

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE MEDICINA, ENFERMERÍA Y
CIENCIAS DE LA SALUD



TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICA

**“PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A INCONTINENCIA URINARIA
MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL TEST INTERNATIONAL CONSULTATION
ON INCONTINENCE QUESTIONNAIRE SHORT-FORM (ICIQ-SF) EN
MUJERES MAYORES A 50 AÑOS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA
DE GINECOLOGÍA EN EL HOSPITAL GENERAL MACAS, ENERO-JULIO
2017.”**

Autora:

Yolanda Valeria Lucero Lituma

Director:

Dr. Humberto Polo Barzallo

Cuenca – Ecuador

2017

DEDICATORIA

Dedico este proyecto de tesis a mis padres ya que son el apoyo constante en mi vida, velando por mi bienestar y educación. Ya que brindándome su total confianza me ayudaron a sobresalir en cada reto que se me presentaba, no dudando en ningún momento de mi capacidad. Su ejemplo de lucha insaciable es algo que hace sentir orgullo de seguir.

AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios por guiarme donde aquellas personas que siempre me brindaban fuerza y apoyo incondicional, a mi tutor, así como a mis revisores de tesis quienes a más de estar dispuesto en todo momento tuvieron toda la paciencia para permitirme culminar este proyecto. Gracias al personal del Hospital General de Macas por brindarme la facilidad de realizar mi investigación además del aporte de ideas

ÍNDICE

Contenido

RESUMEN.....	1
Antecedentes	1
Objetivo	1
Metodología	1
Resultados	1
Conclusiones.....	1
PALABRAS CLAVE	1
CAPÍTULO I.....	3
1. INTRODUCCIÓN	3
1.1 Planteamiento del Problema.....	4
1.2 Formulación del Problema	5
1.3 Justificación.....	5
CAPÍTULO II.....	6
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	6
2.1 Antecedentes	6
2.2 Bases Teórico Científicas	7
2.3 Definición de Términos Básicos	22
2.4 Hipótesis.....	23
CAPITULO III.....	24
3. OBJETIVOS.....	24
3.1 Objetivo General	24
3.2. Objetivos Específicos.....	24
CAPITULO IV	25
4. DISEÑO METODOLÓGICO	25
4.1 Diseño general del estudio	25
4.2 Unidad de analisis y observacion	25

4.3 Criterios de Inclusión y Exclusión	26
4.4 Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos	27
4.5 Procedimientos para garantizar procesos bioéticos	28
CAPÍTULO V	30
5. RESULTADOS.....	30
5.1. Cumplimiento del estudio.....	30
5.2. Características de la población de estudio.....	30
5.3 Análisis de los resultados	30
Tabla # 1. Distribución de 147 pacientes que acudieron a consulta externa de Ginecología según las características sociodemográficas, Hospital General Macas enero-julio 2017.....	30
Tabla # 2. Distribución de 147 pacientes que acudieron a consulta externa de Ginecología según la presencia de incontinencia urinaria, Hospital General Macas enero-julio 2017.....	31
Tabla # 3. Distribución de 147 pacientes que acudieron a consulta externa de Ginecología según las características sociodemográficas y la presencia de incontinencia urinaria, Hospital General Macas enero-julio 2017.....	32
Tabla # 4. Distribución de 147 pacientes que acudieron a consulta externa de Ginecología según las características gineco-obstétricas y comorbilidades con la presencia de incontinencia urinaria, Hospital General Macas enero-julio 2017.....	33
CAPÍTULO VI	35
6. DISCUSIÓN	35
CAPÍTULO VII	38
7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES, BIBLIOGRAFÍA	38
7.1 Conclusiones.....	38
7.2 Recomendaciones	39
7.3 BIBLIOGRAFÍA.....	40
7.3.1 Referencias bibliográficas.....	40
ANEXOS.....	44

RESUMEN

Antecedentes: El Cuestionario de Consulta Internacional sobre Incontinencia está orientado a la detección del tipo de incontinencia urinaria y a la valoración de la calidad de vida teniendo en cuenta la sintomatología.

Objetivo: Determinar la prevalencia y factores asociados a la incontinencia urinaria mediante la aplicación del test International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form (ICIQ-SF) en mujeres mayores de 50 años atendidas en Ginecología en el Hospital General Macas desde enero- julio del 2017.

