo

esquelético voluntario llamado esfínter uretral externo. Las acciones de tales esfínteres son las de regular la emisión de orina, la que también se le conoce como micción (8).

2.2. Anatomía del suelo pélvico

2.2.1. Osteología

La pelvis está conformada por el sacro, ilion e isquion, el cual dan lugar a centros de osificación iliaco, isquiático y pubiano en el acetábulo. El isquion y el pubis se unen y forman el foramen y el obturador. Existe una pelvis mayor en forma de cuenco, constituida por las fosas iliacas y está en contacto con los contenidos intraperitoneales, y la pelvis menor, de forma circular y en contacto con los órganos urogenitales, la pelvis mayor y menor está separadas por la línea arcuata, que se extiende desde el promontorio sacro hasta la línea pectínea del pubis (9).

Los reparos anatómicos palpables, son las espinas iliacas anteriores y posteriores, las crestas iliacas, las espinas púbicas y las tuberosidades isquiáticas. El ligamento sacroespinoso estabiliza la articulación sacroiliaca por medio de la fijación del promontorio sacro de modo que no rote en dirección inferior. El ligamento de Cooper (pectíneo) se localiza sobre la línea pectínea. Las espinas ciáticas se palpan por vía transvaginal y se unen al ligamento sacroespinoso y al diafragma pelviano, que separa los forámenes ciático mayor y menor, junto con el ligamento sacrotuberoso, La articulación sacroiliaca, que es de tipo sinovial, obtiene resistencia adicional gracias al ligamento anterior y posterior. Las fracturas son frecuentes en el pubis en la porción más delgada, sus fragmentos pueden lesionar la vejiga, uretra y vagina (9).

Fascia de la pelvis, está compuesta por músculo liso, colágeno y tejido elástico, el cual cumple función de soporte de las vísceras pelvianas. Las fascias pelvianas se continúan con retroperitoneales que poseen estratos externo intermedio e interno. El estrato externo o fascia endopelvica, tapiza la superficie interna de los músculos de la pelvis y se continua con la fascia transversal del abdomen, este se fija en la línea arcuata de la pelvis, al lig. de Cooper y lig. sacroespinoso, ala espina ciática y al arco tendinoso del elevador del ano. El estrato intermedio tapiza las vísceras pelvianas en una capa adiposa, se adapta a sus volúmenes variables para desplazar sus tejidos con facilidad

y mostrar los espacios potenciales retropubico, paravesical, retrogenital y retrorrectal. El estrato interno está a lo largo del tubo digestivo y cubre el recto y cúpula de la vejiga y forma el tabique rectovaginal, que se extiende entre el recto y los genitales internos hasta el suelo de la pelvis (9).

Circulación pelviana, en la bifurcación de la aorta se origina la arteria sacra media: el cual se divide en dos ramas importantes. Rama iliaca interna: a su vez se dividen en art. epigástrica inferior e irriga el (musculo recto abdominal y piel y fascia suprayacente). De la Art. epigástrica inferior se origina la art. iliaca circunflexa profunda, art púbica y cremasterica, el cual irrigan al ligamento inguinal y estructuras laterales y medas circundantes además del conducto deferente (9).

Rama iliaca externa: del tronco posterior dan origen a la art. glútea superior (m. glúteo y piel), art. lumbar ascendente (mm Psoas, cuadrado lumbar), art. sacra lateral (mm sacro), art. vesical superior (vejiga, uréter, conducto deferente), art. rectal media (recto uréter y vejiga), art. vesical inferior uterina (vejiga, próstata, uréter), art. pudenda interna obturatriz (mm aductores y piel) y la art. glútea inferior (mm. Glúteos y piel) (9).

Los nervios somáticos del hipogastrio y la pelvis son: N. pudendo s2, s3, s4 inervación motora de los elevadores del ano, mm del diafragma urogenital, los esfínteres anal y uretral estriados y sensibilidad para el periné, el escroto y pene. N. eferentes somáticos pelvianos de origen s2, s3, s4. Inervación motora de los elevadores del ano y el esfínter uretral estriado. N. nervio cutáneo de origen s2, s3, s4. Posee fibras simpáticas de la medula sacra para las vísceras pelvianas (9).

2.2.2. Miología

El piso pélvico o diafragma tiene la forma de una hamaca o embudo, Existen 3 planos musculares (mm) del periné, el profundo, medio y superficial, el plano profundo o diafragmático pélvico constituidos por los mm coccígeo y elevador del ano, este a su vez está formado por 3 haces el puborrectal, pubococcigeo e iliococcigeo, el plano medio o diafragmático urogenital, formado por los mm esfínter uretral y el transverso profundo del periné y por último el plano superficial o mm perineales, que son 4 el

isquiocavernoso, bulbo esponjoso, transverso superficial del periné y esfínter externo del ano (10).

2.2.3. Órganos internos

2.2.3.1. Riñón

Es un órgano par rojizo pardo, en forma de frejol, tamaño de un puño de 8 a 10 cm y pesa 150 g, localizado en la parte posterior del abdomen, a nivel de la última costilla y detrás del peritoneo renal, envueltos en tejido fibro-adiposo la celda perineal, parte central deprimida por el hilio, la sangre es purificada por la expulsión de desechos líquidos, llamada urea, siendo esta una sustancia orgánica tóxica que se transporta en la circulación sanguínea hacia los riñones y se elimina a manera de orina junto con el agua y otros desechos, pasando por un filtro formado por órganos llamados glomérulos renales de Malpighi (11).

2.2.3.2. Uréter

Son conductos de 25 cm que se desarrollan del botón uretral al igual que los túbulos colectores, pelvis renal, desplazan la orina desde la pelvis renal hasta la vejiga, poseen una capa externa serosa, una intermedia muscular y una interna mucosa, sus trayectos son lumbares, iliacos tanto pelvianas como vesicales, formando un canal retorcido en S, que se abre hacia el ducto mesonefrico. Proviene del mesonefro de Wolff paralelamente al mesonefro de Müller, Irrigación en u porción superior la art. renal e inferior de la art. esplénica y vesical, detrás del riñón las venas forman un plexo venoso retro pélvico y se inervan del plexo renal espermático e hipogástrico (12).

2.2.3.3. Vejiga

Es un órgano musculo membranosos de almacena de orina, que viene del riñón a través del uréter, forma de bolsa ovoide y globulosa en el adulto, situado en la excavación pelviana detrás del pubis posee una base, en relación a la próstata o útero y en su interior hay el triángulo vesical con 3 orificios (uréteres hacia atrás) y (uretra hacia delante) un vértice donde nace un lig. Umbilical medio y un cuerpo, la pared vesical presenta 3 túnicas; externa o serosa, media o muscular y externa o mucosa, la vejiga

cuando sentimos deseo de orinar es de 20 a 300 cc y la capacidad máxima cuando el esfínter pierde su resistencia es 300 a 400cc (13).

2.2.3.4. Uretra

Es un conducto que expulsa orina desde la vejiga al exterior del cuerpo, por medio de un orificio (meato), la uretra es más corta en mujeres y no forma parte del sistema reproductor ubicada detrás de la sínfisis púbica y delante de la vagina a diferencia de la uretra masculina que si forma parte del sistema reproductor, entre el orificio vaginal y el clítoris se encuentra visible el meato urinario, poseen dos esfínteres (uretral externo) que se controla voluntariamente y el esfínter (uretral interno) es controlado por el sistema nervioso autónomo parasimpático (14).

2.3. Fisiología de la micción.

Empieza en los riñones que son los encargados de purificar la sangre y producir orina, regulan el volumen de agua, la concentración iónica y la acidez (equilibrio ácido base y PH) de la sangre y fluidos corporales, además regulan la presión arterial, eliminan residuos hidrosolubles del cuerpo, transportándolos a la pelvis renal e impulsada por las ondas peristálticas, pasan del uréter a la vejiga, en el cual permanecen temporalmente hasta alcanzar su capacidad normal de 350 a 500 ml en el adulto, varía en cantidad y composición y así lograr mantener una homeostasis sanguínea en correcto equilibrio del medio interno constante en composición y volumen y así la orina se elimina a través de la uretra durante la micción (15).

El sistema excretor es el principal responsable del mantenimiento y composición de los líquidos del organismo, en especial el extracelular, mediante la transformación de orina, mediante el cual elimina productos resultantes del metabolismo celular que resultan tóxicos para la célula y así mantener la homeostasis del organismo y el más importante en la constancia del medio interno es el riñón (16).

En la estructura general del sistema excretor están los riñones donde se produce la orina, a medida que esta se va formando y pasa a través del tubo colector a la pelvis renal, por las paredes musculares de los uréteres con movimientos peristálticos y transportar a la vejiga donde se almacena, las paredes elásticas se estiran a medida que se va llenando, La salida de la orina es periódica y la capacidad es 800 ml, la uretra,

en el hombre es un conducto largo que recorre el pene, mientras en la mujer es excretora y se abre al exterior mediante el orificio vaginal. (16).

Cuando la orina llena la vejiga la distensión de sus paredes musculares estimula ciertas terminaciones nerviosas que envían impulsos al cerebro, como resultado llegan impulsos del cerebro a la vejiga y provocar la micción. La micción es producto de la combinación de la actividad nerviosa voluntaria e involuntaria: voluntaria, la relajación del esfínter externo lo cual permite la salida de la orina al exterior e involuntaria, la contracción de los músculos y relajación del esfínter interno. La neurona es la unidad funcional del riñón, los cuales regulan la composición de la sangre y excreta los desechos de esta. Una nefrona consta de un corpúsculo renal y un túbulo renal (16).

Existe 1 millón de nefronas por cada riñón, esta es la unidad funcional del riñón, cada una de ellas consta de un glomérulo y un túbulo renal, el glomérulo es una red de capilares que nace de una arteriola y están rodeados por la capsula de bowman, que se continua con la primera porción de la nefrona. El primer paso es la formación de la orina es cuando la sangre es filtrada a través de los capilares glomerulares hacia el espacio de bowman. El resto de la nefrona es una estructura tubular y revestida de células epiteliales que actúan en las funciones de reabsorción y secreción (17).

La nefrona o túbulo renal consta de un túbulo contorneado proximal, túbulo recto proximal, asa de Henle, túbulo contorneado distal y túbulos colectores. Existen dos tipos de nefronas: las corticales superficiales tienen los glomérulos en la corteza extrema y asa de Henle cortas y descienden a la medula externa. Las nefronas yuxtamedulares tienen asa de Henle largas que descienden a la medula interna (17).

El túbulo contorneado proximal, poseen un túbulo contorneado inicial que absorbe al Na^+ con solutos orgánicos como glucosa y aminoácidos y el túbulo final el Na^+ se reabsorbe por el Cl pero sin solutos orgánicos. El túbulo contorneado distal y túbulo colector, forman la nefrona terminal y juntos reabsorben el Na extra filtrado. El asa de Henle consta de tres segmentos que se encargan de la multiplicación por contracorriente, esencial en la concentración y dilución de la orina (17).

La filtración glomerular usa un ultra filtrado que contiene agua y todos los pequeños solutos de la sangre pero no contiene proteínas. Las capas del capilar glomerular consta del endotelio que son células endoteliales con poros, membrana basal interna y externa y epitelio llamados podocitos (17).

2.3.1. Control nervioso de las vías urinarias inferiores

El tracto urinario funciona bien si es capaz de almacenar orina a bajas presiones y sin escape y de vaciarse totalmente sin dejar residuo. Las dos funciones principales del tracto urinario inferior son el almacenamiento de la orina a baja presión (fase de llenado) y su expulsión en un tiempo y lugar apropiados (fase miccional) (18).

Son procesos dinámicos que requieren la coordinación de varios mecanismos. En primer lugar, estos son controlados por un reflejo en el centro ubicado a nivel del sacro. Es decir que existe la interacción de fuerzas parasimpáticas para la evacuación y simpáticas y somáticas para la retención de líquido. Se encuentran orientados por los centros nerviosos mayores incluida la corteza cerebral, el cerebelo y el tallo cerebral, que cumplen un papel predominantemente inhibitorio (19).

➤ Vías parasimpáticas

Los nervios eferentes parasimpáticos salen de la región sacra (S2-S4) y viajan a lo largo del nervio pélvico. El estímulo de los receptores parasimpáticos produce contracción del detrusor y relajación del tracto de salida de la vejiga (18).

➤ Vías simpáticas

Los nervios eferentes simpáticos salen del segmento toracolumbar de la médula espinal (T10-L2) y viajan en el nervio hipogástrico (5). Los receptores alfa-adrenérgicos se ubican en el cuello vesical y la uretra proximal, y al estimularse producen contracción del esfínter interno (3, 5). Los receptores beta-adrenérgicos están localizados en el cuerpo vesical y al ser estimulados producen relajación del detrusor y permiten el llenado (18).

➤ **Vías somáticas**

Además, existe una inervación somática que sale de la región sacra de la médula espinal (S2-S4), cuyas fibras viajan a lo largo del nervio pudendo y su función es regular la contracción voluntaria del esfínter urinario externo (18).

➤ **Vías aferentes**

Su función es recoger los estímulos por medio de receptores a través de las dendritas y transportar por sus axones a la medula espinal y encéfalo por medio de neuronas sensitivas (18).

Las vías de salida somáticas y autonómicas conducen información vía médula sobre el volumen vesical a medida que la vejiga se llena. Frente a ello se genera una respuesta motora. De esta forma, a medida que la vejiga se llena, el estímulo simpático cierra el cuello vesical, que relaja la parte superior de la vejiga e inhibe el tono parasimpático; la inervación somática mantiene el tono en el piso de la musculatura pélvica, incluyendo el músculo estriado alrededor de la uretra. Cuando se presenta la micción, el tono simpático y somático disminuyen y el impulso parasimpático causa contracción vesical (19).

2.4. Incontinencia urinaria (IU)

Es toda pérdida involuntaria de orina, que tras completar el volumen de la vejiga es expulsada por el uréter o extra-uretral, siendo esta última (fistulas vesículo-vaginales, uretro-vaginales) ya que constituyen la manifestación sintomática de las alteraciones funcionales del complejo vésico esfinteriano, según la asociación internacional de continencia, La incontinencia urinaria, se relaciona además con un grupo de molestias antiguamente llamadas (LUTS) según su sigla en inglés, como son el aumento de frecuencia miccional, nicturia, urgencia miccional, disuria (20).

2.5. Fisiopatología de la Incontinencia Urinaria

Desde niños aprendemos varias conductas como ir al baño (educación miccional) pero frente a conductas inadecuadas pueden dar inicio a una disfunción miccional,

generando una contracción muscular involuntaria del suelo pélvico, como mecanismo de defensa ante el dolor tales como; retención vesical o rectal voluntarias, estilo de vida, deporte, ocupación, además de traumas, procedimientos uro ginecológicos, prótesis para prolapsos, lesiones obstétricas, dispareunia como vaginitis atrófica y la vulvodinia al igual que las relaciones sexuales con dolor o abuso físico sexual, causan una sensibilización central o periférica y reducen el umbral nociceptivo, resultando en dolor neuropático, hipersensibilidad y alodinia (21).

El tracto urinario funciona de manera correcta siempre y cuando sea capaz de almacenar orina a bajas presiones, sin escape y vaciarse totalmente sin dejar residuo. Estas dos funciones principales del tracto urinario inferior son la fase de llenado o almacenamiento de la orina y la fase de vaciado o miccional que es la expulsión de orina en un tiempo y lugar apropiado (22).

Existe desordenes urinarios que causan signos y síntomas en la vejiga y uretra como la disuria, poliaquiuria, urgencia miccional y nicturia por la carencia hormonal estrogénica durante la perimenopausia desencadena el síndrome genitourinario en la menopausia, mientras que en la etapa climatérica la mujer experimenta diferentes cambios fisiológicos, el hipoestrogenismo se asocia con la dispareunia, lo que provoca cambios en el PH vaginal, el cual repercute en la aparición de infecciones vaginales, esto causa en la mujer resequedad, pérdida de elasticidad vaginal y purito, de tal manera que en el ámbito sexual exista dificultades en su relación de pareja (23).

La incontinencia urinaria en el adulto mayor puede considerarse como un síndrome geriátrico, por los cambios fisiológicos que generan alteraciones como la función uretral y vesical por el aumento de sensibilidad vesical, disminución de la presión uretral y disminución de la contractilidad vesical, mientras que el detrusor hiperactivo asintomático causa disfunción del vaciamiento vesical, también la diabetes mellitus al igual que las alteraciones neurológicas centrales o periféricas incrementan la posibilidad de causar un detrusor hiper activo o hipo activo con incontinencia urinaria de urgencia o retención urinaria secundaria (24).

Deterioro en el SNC puede alterar los mecanismos de continencia urinaria, como el Parkinson que asocia la enfermedad con la vejiga hiperactiva, este tipo de enfermedad es un síndrome neurológico por daño de pequeños vasos en la sustancia blanca cerebral. Con el aumento de la edad, aumenta la incidencia de enfermedad en la sustancia blanca cerebral, ocasionando la pérdida de la capacidad de los centros cerebrales al momento de parar los impulsos que recibe desde la periferia en la incontinencia de urgencia (24).

La disminución de la materia gris en los adultos mayores, a medida que envejecen se correlaciona directamente con el aumento de la frecuencia miccional diurna y nocturna, además de incontinencia urinaria de urgencia. Distintas series realizadas con microscopía electrónica evidenciaron cambios en pacientes de entre 65 y 96 años, con aumento del depósito de colágeno en el urotelio, además de otras alteraciones a nivel de fibras nerviosas, receptores y vías de señal (24).

El ángulo uretrovesical posterior es importante para la manutención de la continencia urinaria, al igual que la unión uretrovesical y longitud de la uretra, la lesión del ligamento puborrectal, defectos paravaginales (pérdida de apoyo de la pared anterior vaginal). La teoría de la transmisión de las presiones, defectos de la base vesical anterior y posterior (25).

El hipoestrogenismo está asociado al mecanismo de la incontinencia urinaria, con la consecuencia de la pérdida de los tonos basales de la uretra, al igual que la incontinencia urinaria de urgencia está relacionada con el daño del mecanismo intrínseco uretral a las presiones en la vejiga y en la porción proximal en la uretra, también al cuello vesical que está abierto permanentemente, debido a la pérdida de la resistencia pasiva y al flujo urinario que el cuello vesical ofrece, la incontinencia sucede al más mínimo esfuerzo a causa de cambios de la presión intraabdominal (25).

2.5.1. Clasificación de la disfunción vesical neuropática

Clasificación de la disfunción vesical neuropática.

La disfunción vesical neurógena se clasifica de acuerdo a la localización neuroanatómica de la lesión así como función vesical afectada (llenado o vaciado), de acuerdo a la clasificación neuroanatómica de Hald Bradley (26).

➤ **Lesiones supra espinales**

Son lesiones medulares cerebrales, Existe sinergia, es decir que se manifiesta por la acción coordinada entre vejiga y uretra, en otras palabras mientras la vejiga se contrae la uretra se relaja. Debido a que posee un detrusor hiperreflexivo causado por la interrupción de las vías que conectan el córtex cerebral con el núcleo pontino, causando Alteración de la fase de llenado vesical. En pacientes con ACV, Esclerosis múltiple, Enfermedad de Parkinson, Tumores medulares, Traumatismos craneoencefálicos (27).

➤ **Lesiones supra sacras**

Son lesiones medulares altas, por encima de la medula espinal sacra existe disinergia, es decir que se manifiesta por la acción descoordinada entre vejiga y uretra, en otras palabras mientras la vejiga se contrae la uretra igual. Debido a que posee un detrusor hiperreflexivo y uretra hiperactiva causada por daño que afecta a las vías nerviosas que, procedentes del núcleo pontino, esto se ve reflejado en pacientes con tetraplejia, paraplejia, mielomenigocele y esclerosis múltiple (28).

➤ **Lesiones infra sacras**

Son lesiones medulares bajas, Existe disinergia, es decir que se manifiesta por la acción descoordinada entre vejiga y uretra, en otras palabras tanto el detrusor como uretra son hipoactivos, ya que posee un detrusor arreflexico y una uretra hipoactiva. En las lesiones medulares bajas la lesión se localiza sobre los núcleos medulares de la micción. La vejiga se vacía cuando está llena sin contracciones del detrusor, al no haber ninguna resistencia uretral que se oponga a la salida de la orina, se manifiesta en pacientes con ACV, Traumatismo cerebral, Esclerosis múltiple, Tumores medulares (28).

2.5.2. Mecanismos esfinterianos en las mujeres

La continencia urinaria en las mujeres está dada por diferentes factores: un mecanismo esfinteriano uretral intacto, un soporte adecuado para el cuello vesical y la uretra proximal, así como distintos mecanismos compensatorios que ocurren durante las maniobras de tensión y los aumentos en la presión abdominal (29).

2.5.3. Mecanismos de sostén del suelo pélvico

La posición correcta de los órganos pelvianos que mantienen una relación entre sí y con respecto a la pelvis menor, que no se altera significativamente con la deambulación y/o el esfuerzo físico (30).

Los órganos conforman un sistema de orientación en escala que favorece su auto estabilización, el recto reposa sobre el coxis y la placa elevadora, el cuello uterino se apoya sobre el recto; el cuerpo uterino se apoya sobre la vejiga, sustentada por la vagina ubicada directamente por debajo de ella. La estática pelviana se mantiene dinámicamente cuando hay un equilibrio de la balanza perineal. Esta balanza está constituida de un lado por 2 sistemas anatómicos funcionales y por la presión intra abdominal (30).

➤ Sistema de sujeción

Dado por los músculos del piso pélvico; el elemento más importante es el elevador del ano, el cual en el aspecto funcional presenta un punto de debilidad determinado por el hiato urogenital. Este músculo controla la tensión de la placa elevadora en forma dinámica y flexible (30).

➤ Sistema de suspensión

Fascias viscerales orientan y ubican los órganos pelvianos, principalmente en reposo, a través de numerosas fibras colágenas que se continúan con las fibras de la hoja parietal del elevador y a través de los ligamentos viscerales: los ligamentos uterosacos fijan el istmo uterino a la placa elevadora y al sacro; los paramétricos y paracervix (o paracolpos) que fijan el cuello y la vagina a la pared pelviana (30)

➤ **La presión intraabdominal**

Depende del peso de las vísceras, el peso de la mitad superior del cuerpo y la fuerza muscular del abdomen y pelvis. Idealmente la presión intraabdominal debe distribuirse homogéneamente dentro de la cavidad peritoneal y sus paredes (30).

2.6. Clasificación de la Incontinencia Urinaria (IU)

2.6.1. Incontinencia Urinaria de Urgencia

La incontinencia urinaria de urgencia (IUU), es la incapacidad para contener la micción, antes de llegar al servicio (baño) ya que son causadas por alteración del musculo detrusor con contracciones involuntarias que aparecen, cuando el que lo padece trata de inhibir la orina, de esta manera aparece el llamado detrusor hiperactivo, cuya causa puede ser una enfermedad neurológica, su etiología es el delirio, infecciones urinarias, impacto fecal, vaginitis-uretritis atrófica, trastornos endocrinos, fármacos, movilidad restringida, disfunción psicológica (31).

2.6.2. Incontinencia Urinaria de Esfuerzo o Estrés

La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) como su nombre lo indica, es la perdida involuntaria de orina al esfuerzo físico debido al aumento súbito de la presión intra-abdominal, lo cual causa un escape de orina ya que su esfínter no es capaz de soportar al igual que un descenso de la posición normal del ángulo uretro-vesical posterior tales como levantar ciertos objetos pesados, toser o estornudar, al reírse, hacer ejercicio, y son frecuentes en atletas nulíparas y paracaidistas y su etiología es por debilidad muscular pélvica, obesidad, hipo-estrogenismo, debilidad del esfínter uretral y multíparas (32).

2.6.3. Incontinencia Urinaria Mixta

Se considera como la pérdida involuntaria de orina y se asocia con la urgencia, así como con el ejercicio físico, el esfuerzo, el estornudo y la tos, siendo una condición que afecta negativamente a la relación social y sexual, causa cambios psico-

emocionales y disminución de la calidad del sueño/descanso y su severidad es considerada como un predictor de la calidad de vida (33).

2.6.4. Enuresis nocturna.

Es la pérdida involuntaria de orina en la noche en niños mayores de 5 años y son: enuresis primaria, (factores genéticos o hereditarios) toda su vida ha mojado la cama, o nunca se mantienen 6 meses seco. Enuresis mono-sintomática, único síntoma es el escape miccional durante el sueño. Enuresis no mono-sintomática: son problemas del tracto urinario como escapes nocturnos (enuresis) y escapes diurnos (incontinencia de urgencia). La enuresis secundaria, aparece después de un periodo seco seis meses mínimo, y causan estreñimiento, problemas emocionales, infestación por oxiuros y obstrucción importante de la vía aérea superior (34).

2.6.5. Incontinencia Urinaria de Rebosamiento o Reflujo

La incontinencia urinaria de rebosamiento (IUR) es el escape involuntario de orina por una vejiga híper-extendida, se caracteriza por la eliminación constante de pequeñas cantidades de orina tanto en cortos periodos (gotas) como continuamente (pequeños chorros) provocando un deterioro en la contractilidad vesical y obstrucción en el tracto urinario de salida con un vaciado incompleto de la vejiga por hipo-actividad del detrusor, su etiología es causada por crecimiento prostático, neuropatía diabética, estenosis uretral, enfermedad medular, impacto fecal, medicamentos, disinergia detrusor-esfinteriana (35).

2.6.6. Nicturia

Según la Internacional Conscience Society (ICS) se define como nicturia a la interrupción del sueño por el deseo miccional en la noche, y se considera a un paciente cuando la manifiesta una o más veces durante las horas del sueño y se despierta con cada micción o ganas de ir al baño lo cual conlleva a la alteración del sueño (ritmo circadiano) y provoca trastornos psicológicos y sociales, Las causas de nicturia se agrupan en cuatro: capacidad vesical baja, poliuria nocturna, combinación de las dos

anteriores y poliuria global. La poliuria nocturna es la producción de una cantidad elevada de orina durante el sueño (36).

2.7. Factores de riesgo

Todos los artículos coinciden al hacer referencia a factores de riesgo que predisponen la aparición de la incontinencia urinaria, como: género, edad, genética, color de la piel, obesidad, factores obstétricos (37).

➤ Género

Se estima que 1 de cada 4 mujeres presenta IU en alguna etapa de su vida, mientras que entre los varones la presentan 1 de cada 9, debido a las condiciones anatómicas y los efectos durante el parto (38).

➤ Edad

Afecta a todas las edades, especialmente a edades avanzadas a partir de los 60 años, por los cambios musculares de la vejiga ya que reduce la función de almacenar y liberar orina y la uretra pierde fuerza, considerándose como un síndrome geriátrico (39).

➤ Genética

La genética es considerada como un factor de riesgo aumentando las posibilidades de padecer esta condición, si es que existen antecedentes familiares con incontinencia urinaria debido a que nacen con musculatura del suelo pélvico más débil o más susceptible de debilitarse (39).

➤ Raza

La raza es un factor de riesgo de acuerdo a la condición muscular más desarrollada en la raza afro descendiente, por lo que las mujeres de color de piel blanca desarrollan de 3.2 veces más que la afro (39).

➤ Peso

A causa del peso que causa presión en el piso pélvico o incremento de presión dentro del abdomen y vejiga contribuye al descenso de órganos pélvicos lo que provoca el desarrollo de Incontinencia de esfuerzo y urgencia provocando pérdida de orina al toser y estornudar (39).

➤ **Factores obstétricos**

Existen diferentes protocolos obstétricos como el parto vaginal, parto vaginal asistido, abortos, cesáreas y episiotomía en la mujer, lo que causa un cambio estructural del suelo pélvico, comprometiendo la musculatura, ligamentos y fascia el cual no es reversible y causan un efecto perjudicial creciente en el cuerpo, estos cambios morfológicos y funcionales aumentando significativamente el riesgo de sufrir incontinencia urinaria por las manipulaciones que debe sufrir la mujer (40).

2.8. Mujer y salud

Según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca de “Las mujeres y la salud. Los datos de hoy, la agenda de mañana” señala los siguientes hechos, sobre un comienzo justo para todas las niñas es decisivo para la salud de las mujeres la sexualidad y la reproducción son aspectos centrales de la salud de las mujeres, la existencia de inequidades amplias y persistentes entre hombres y mujeres, entre países de altos y bajos ingresos, y en el interior de los países, la sociedad y los sistemas de salud no están cumpliendo con sus obligaciones hacia las mujeres, el importante tributo que se cobran las enfermedades crónicas, los traumatismos y los trastornos mentales en las mujeres (41).

"Salud de la Mujer" comprende tanto la preservación del bienestar como la prevención de la enfermedad de la mujer, lo que incluye el diagnóstico, el estudio y el manejo de las condiciones que son específicas y más importante en la mujer que tienen manifestaciones, factores de riesgo o intervenciones que son diferentes para las mujeres (42).

Mujer y Salud comprende un enfoque multidisciplinar, que reconozca, las necesidades diferenciales de las mujeres a lo largo de su ciclo vital, al igual que las diferencias interindividuales entre las mujeres relacionadas con aspectos tales como etnia/raza,

niveles de educación, cultura, preferencias sexuales, acceso a los cuidados de salud (42).

2.9. Salud y calidad de vida CV.

2.9.1. Calidad de vida

La calidad de vida según la OMS, representa la percepción que tiene un individuo sobre su lugar de existencia, concepto multidisciplinario que relaciona la satisfacción con la vida y condición de vida no solo a la salud física sino también al nivel de independencia, estado psicológico, relaciones sociales y relaciones con el entorno, según el nivel de bienestar físico, social y psicológico relacionados con la enfermedad. Las enfermedades crónicas son irreversibles y se vive con ello toda la vida, siendo necesario el autocuidado, apoyo, acompañamiento y ayuda para cumplir con sus tareas (43).

Es una sensación de bienestar general descritas por la percepción subjetiva y auto reporte objetivo mediante evaluaciones de bienestar físico, social, material y emocional. El bienestar general se ve reflejado en los sentimientos subjetivos que se establecen por indicadores biológicos, sociales, materiales, conductuales y psicológicos, relacionados con la evaluación objetiva de bienestar positiva y negativa por adaptación, mediante el medio ambiente, relaciones sociales, nivel de independencia, espiritualidad, religión o creencias personales, dominio físico y psicológico (44).

2.9.2. Calidad de Vida relacionada con Salud

La (CVRS) es la percepción que tiene el individuo de su propia salud y sus capacidades, sin desconocer que puede haber diferencia entre la autopercepción y el criterio del profesional de salud, sobre lo que se considera una vida buena y, que su vez, puede haber interdependencia entre las dos apreciaciones. Una de las definiciones es del bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza sobre su propia vida y del impacto en su estado de salud como medida de los cambios de salud que experimentan cuando sufren una enfermedad o son sometidas a tratamiento (45).

2.9.3. Aspectos de la Calidad de Vida relacionada con Salud.

Cuando se estudia la CVRS se utilizan las dimensiones que se encuentran normalmente relacionadas entre sí en mayor o menor medida, pero miden aspectos diferentes de la vida y la autonomía del paciente tales como: (46).

➤ Funcionamiento físico

Busca evaluar la incomodidad que producen los síntomas en la vida diaria, incluyen aspectos relacionados con la salud y el bienestar físico al igual que la repercusión de los síntomas clínicos sobre la calidad de vida. Incluye preguntas sobre la fuerza muscular y la capacidad para realizar actividades de la vida diaria (47).

➤ Bienestar psicológico

Llamada también como dimensión de salud mental. Ya que recoge la repercusión del funcionamiento cognitivo. Al igual que la vitalidad y la competencia percibida para afrontar problemas derivados de la enfermedad y tratamiento (47).

➤ Estado emocional

Este estado evalúa la depresión y la ansiedad a nivel global, es decir que evalúa los componentes de tipo emocional del bienestar psicológico (47).

➤ Dolor

Se encarga de evaluar el nivel de dolor percibido, que puede estar asociado a la presencia de cualquier enfermedad o sintomatología, y la interferencia del dolor con la vida diaria (47).

➤ Funcionamiento social

Permite evaluar la repercusión del estado de salud sobre el desempeño habitual en las relaciones sociales que incluye el aislamiento social debido a las incapacidades físicas y a las alteraciones sociales en cuanto al desempeño y rol en la vida familiar y laboral (47).

➤ **Percepción general de la salud**

Esta última dimensión se puede correlacionarse con las anteriores dimensiones, y se encarga de evaluar la salud, esta incluye la salud actual, perspectivas y resistencia a enfermar (47).

2.9.4. Calidad de vida en relación a la Incontinencia Urinaria (IU)

La calidad de vida relacionada con salud (CVRS) interfiere en las actividades cotidianas en diferentes dimensiones humanas que genera la IU por el impacto negativo en el entorno social, físico, psicológico, sexual, domestico, laboral y se pueden categorizar según la gravedad de los síntomas y el grado de preocupación al medir su estado de salud, con la ayuda de instrumentos específicos validados de fácil comprensión, sencilla evaluación y fácil aplicación al intervenir en mujeres con incontinencia urinaria (48).

2.10. Evaluación de la incontinencia urinaria y calidad de vida

Para la medición de la calidad de vida relacionada con salud en mujeres con incontinencia urinaria existen diversos estudios que coinciden y señalan que la IU impacta notablemente sobre múltiples facetas de la vida cotidiana, todos esos estudios a pesar de los diferentes diseños, metodologías llegan a un diagnostico concreto de evaluación sobre la incontinencia urinaria existen factores fundamentales que constituyen la estructura multidimensional que nos permite percibir la calidad de vida como son: (46).

Entorno Físico: causan limitaciones en el estado funcional, actividad física y deportiva, morbilidad, Entorno psicológico: como la ansiedad y depresión que pueden ser secundarios tanto a la enfermedad como al tratamiento, En el entorno social: ocasionando alteraciones en la actividad social normal abandonando las aficiones, siendo consecuencia de una menor interacción social y aislamiento, En el aspecto laboral: menor relación en entorno de trabajo, En la faceta sexual: limitando el contacto o evitación en pareja, En el ámbito doméstico: ocasionando precauciones especiales con la ropa de vestir y en la cama (46).

2.11. Instrumentos para medir la calidad de vida

Existe una serie de instrumentos para evaluar la calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria y los test más usados por la mayoría de trabajos son: I-QOL Incontinence Quality of life Questionnaire, ICIQ-FS International Consultation on Incontinence questionnaire short form (31).

2.11.1. Incontinencia urinaria ICIQ-IU-SF

Es un cuestionario International Consultation on Incontinence questionnaire short form, identifica la incontinencia urinaria y el impacto en la calidad de vida, posee tres ítems: Frecuencia.- 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). Cantidad.- no se me escapa nada (0), muy poca cantidad (2), una cantidad moderada 4, mucha cantidad (6). Impacto.- va del 1 al 10, nada (1), mucho (10). Estos 3 ítems (frecuencia, cantidad, impacto) se suman y nos una puntuación de 0 a 21 puntos, y se considera diagnóstico de IU cualquier puntuación superior a cero (49).

Además existe un cuarto ítem con 8 preguntas que identifican que tipo de incontinencia que posee una persona sin importar su edad, y pueden ser de urgencia, esfuerzo o mixta) estas 8 preguntas consideran como IUE a las afirmativas (al toser o estornudar, al realizar esfuerzos físicos/ejercicio). Se considera a la IUU cuando refiere (perdida de orina antes de llegar al servicio, cuando termina de orinar y ya se ha vestido, sin motivo evidente, de forma continua) se considera IUM cuando afirman al seleccionar una respuesta que representa IUE y una respuesta de IUU (50).

2.11.2. Incontinence Quality of Life Instrument (I-QOL)

Es un instrumento autoadministrable que sirve para evaluar la calidad de vida a los sujetos de estudio que tienen incontinencia urinaria, hace referencia al bienestar físico, emocional y social de las personas que la padecen, al igual que evalúa su capacidad para desenvolverse desarrollar las tareas típicas de la vida cotidiana (51).

Este instrumento permite medir la calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria, consta de 22 ítems en la cual nos da un resultado de la suma total que es de

110, cada ítem posee 5 respuestas del 1 al 5 en la cual 1 mucho, 2 bastante, 3 moderadamente, 4 un poco, 5 en absoluto. Mientras mayor puntuación tenga es considerada como buena calidad de vida, todo lo contrario si la cifra se asemeja a 1 hay mayor impacto en la calidad de vida en pacientes con cualquier tipo de incontinencia urinaria (51).

2.12. Marco legal y ético.

Constitución de la República del Ecuador 2008

Sección séptima, Salud

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir (52).

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se rige por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (52).

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

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad (52).

Sección primera Adultas y adultos mayores

Art. 36.- Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad (52).

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 (52).

Art. 38.- El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas (52).

Art. 39.- El Estado garantizará sus derechos a las jóvenes y los jóvenes, y promoverá su efectivo ejercicio a través de políticas y programas, instituciones y recursos que aseguren y mantengan de modo permanente su participación e inclusión en todos los ámbitos, en particular en los espacios del poder público. El Estado reconocerá a los jóvenes y las jóvenes como actores estratégicos del desarrollo del país, y les garantizará la educación, salud, vivienda, recreación, deporte, tiempo libre, libertad de expresión y asociación. El Estado fomentará su incorporación al trabajo en condiciones justas y dignas, con énfasis en la capacitación, la garantía de acceso al primer empleo y la promoción de sus habilidades de emprendimiento (52).

Sección sexta, Personas con discapacidad

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

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

2.- La rehabilitación integral y la asistencia permanente, que incluirá las correspondientes ayudas técnicas (52).

Art. 48.- *El Estado adoptará a favor de las personas con discapacidad medidas que aseguren: El establecimiento de programas especializados para la atención integral de las personas con discapacidad severa y profunda (52).*

Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021-Toda una Vida

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

Múltiples espacios de diálogo destacan la importancia del uso del espacio público y el fortalecimiento de la interculturalidad; así como los servicios sociales tales como la salud y la educación. Uno de los servicios sociales más importantes y prioritarios es el agua, el acceso y la calidad de este recurso para el consumo humano, los servicios de saneamiento y, por supuesto, para la producción y sistemas de riego (53).

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 derecho (53).

Por otra parte, la salud se constituye como un componente primordial de una vida digna, pues esta repercute tanto en el plano individual como en el colectivo. La ausencia de la misma puede traer efectos inter-generacionales. Esta visión integral de la salud y sus determinantes exhorta a brindar las condiciones para el goce de la salud de manera integral, que abarca no solamente la salud física, sino también la mental. La salud mental de las personas requiere significativa atención para enfrentar problemáticas crecientes, como los desórdenes relacionados con la depresión y la ansiedad, que limitan y condicionan las potencialidades de una sociedad para su desarrollo (Insel, Collins y Hyman, 2015; Basu, 2016) (53).

De igual forma, la aproximación a la salud se debe hacer con pertinencia cultural, desde la prevención, protección y promoción, hasta la atención universal, de calidad, oportuna y gratuita, concentrando los esfuerzos para combatir la malnutrición en sus tres expresiones, eliminar la prevalencia de enfermedades transmisibles y controlar las no transmisibles. Esta visión exige el desarrollo de redes de servicios de salud enfocados en las necesidades de sus usuarios, acorde con la edad y la diversidad cultural y sexual (53).

1.- Plan Toda una Vida:

A lo largo del ciclo de vida, los seres humanos presentan requerimientos especiales bajo condiciones específicas. Un enfoque que tome en cuenta las necesidades particulares de cada etapa del ciclo permite al Estado garantizar los derechos de manera efectiva y oportuna, bajo consideraciones de pertinencia territorial, disponibilidad, accesibilidad, calidad y adaptabilidad, orientando sus intervenciones en la población desde la gestación, primera infancia, niñez, adolescencia, juventud, adultez y adultez mayor, es decir, brindando una vida digna y una muerte digna (53).

El Plan Toda una Vida apuesta por el fortalecimiento y la institucionalización de políticas públicas y servicios que respondan a derechos fundamentales de las personas, en particular de los grupos de atención prioritaria y en situación de

vulnerabilidad, con miras a la eliminación gradual de las desigualdades sociales innecesarias, injustas y evitables, enfrentando las causas estructurales para alcanzar una sociedad más igualitaria. El cumplimiento de este objetivo se conseguirá mediante las acciones coordinadas entre los diferentes niveles de gobierno, y mediante la corresponsabilidad de la familia, la sociedad y la comunidad en general (53).

Mis Mejores Años

Con la finalidad de precautelar y garantizar el bienestar de los adultos mayores en condiciones de vulnerabilidad, otorgándoles una vida digna y saludable, nace la intervención Mis Mejores Años como un instrumento que busca la inclusión, participación social, protección social, atención y cuidado, mediante la prestación oportuna de servicios como la atención médica, servicios gerontológicos, pensión asistencial, actividades educativas y recreativas y la jubilación universal. Con la finalidad de contribuir con un estilo de vida digno para el adulto mayor, se requiere acciones coordinadas y articuladas entre: el Ministerio de Inclusión Económica y Social, el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio del Deporte (53).

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Diseño de la investigación

No experimental:

No se controlan ni se manipulan las variables ni a los sujetos de estudio y se basa en la observación de los fenómenos en su entorno natural. De esta forma, pueden ser estudiados posteriormente para llegar a una conclusión (54).

Corte transversal:

Se recopiló la información de los sujetos de estudio en un punto determinado en el tiempo, y no hubo seguimiento de la investigación. (55).

3.2. Tipo de la investigación

Descriptivo:

Expone las características, las propiedades y los rasgos determinantes y particulares de un grupo mediante la observación y la reseña de sus componentes (56). En la investigación se describe a la población a través de una ficha sociodemográfica según la edad, etnia y número de hijos.

Epidemiológico de prevalencia puntual:

La prevalencia puntual mide la proporción de personas que se encuentran enfermas al momento de evaluar el padecimiento en la población, por lo tanto, no hay tiempo de seguimiento (57). En el presente estudio se identifica la proporción de mujeres geriátricas que padecen incontinencia urinaria en un momento determinado.

Cuantitativa:

Es un estudio basado en la medición de cantidades o magnitudes al recolectar datos que permiten medir variables de manera específica y concreta, mediante un análisis estadístico el cual representa el problema de estudio con datos numéricos (56).

Cualitativo:

Se trata de un enfoque que permite el análisis de las características o de la naturaleza de una situación, comportamiento o tendencia (56). En la investigación se obtuvieron resultados cualitativos en cuanto a la presencia o no de incontinencia urinaria y al a pérdida de calidad de vida o nula afectación en la calidad de vida

3.3. Localización y ubicación del estudio.

Esta investigación se realizó en el Fundación Manos Amigas en Otavalo- Imbabura, en la calle Sucre y García Moreno contigua Escuela Católica Ulpiano Pérez Quiñones, frente al parque Bolívar, junto a la Iglesia San Luis.

3.4. Población de estudio

La población corresponde a 35 personas geriátricas en la Fundación Manos Amigas en Otavalo.

3.4.1. Criterios de inclusión

- Mujeres a partir de los 55 años de edad que pertenezcan a la Fundación Manos Amigas en Otavalo
- Mujeres a partir de los 55 años de edad que firmen el consentimiento informado para participar en el estudio

3.4.2. Criterios de exclusión

- Mujeres menores de 55 años que no pertenezcan a la Fundación Manos Amigas en Otavalo
- Mujeres adultas mayores con deterioro cognitivo, cirugía pélvica o en espera de alguna intervención quirúrgica para el tratamiento de la incontinencia urinaria

- Mujeres a partir de los 55 años de edad que no firmen el consentimiento informado para participar en el estudio

3.4.3. Criterios de salida

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

3.5. Operacionalización de variables.

3.5.1. Variables de caracterización

Variable	Tipo de variable	Dimensión	Indicador	Escala	Instrumento	Definición
Edad	Cuantitativa discreta agrupada	Grupo etario	55-64 65-74 75-84 >85 años(IPA)	Adulto mayor joven Adulto mayor maduro Adulto mayor Anciano	Ficha sociodemográfica	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la muerte de una persona (58).
Etnia	Cualitativa nominal politómica	Grupos étnicos	Auto identificación étnica	-Blanco -Mestizo -Afro Ecuatoriano -Indígena		Conjunto de personas que se ven a sí mismo como diferentes a otros grupos según sus costumbres y creencias culturales que distinguen a los grupos humanos (59).
Número de hijos	Cuantitativa continua	Número de hijos	Sin hijos 1 hijo 2-4 hijos >5 hijos (OMS)	Nulípara Primípara Multípara Gran multípara		Es un registro obstétrico del número de embarazos de una misma madre hacia sus progenitores con su mismo material genético (60).

3.5.2. Variables de interés

Variable	Tipo de variable	Dimensión	Indicador	Escala	Instrumento	Definición
Incontinencia urinaria (IU).	Cualitativa nominal politómica	Tipos de incontinencia urinaria	Al toser, estornudar o realizar esfuerzos, ejercicio.	IU Esfuerzo	Cuestionario de incontinencia urinaria (ICIQ-SF)	Es toda pérdida involuntaria de orina, considerada como un problema médico y social e higiénico para la salud y se debe a múltiples factores de riesgo (61).
			Antes de llegar al servicio.	IU Urgencia		
			Presencia de incontinencia urinaria de esfuerzo y urgencia.	IU Mixta		
			De forma continua.	Incontinencia continua		
Calidad de vida.	Cualitativa nominal dicotómica	Afectación en la calidad de vida	100%	Nula afectación en la calidad de vida.	Instrumento para la calidad de vida con incontinencia (I-QOL)	Es el completo bienestar tanto físico, social y emocional, al igual que las capacidades para desenvolverse y desarrollar las tareas típicas de la vida cotidiana (62).
			<100%	Pérdida de calidad de vida.		

3.6. Métodos y técnicas de recolección de información

3.6.1. Métodos de recolección de datos

➤ **Inductivo**

Es un método que se usó para llegar a una conclusión general mediante el razonamiento lógico al considerar el método inductivo, es decir que va de lo general a lo particular (63).

➤ **Analítico**

Es un método que se usó para comprender a profundidad el estado de los sujetos de estudio evaluados el cual nos permitió poder analizar su naturaleza y causas (63).

➤ **Recursos bibliográficos**

Es un método que se usó para poder estructurar el marco teórico en base a la recolección de información bibliográfica en libros, revistas, artículos científicos con valides (63).

3.6.2. Métodos empíricos

➤ **Método estadístico**

Es un método que se usó para procesar los datos recolectados en la Fundación Manos Amigas en Otavalo el cual se puede evidenciar en las tablas de presentación de esta investigación al establecer un valor numérico a cada variable de las pruebas aplicadas, para poder adquirir un índice de prevalencia (64).

3.7. Métodos de recolección de Información

Las técnicas e instrumentos usadas para el desarrollo de esta investigación en la Fundación Manos Amigas en Otavalo fueron muy relevantes al momento de reunir información exacta que sirvió para la comprensión de los sujetos de estudio.

3.7.1. Técnicas e instrumentos de investigación

Técnica:

- Encuesta

Método de investigación de los hechos sociales. Se basa en el análisis de numerosos casos particulares a través de cuestionarios repartidos entre un sector de la población previamente escogido por medio de una muestra, de acuerdo con los objetivos de la encuesta. Generalmente se realiza para obtener datos fiables acerca de las actitudes, las opiniones y los comportamientos de los individuos (63).

Instrumentos:

- Ficha sociodemográfica
- International Consultation on Incontinence questionnaire short form. (ICIQ-IU-SF)
- Incontinence Quality of life Questionnaire. (I-QOL)

3.8. Validez de instrumentos

Para la confiabilidad y viabilidad de los instrumentos de investigación, hemos determinado la certificación de estos.

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

Hace 21 años la OMS organización mundial de la salud patrocinó la primera consulta internacional de incontinencia urinaria, se desarrolló un cuestionario breve y simple que pudiera ser aplicado en la práctica clínica y en la investigación por la comunidad científica internacional llamado "ICIQ-SF" ("International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form") El cuestionario ICIQ-SF se ha validado mediante los coeficientes de Cronbach y de Kappa, en poblaciones de idioma portugués, italiano, árabe, japonés, esloveno y traducidos a 35 idiomas, el cuestionario ha sido validado al español en una población europea como España, el índice de cronbach es de 0,917 (65).

Las condiciones para la validación de un cuestionario de este tipo en el contexto cultural y social en que se va a utilizar es una traducción adecuada y cumplir con criterios de validez (de contenido, de constructo y de criterio), de confiabilidad (precisión, reproducibilidad) y de sensibilidad (65).

3.8.2. Instrumento para la calidad de vida con Incontinencia (I-QOL)

Es el primer instrumento validado al español con el alfa de cronbach con el propósito de estudiar la proporción de mujeres afectadas y el tipo de incontinencia. La herramienta I-QOL Incontinence Quality of life Questionnaire, es un instrumento para la calidad de vida con incontinencia, cuya validación en 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.

Contiene veintidós ítems divididos en tres sub escalas: 8 ítems en la sub escala de evitación y limitación de la conducta, 9 ítems en la sub escala de impacto psicosocial y 4 ítems para la vergüenza social. Sumado las 3 sub escalas nos dan una puntuación mínima y máxima, siendo indicador de incontinencia urinaria cualquier puntuación superior a 0 (66).

CAPITULO IV

4. Análisis y discusión de los datos.

4.1. Análisis de datos.

Tabla 1

Caracterización de la población según edad

Edad	Frecuencia	Porcentajes
Adulto mayor joven (55-64 años)	9	25.71 %
Adulto mayor maduro (65-74 años)	10	28.57 %
Adulto mayor (75-84 años)	12	34.28 %
Anciano (>85 años)	4	11.42 %
TOTAL	35	100 %

Los resultados en cuanto a la caracterización de la población según edad, indican que hubo mayor frecuencia de mujeres en edades entre 75-84 años con 34.28 %, seguido de adulto mayor maduro de 65-74 años con 28.57 %, adulto mayor joven de 55-64 años con 25.71 % y finalmente Anciano mayor de 85 años con 11.42 %

Nuestros datos se relacionan con el estudio realizado en 2017 en Bucaramanga Colombia sobre “Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar”, en el cual según las características sociodemográficas se encontró mayor frecuencia de edades entre 75-84 años con un 26.66 %, al igual que los resultados de nuestra investigación (67).

Tabla 2

Caracterización de la población según etnia

Etnia	Frecuencia	Porcentajes
Mestiza	18	51.42 %
Indígena	16	45.71 %
afro-ecuatoriana	1	2.85 %
Total	35	100 %

Los resultados en cuanto a la caracterización de la población según etnia indican que, las mujeres que pertenecen a la etnia mestiza corresponden al 51.42 % de la población, seguido de indígena con 45.71 % y finalmente afro-ecuatoriana con 2.8 %.

Los presentes datos se relacionan con los resultados del censo realizado en Ecuador en el año 2010 de población y vivienda del Ecuador “Fascículo Provincial de Imbabura- Características generales de la población” en el cual se muestra que en la Provincia de Imbabura el 65.7 % corresponde a la Etnia Mestiza lo que concuerda con los datos obtenidos en nuestro estudio (68).

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

Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje
Primíparas (1 hijo)	5	14.28 %
Múltiparas (3-4 hijos)	16	45.71 %
Gran-múltiparas (5 en adelante)	14	40 %
Total	35	100 %

Los resultados en cuanto a la caracterización de la población según número de hijos indica que, las mujeres múltiparas con 3-4 hijos corresponden al 45.71 % del población estudiada, seguida de mujeres gran-múltiparas con más de 5 hijos que corresponden al 40 % y finalmente mujeres primíparas con 1 hijo con representando el 14.28 %.

Nuestros datos se relacionan con un estudio realizado en España, 2016 sobre el “Uso de la clasificación de Robson en un Hospital Comarcal de España para reducir la tasa de cesáreas”, el cual muestra que hubo predominio de mujeres múltiparas correspondiente al del 50.6 % de la población. En ambos estudios se encontró mayor frecuencia de mujeres múltiparas (69).

Tabla 4

Prevalencia puntual de incontinencia urinaria

$$PPIU = \frac{\text{numero de afectados con Incontinencia Urinaria (15)}}{\text{población de estudio(35)}} \times 100 = 42.8 \%$$

La prevalencia puntual de Incontinencia Urinaria en la Fundación Manos Amigas en Otavalo es del 42.8 %.

Nuestros datos se relacionan con un estudio realizado Jaén España, 2017 sobre “Incontinencia Urinaria en mujeres de Jaén: estudio de prevalencia”, en el cual la prevalencia de mujeres con Incontinencia Urinaria fue del 43.3 %, la prevalencia en ambos casos rodea el 40 % (70).

Tabla 5

Prevalencia de la incontinencia urinaria según tipos

$$PIUE = \frac{\text{numero de afectados con IUE (8)}}{\text{población de estudio(35)}} \times 100 = 22.85 \%$$

$$PIUM = \frac{\text{numero de afectados IUM (4)}}{\text{población de estudio(35)}} \times 100 = 11.42 \%$$

$$PIUU = \frac{\text{numero de afectados IUU (3)}}{\text{población de estudio(35)}} \times 100 = 8.5 \%$$

Los resultados en cuanto a la prevalencia de la Incontinencia Urinaria según tipos indican que, la IU de Esfuerzo es la más prevalente con el 22.85 %, seguido de IU Mixta con 11.42 % y finalmente IU Urgencia con 8.5 %, con menor prevalencia.

Nuestros datos se relacionan con un estudio realizado en Murcia-España, 2014 “Un estudio sobre la incontinencia urinaria femenina y la afectación en la calidad de vida”, en el cual se encontró que existe un grupo elevado con IU de esfuerzo que comprende un 20 %, seguido de IU mixta con el 6 % e IU de Urgencia con el 6 %, datos que concuerdan estrechamente con nuestro estudio ya que la IU de esfuerzo es la más prevalente en ambos estudios (71).

Además otro estudio realizado en Chile, 2015 sobre la “Caracterización clínica de la incontinencia urinaria y factores asociados en usuarias de la Unidad de la Mujer del Centro de Salud Familiar, Ultra estación en la ciudad de Chillán, Chile” el cual apoya nuestros datos, ya que se encontró una prevalencia del 62,6% y la incontinencia urinaria más frecuente fue la de esfuerzo, con el 61.3 %, seguida de IU mixta con el 28 % y finalmente IU de urgencia con el 9.9 % (72).

Tabla 6

Evaluación de la calidad de vida en función de la incontinencia urinaria I QOL test

Calidad de vida	Frecuencia	Porcentaje
Pérdida de calidad de vida CV (- 100 %).	14	93.33 %
Nula afectación en la CV (100 %).	1	6.66 %
Total	15	100 %

Los resultados en cuanto a la evaluación de la calidad de vida, en relación a la incontinencia urinaria muestran que, el 93.33 % de las mujeres geriátricas con incontinencia urinaria presentan pérdida en su calidad de vida y el 6.66 % de ellas presentó nula afectación.

Los datos encontrados en nuestra investigación se relacionan con un estudio en Talca Chile, 2017 “Relación entre actividad física, calidad de vida e incontinencia urinaria en una muestra de mujeres adultas mayores de la ciudad de Talca” en el que se encontró que el 100% de las mujeres que presentan esta condición, tienen afectación en la calidad de vida (1.6 % CV mala, 11.4 % CV moderada, 87% CV buena) y son mujeres de la tercera edad, entre 60-95 años, datos que concuerdan con nuestro estudio (73).

Tabla 7

Evaluación de la calidad de vida según sub escalas IQOL test

SUBESCALAS	PORCENTAJE
Evitar y limitar el comportamiento	81.66 %
Impacto psicosocial	78 %
Vergüenza social	72 %

Los resultados en cuanto a la evaluación de la calidad de vida según sub escalas indica mayor afectación en la sub escala de vergüenza social con una puntuación de 72 %, seguido de la sub escala de impacto psicosocial con 78 % y finalmente la sub escala de evitar y limitar el comportamiento con el 81.66 %.

En Jaén España, 2016 el estudio “La Incontinencia Urinaria en mujeres de Jaén, estudio de prevalencia e impacto en su Calidad de Vida” mostró mayor afectación en la sub escala de vergüenza social con una puntuación de 27 %, en mujeres con incontinencia, las cuales viven en la ciudad de Jaén y pertenecen a los centros de salud de la capital, de esta manera se encontró relación con nuestro estudio de investigación ya que en ambos casos se ve afectada la vergüenza social (74).

Tabla 8

Relación entre tipos de incontinencia urinaria y puntuaciones de las sub escalas de calidad de vida

I-QOL Sub escalas	TIPOS DE INCONTINENCIA URINARIA		
	IU Urgencia	IU Mixta	IU Esfuerzo
Evitar y limitar el comportamiento	74 %	37 %	28 %
Impacto psicosocial	68 %	34 %	26 %
Vergüenza social	65 %	32 %	24 %

Los resultados en cuanto a la relación entre tipos de incontinencia urinaria y puntuaciones de las sub escalas de calidad de vida, indican que la incontinencia urinaria de esfuerzo presenta mayor afectación, en la sub escala de vergüenza social con 24 %, seguido de impacto psicosocial con 26 % y finalmente evitar y limitar el comportamiento con 28 %. En cuanto a la incontinencia urinaria mixta tenemos que esta afecta principalmente a la sub escala de vergüenza social con 24 %, seguido de impacto psicosocial con 26 % y finalmente evitar y limitar el comportamiento con 28 %. Por ultimo tenemos la incontinencia urinaria mixta con afectación en la subes cala de vergüenza social con 32 %, seguido de efecto psicosocial con 34 % y finalmente evitar y limitar el con 37 %.

El estudio “Repercusión de la incontinencia urinaria en la calidad de vida en mujeres mayores de 45 años en una población de Murcia-España” señala con peor calidad de vida a la Incontinencia Urinaria de Urgencia y afectación en la sub escala de Vergüenza Social, datos que se relacionan en cuanto a la sub escala de mayor afectación, mas no con el tipo de Incontinencia Urinaria ya que nuestro estudio se muestran peor calidad de vida en la sub escala de vergüenza social relacionado con la incontinencia urinaria de esfuerzo (75).

4.2. Respuesta a las preguntas de investigación

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

De acuerdo a la caracterización sociodemográfica de la población estudiada se encontró mayor frecuencia de mujeres en edades de 75-84 años con 34.28 %, seguido de adulto mayor maduro de 65-74 años con 28.57 %, adulto mayor joven de 55-64 años con 25.71 % y finalmente anciano mayor de 85 años con 11.42 %. Además, se encontró mayor frecuencia en mujeres que pertenecen a la etnia mestiza con 51.42 %, seguido de indígena con 45.71 % y finalmente afro-ecuatoriana con 2.8 %. De acuerdo a la caracterización de la población según el número de hijos indica que, las mujeres multíparas con 3-4 hijos corresponden al 45.71 %, seguida de mujeres gran-multíparas con más de 5 hijos que corresponden al 40 % y finalmente mujeres primíparas con 1 hijo con representando el 14.28 %.

¿Cuál es la prevalencia de la Incontinencia Urinaria y sus tipos?

La prevalencia puntual de Incontinencia Urinaria en la Fundación Manos Amigas es del 42.8 %. La prevalencia más alta según tipos corresponde a la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo con el 22.85 %, seguido de IU Mixta con 11.42 % y finalmente con menor prevalencia la IU Urgencia con 8.5 %.

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

El 93 % de la población con incontinencia urinaria que pertenecen a la Fundación Manos Amigas en Otavalo tiene perdida en su calidad de vida en relación a la incontinencia urinaria, principalmente en la sub escala de vergüenza social con el 72 % seguido de impacto psicosocial con 78 % y finalmente evitar y limitar el comportamiento con el 81 %. Además el 7 % restante de la población tienen incontinencia urinaria sin afectación en la calidad de vida

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

En la Fundación Manos Amigas en Otavalo la Incontinencia Urinaria causa afectación en la calidad de vida en todas las sub escalas, la incontinencia urinaria de esfuerzo, presenta mayor afectación en la calidad de vida, en la sub escala de vergüenza social con 24 %, seguido de impacto psicosocial con 26 % y finalmente evitar y limitar el comportamiento con 28 %. En cuanto a la incontinencia urinaria mixta tenemos que esta afecta principalmente a la sub escala de vergüenza social con 24 %, seguido de impacto psicosocial con 26 % y finalmente evitar y limitar el comportamiento con 28 %. Por ultimo tenemos la incontinencia urinaria mixta con afectación en la calidad de vida en la subes cala de vergüenza social con 32 %, seguido de impacto psicosocial con 34 % y finalmente evitar y limitar el con 37 %.

CAPITULO V

5. Conclusiones y Recomendaciones.

5.1. Conclusiones

- De acuerdo a las características sociodemográficas de la población estudiada, se identificó mayor frecuencia de mujeres geriátricas adulto mayor, adulto mayor maduro, adulto mayor joven y ancianos, la mayor parte de ellas pertenece a la etnia mestiza e indígena y son mujeres primíparas, multíparas y gran multíparas
- La prevalencia puntual de Incontinencia Urinaria en la Fundación Manos Amigas en Otavalo es del 42.8 %. La prevalencia de la Incontinencia Urinaria según tipos indican que la presencia de IU de Esfuerzo con 22.85 %, seguido de IU Mixta con 11.42 % y finalmente IU Urgencia con 8.5 %.
- Al evaluar la calidad de vida en la Fundación Manos Amigas en Otavalo se determinó que, casi la totalidad de las mujeres geriátricas que presentaron incontinencia urinaria tiene afectación en la calidad de vida, siendo la sub escala de vergüenza social la más afectada.
- La relación entre tipos de incontinencia urinaria y sub escalas de calidad de vida muestra que, el tipo de incontinencia urinaria de esfuerzo presenta mayor afectación, específicamente en la sub escala de vergüenza social.

5.2. Recomendaciones

- Realizar campañas de promoción de la salud acerca de la incontinencia urinaria, enfocadas en la prevención y en los posibles tratamientos que puedan dar solución a esta condición y de esta forma reducir o evitar el impacto en la calidad de vida.
- Replicar este tipo de estudios a nivel nacional para comprender la magnitud de esta condición, al igual que el nivel de afectación en la calidad de vida que puede ocasionar la incontinencia urinaria en el adulto mayor.
- Asignar un profesional especializado en el área, para que pueda desarrollar estrategias de atención fisioterapéutica orientadas a los adultos mayores de manera integral, el cual forme parte del equipo de salud multidisciplinario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Edilaine B, Caroci S. Fuerza muscular del suelo pélvico en primíparas según el tipo de parto. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016 Mayo-Agosto; 24(2).
2. Indira C, Martínez Torres Maria Del Carmen GDJÁRV. Aspectos epidemiológicos de la incontinencia urinaria en pacientes femeninas de urología y ginecología. Revista Cubana de Urología. 2016 Junio; 5(2).
3. Jaqueline B, Lúcia V. Incontinencia urinaria en pacientes hospitalarios: prevalencia y factores asociados. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018 Enero; 25(1).
4. Carmen C, Manuel L, Alfonso C, José CM. Incontinencia Urinaria en mujeres de Jaén: Estudio de prevalencia. Index de Enfermería. 2017 Enero-Junio; 26(1).
5. Figueredo C. por qué siguen mojados? Index de Enfermería. 2019 Octubre; 17(3).
6. López E. Estructuración de un sistema de control de calidad en una planta productora de absorbentes higiénicos, (pañales desechables y toallas sanitarias). Universidad de San Carlos de Guatemala. 2014 Marzo; 1(1).
7. Lenin P, Danilo E, Liceth A, Jose Q. Prevalencia de la incontinencia urinaria en mujeres de 45-65 años del Hospital Padre Carollo. Revista Universitaria con proyección científica, académica y social. 2019 Marzo; 3(1).
8. Ira Fox S. Estructura y función de los riñones. In Perez MB, editor. Fisiología Humana. California: Mc Graw Hill Interamericana Editores; 2014. p. 582-584.
9. Campbell W. Urología "Anatomía de las vías urinarias inferiores". 10th ed. Alan W, editor. Mexico: Medica Panamericana; 2015.
10. Sanguineti G, Katya C. Anatomía del piso pélvico. Revista Médica Clínica Las Condes. 2014 Marzo; 24(2).

11. David PJ. Anatomía humana general y descriptiva libresa , editor. Quito-Ecuador: Dr. Osvaldo A, Espinosa E.; 2014.
12. Junior G, Pereira R, Carvalho Md. Duplicidad no Ectópica del Uréter: Implicancias Clínicas. *International Journal of Morphology*. 2017 Junio; 35(2).
13. Danilo C, William Q, Fernando F, Ivan P. Guía de manejo en cáncer vesical. *Revista Urología Colombiana*. 2016 mayo-agosto; 25(2): p. 267.
14. Serrato IM. Cuidados de enfermería al paciente portador de sondaje vescical. *titulares de copyright*. 2016 Junio; 1(1).
15. Lara ÁB. Incidencia de Infecciones Génito - Urinarias Resistentes a la Antibiótico Terapia en pacientes del Hospital San Vicente de Paul. Elsevier. 2017 Marzo; 1(1).
16. Estrada N. Sistema excretor. In Estrada N. *Biología Humana*. Argentina: Brujas; 2014. p. 136-138.
17. Constanzo L. Fisiología renal. In Gasull X, editor. *Fisiología*. Virginia: Elsevier; 2014. p. 239-254.
18. Guerrero GA, Isabel CM, José VJ. Evaluación y tratamiento del niño con síntomas. *Iatreia*. 2018 Enero-Marzo; 31(1).
19. Sánchez HB, Mabel CG, Lucy B. Incontinencia y enfermedad crónica. *Aquichan*. 2014 Junio; 13(3).
20. Humberto C, Richard S, Raul V, Rodolfo R, Carlos F. Incontinencia urinaria. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2014 Marzo; 24(2).
21. Gómez Londo M, Castaño Botero JC, Saldarriaga Hernández E. Trastornos de la contracción de los músculos del piso. *Revista Urología Colombiana*. 2015 Mayo; 24(1).

22. Gustavo G, Mónica C, Juan V. Evaluación y tratamiento del niño con síntomas. Elsevier. 2018 Enero, Marzo; 31(1).
23. Antonieta S, Macarena G, Camila L, Santander Carolina , Jamilette T. Efectos de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de la mujer climatérica. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2018 enero-marzo; 44(1).
24. Gabriel V, Rodrigo R, Juan V, Gerardo F, Daniela C, Michel N, et al. Incontinencia Urinaria en el Adulto Mayor. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2019 Febrero; 84(2).
25. Linda GDC, Samantha C, Silvio S, Rodrigo C, Enio H, Francisca C. Incontinencia urinaria de esfuerzo por deficiencia esfinteriana. Revista Salud Uninorte. 2018 Septiembre, Diciembre; 34(3).
26. Federico M, Martin N, Jorge A, Maria FM, José BP. Micción. In Micheli F, editor. Tratado de neurologia clinica. Madrid: Panamericana, Medica; 2013. p. 227.
27. Walsh C. Fisiopatología y clasificación de la disfunción vesical. In Walsh C. Urologia. 9th ed.: Medica Panamericana; 2014. p. 1984.
28. Eduardo M, Pablo BJ, Miguel AJ. Vejiga neurógena. Conceptos básicos. Elsevier. 2015 Abril; 1(1).
29. Mirabal FA, Enrique MBJ, Pouyot CA, Carlos F, Milán BR. Suspensión retropúbica en mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo. Medisan. 2014 Septiembre; 18(9).
30. Calvanese MB. Disfunciones pelvianas: Prolapso genital, Incontinencia de orina. Synthón. 2017 Abril; 2(1).
31. Sanchez G, Mansilla R, Garcia T, Arza GL. Eficacia del entrenamiento de la musculatura del suelo pelvico en incontinencia urinaria femenina. Anales del sistema Sanitario de Navarra. 2014 Septiembre-Diciembre; 37(3).

32. García LA. Incontinencia urinaria. *Iatreia*. 2014 Enero-Marzo; 15(1).
33. Jaqueline JB, Santos VLCdG. Incontinencia urinaria en pacientes hospitalarios: prevalencia y factores asociados. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2018 Enero; 25(1).
34. Sansanoa Ú, Garcíab M. Enuresis nocturna. *Pediatría Atención Primaria*. 2014 Junio; 14(22).
35. Liliam RR. Incontinencia Urinaria en el adulto mayor. Elsevier. 2014 Mayo 5; 1(1).
36. Pons E, Clota P, González P, Álvarez R. Nicturia en mujeres con síntomas de incontinencia urinaria. *Actas Urológicas Españolas*. 2015 Enero; 29(4).
37. María RE. Factores de riesgo no obstétrico y calidad de vida en mujeres de edad mediana con incontinencia urinaria. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2014 Enero.-marzo; 40(1).
38. Núñez R, Salas Á, González-González. Estudio de la prevalencia de la incontinencia urinaria y sus factores de riesgo en nuestro medio. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*. 2014 Julio; 34(4).
39. Robles JE. La Incontinencia Urinaria. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2014 Agosto; N° 29(ISSN 1137-6627).
40. Pablo GI. Incontinencia Urinaria Postparto, Factores de Riesgo. *Index*. 2016 Mayo; 12(2).
41. Artiles L, Becerra Posada F, Faundes A, Serruya SJ, Gómez AL, Schiavon R. La salud de la en la Región de las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2015 Mayo; 37(4).

42. Carmen CL, Abad LM, Jesús CLA, José CG. Incontinencia Urinaria en mujeres de Jaén: Estudio de prevalencia. *Index de Enfermería*. 2017 Abril; 26(1).
43. Bonilla Navarrete PC. Influencia de la Insuficiencia Renal Crónica en la Calidad de Vida de Pacientes Atendidos en la Clínica del Riñón Menydia. *repositorio-UTN*. 2017 Julio.
44. Caqueo U, Alfonso U. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *TerPsico, Terapia psicológica*. 2014 Abril; 30(1).
45. María CFd, Laura PM, Oscar PEP. Calidad de vida relacionada con la salud en población general de Bucaramanga, Colombia. *salud pública*. 2018 Marzo-Abril; 20(2).
46. Cruz LC, Abad Manuel Linares LAJCCGMJ. Incontinencia Urinaria en mujeres de Jaén: Estudio de prevalencia e impacto en la calidad de vida. *Index de Enfermería*. 2017 Marzo; 26(2).
47. Flérida RR, Paula CV, Vivian VB. Calidad de Vida Relacionada con Salud y Riesgos Psicosociales: Conceptos relevantes para abordar desde la Enfermería. *Index de Enfermería*. 2017 Enero-Junio; 26(1).
48. María CF, Laura M, Oscar.PP, Pico E. Calidad de vida relacionada con la salud en población general de Bucaramanga, Colombia. *Rev. salud pública*. 2018 Marzo-April; 20(2).
49. Pons E, Díaz C, C C, T. D. Comparación entre el cuestionario "ICIQ-UI Short Form" y el "King's Health Questionnaire" como instrumentos de evaluación de la incontinencia urinaria en mujeres. *Actas Urológicas Españolas*. 2014 Mayo; 31(5).
50. Leroy LdS, Lopes MHBdM. La incontinencia urinaria en periodo de posparto y su impacto en la calidad de vida relacionada a salud. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2014 May/Apr; 20(2).

51. Enia RM, Sandrino RSB. Cuestionarios de calidad de vida en las mujeres con disfunciones del suelo pélvico. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2016 Julio- Septiembre; 42(3).
52. Cueva, Fernando Cordero. *Constitucion de la Republica del Ecuador*. In. Quito; 2017. p. 30.
53. Desarrollo, Secretaría Nacional de Planificación. *Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021-Toda una Vida*. In. Quito; 2017.
54. Tafur R. Diseño metodologico, investigacion no experimental. In Sotomayor I, editor. *Cómo hacer un proyecto de investigación*. Bogota: Alfaomega; 2016. p. 205-206.
55. Vallejo M. El diseño de investigación: una breve revisión metodológica. *Archivos de cardiología de México*. 2014 Enero-Marzo; 77(1).
56. Arbaiza L. investigacion cuantitativa. In S.A. Age, editor. *Cómo elaborar una tesis de grado*. Lima: Alfaomega; 2019. p. 29-30.
57. Arturo F. Medición en epidemiología: prevalencia, incidencia, riesgo, medidas de impacto. *Revista alergia México*. 2017 Enero, marzo; 64(1).
58. Goes T, der FV. La importancia de la edad. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*. 2017 Mayo-Junio; 60(3).
59. Martínez RA. Religión, grupos étnicos y procesos de estratificación social en los Estados Unidos. El caso de los mexicanos y chinos desde una perspectiva comparativa. *Estudios fronterizos*. 2015 Enero-Junio; 9(1).
60. Pablo CGE, Roberto PG, María FGI. *Manual de prácticas obstétricas para la Atención Primaria de Salud*. MediSur. 2013 Septiembre-Octubre; 10(5).

61. Guillen Lopez O, Llanos Zavalaga F, Lecca García L. Conocimientos sobre incontinencia urinaria en pacientes hospitalizados. *Revista Medica Herediana*. 2014 Octubre; 4(4).
62. Hilda RB, Teresa FVA, Rosario RPA. Calidad de vida: algo más que un concepto. *MediSur*. 2015 Septiembre-Octubre; 9(5).
63. R. H. Metodología de la investigación. Sexta ed. Hill M, editor. Mexico; 2019.
64. Muñoz Rocha C. Metodología de la Investigación Mexico: Oxford; 2015.
65. Maritza B, Serra R. Validación del cuestionario International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form (ICIQ-SF) en una población chilena usuaria del Fondo Nacional de Salud (FONASA). *Revista médica de Chile*. 2012 Marzo; 140(3).
66. Almudena OE, Luisa MP, Delia LF. Un estudio sobre la incontinencia urinaria femenina. *PARANINFO DIGITAL*. 2013 Noviembre; 1(19).
67. Elveny LJ, Consuelo CHKd, Caridad CTEMdl, Martín C. Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. *Gerokomos*. 2017 Septiembre; 28(3).
68. Fascículo Provincial de Imbabura. Resultado del Censo 2010 de población y vivienda en Ecuador. Instituto Nacional de Estadística y Censo. 2010.
69. Rosario AR, Gador MF, Mauro ADL, Delgado ML, Valois GA, Longinos AV. Uso de la clasificación de Robson en un Hospital Comarcal de España para reducir la tasa de cesáreas. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2016 Abril; 81(2).
70. Carmen CL, Manuel LA, Jesús CLA, José CGM. Incontinencia Urinaria en mujeres de Jaén: Estudio de prevalencia. *Index de Enfermería*. 2017 ene/jun; 26(1-2).

71. Almudena OE, Luisa MP, Delia L, Elena P, Maria SS. Un estudio sobre la incontinencia urinaria femenina y la afectación en la calidad de vida. *Enfuro-Revista de la Asociación Española de Enfermería en Urología*. 2014 Septiembre;(127).
72. Rincón Ardila O. Caracterización clínica de la incontinencia urinaria y factores asociados en usuarias de la Unidad de la Mujer del Centro de Salud Familiar “Ultraestación” en la ciudad de Chillán, Chile. *Revista médica de Chile*. 2015 Febrero; 43(2).
73. Marcelo VA, Davis IM, Leonardo V. Relación entre actividad física, calidad de vida e incontinencia urinaria en una muestra de mujeres adultas mayores de la ciudad de Talca – Chile. *Revista Facultad de Ciencias de la Salud UDES*. 2017 January; 4(1).
74. Cruz LC. La incontinencia urinaria en mujeres de Jaén, estudio de prevalencia e impacto en su calidad de vida. *Fundación Dialnet*. 2016 Enero.
75. Almudena OE, Carmen LA. Repercusión de la incontinencia urinaria en la calidad de vida en mujeres mayores de 45 años en una población de Murcia. *Fundación Dialnet*. 2014 Septiembre; 1(127).

ANEXOS

Anexo 1. Autorización de la Fundación Manos Amigas

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

Ibarra, 29 de abril del 2019
Oficio 014-TFM-UTN

Magister
Virna Acosta
RESPONSABLE DE LA FUNDACION
“MANOS AMIGAS DE OTAVALO”
Presente

De mi consideración:

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

Comedidamente solicito a usted autorizar la realización del Trabajo de Grado “Incontinencia Urinaria y Calidad de Vida en Mujeres Adultas Mayores que Residen en el Asilo Fundación Manos Amigas, de la Provincia de Imbabura 2019”. Autor: Cazar Chamorro Alex Giovanni. Director: Magister Cristian Torres.

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

Cabe indicar a usted, que la realización del trabajo de investigación es de carácter estrictamente académico y confidencial, y una vez concluido el mismo se entregará un ejemplar con los resultados.

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

Atentamente,
“CIENCIA Y TÉCNICA AL SERVICIO DEL PUEBLO”


MSc. Rocío Castillo A.
DECANA FCS-UTN

Anabel R.

Copia: Interesada.

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

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

Recibido 29-04-2019
PROPEDEUT
ADN. WASHA

FUNDACIÓN MANOS AMIGAS
UN LUGAR PARA LA VIDA

Anexo 2. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

TEMA: Incontinencia urinaria y calidad de vida en mujeres adultas mayores que residen en la fundación manos a migas, de la provincia de Imbabura 2019

DETALLE DE PROCEDIMIENTOS:

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE

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

En prueba de conformidad firmo este documento.

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

Anexo 3. Cuestionario sobre los Aspectos Sociodemográficos.

CUESTIONARIO SOBRE ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS.

Fecha: _____

Paciente: _____

EDAD _____ ETNIA _____

PESO _____ TALLA _____ IMC _____

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

TRABAJA A TIEMPO COMPLETO _____ TRABAJA MEDIA
JORNADA _____

JUBILADA _____ ESTUDIANTE _____

DESEMPLEADA _____ OTROS, ESPECIFICAR _____

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

¿TIENE HIJOS?

SÍ _____ NO _____

EN CASO DE RESPONDER SI, ESPECIFIQUE CUANTOS _____

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

SIN ESTUDIOS _____

ESTUDIOS PRIMARIOS _____

BACHILLER _____

ESTUDIOS UNIVERSITARIOS _____

ESTUDIOS DE CUARTO NIVEL _____

Anexo 4. Cuestionario de Incontinencia Urinaria ICIQ-IU-SF

CUESTIONARIO DE INCONTINENCIA URINARIA (ICIQ-IU-SF)

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

Se considera diagnóstico de IU cualquier puntuación superior a cero

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

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

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

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

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

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

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

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

FUENTE: https://www.aeu.es/PDF/ICIQ_SF.pdf?fbclid=IwAR1meiG4ft0ckwnwrB3yvQhmifkO3YHcTTiLqH8pV0sygPUdaOSP_TuqNbE

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

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

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

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

FUENTE: http://www.observatoriodelaincontinencia.es/cuestionario_igol.php?fbclid=IwAR1meiG4ft0ckwnwrB3vvQhmifkO3YHcTTiLqH8pV0sygPUdaOSP_TuqNbE

Anexo 6. Evidencia Fotográfica



Autor: Cazar Chamorro Alex Geovanny

Descripcion: Cuestionario ICIQ-IU-SF



Autor: Cazar Chamorro Alex Geovanny

Descripcion: cuestionario I-QOL

Anexo 7. Urkund



Urkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS-lunes-19-DE-FEBRERO-2020.docx (D64122305)
Submitted: 2/19/2020 7:24:00 PM
Submitted By: alexfloyd1@outlook.com
Significance: 6 %

Sources included in the report:

Tesis CARLOS GUERRA.docx (D64073292)
TESIS FINAL MATEO ALEJANDRO SOTOMAYOR VITERI.docx (D63804652)
Lucia Barahona - sin scan.docx (D63060003)
JEFFERSON BOWER SUAREZ CHUQUIN.docx (D63917464)
ROSERO ERIKA TESIS.docx (D64108286)
JACOME ABIGAIL TESIS (2).docx (D64023190)
Pamela Navarrete.docx (D60637224)
TESIS-VALENCIA MISHEL.docx (D64023462)
TESIS HERNANDEZ NATALIA..docx (D63805072)
TESIS BIEN.docx (D63060561)
TESIS DIGITAL MARYURY TARAPUEZ.docx (D63618087)
TESIS ANABEL ORTEGA.docx (D64066370)
<https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-estudio-prevalencia-incontinencia-urinaria-sus-13108247>

Instances where selected sources appear:

32

A handwritten signature in blue ink, appearing to be "H. C. S.", written over a circular stamp or seal.