Metodología: Estudio analítico, descriptivo y transversal; constituido por una población de 237 mujeres mayores de 50 años que acudieron a consulta de Ginecología en el Hospital de Macas desde enero-julio del 2017. Se utilizó el programa EPIINFO, para calcular la muestra, con un índice de confianza del 95%, margen de error del 5%, potencia del 30%; obteniendo una muestra de 137 pacientes. Y previo consentimiento informado, se encuestó y aplicó el test ICIQ-SF, procesándose los obtenidos en formularios en que constataron variables del estudio; se procesaron en el programa SPSS V.15 y se presentan en tablas.

Resultados: La prevalencia de IU fue de 41.5% y entre los factores asociados multiparidad 21.8% OR (0,83), IC (0,43-1,61), valor p (0,71); la obesidad en un 6.1% OR (0,61), IC (0,26-1,46), valor p (0,37); macrosomía OR (0,79), IC (0,22-2,83), valor p (0,97) histerectomía OR (0,57), IC (0,29-1,70), valor p (0,7)

Conclusiones: La Incontinencia urinaria de las mujeres estudiadas fue determinada por los factores asociados como la obesidad (6,1%) y la multiparidad (21,8%). Luego de aplicar el test (ICIQ-SF), del total de pacientes participantes, 61 manifestaron incontinencia urinaria, lo que representa una prevalencia de 41,5%.

PALABRAS CLAVE: PREVALENCIA, FACTORES ASOCIADOS, INCONTINENCIA URINARIA, MUJER

ABSTRACT

Background: The International Consultation Questionnaire on Incontinence is aimed at detecting the type of urinary incontinence and assessing the quality of life taking into account the symptomatology.

Objective: To determine the prevalence and factors associated with urinary incontinence through the application of the International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form (ICIQ-SF) test in women older than 50 years attended in Gynecology at General Macas Hospital from January to July 2017.

Methodology: Analytical, descriptive and transversal study; with a population of 237 women over 50 years of age who attended a Gynecology consultation at the Hospital de Macas from January-July 2017. The EPIINFO program was used to calculate the sample, with a confidence index of 95%, margin of 5% error, 30% power; obtaining a sample of 137 patients. After informed consent, the ICIQ-SF test was applied and the results obtained were processed in forms that verified study variables.

Results: The prevalence of UI was 41.5% and among the factors associated with multiparity 21.8% OR (0.83), CI (0.43-1.61), p value (0.71); obesity by 6.1% OR (0.61), CI (0.26-1.46), p-value (0.37); macrosomia OR (0.79), CI (0.22-2.83), p value (0.97) hysterectomy OR (0.57), CI (0.29-1.70), p value (0, 7).

Conclusions: The urinary incontinence of the women studied was determined by the associated factors such as obesity (6.1%) and multiparity (21.8%). After applying the test (ICIQ-SF), a prevalence of 41.5% was found for UI.

KEY WORDS: PREVALENCE, ASSOCIATED FACTORS, URINARY INCONTINENCE, WOMEN

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria es una afección en la que se produce pérdida de orina en forma involuntaria esta pérdida o escapes generalmente pueden darse ya sea por vía uretral, o extrauretral. Correspondiendo esta última a fístulas. Sin embargo, se debe tener en consideración que la incontinencia urinaria se relaciona con manifestaciones tales como incremento miccional, nocturia (despertarse en la noche una o más veces para orinar), urgencia miccional, disuria, entre otros (1).

La incontinencia urinaria aumenta con la edad esto debido a que hay una disminución del tono muscular del suelo pélvico y además de un acortamiento de la uretra condicionando de esta manera la aparición de incontinencia urinaria; afectando así el estilo de vida de las mujeres que la padecen llegando a considerarlo como algo relacionado a la edad, motivo por el cual muchas de las veces no se hace un diagnóstico temprano y por ende un tratamiento oportuno (2).

Siendo una de las causas más frecuentes que en un gran número se asocia con la multiparidad, así como con otros factores como el uso de fórceps, infecciones vaginales, urinarias, así como enfermedades crónicas tales como diabetes e hipertensión. Asociándolo también a la obesidad como un factor de riesgo, debido a la sobrecarga del suelo pélvico por lo tanto se produce incontinencia de esfuerzo (3).

La IU una condición que afecta a 200 millones de personas, esto según la Organización Mundial de la Salud, el número de personas que pueden padecer esta afección es independientemente de la edad y el sexo. No obstante, a pesar de ser frecuente en ambos sexos es en la población femenina en la que se encuentra una mayor afección, correspondiendo a un porcentaje del 69 %. (4).

1.1 Planteamiento del Problema

1.1.1 Situación Problemática

La incontinencia urinaria es un síntoma común que a pesar de no implicar una condición grave constituye una afección clínica importante, auto limita de manera significativa el estilo de vida de las personas; siendo así una situación de salud que afecta aproximadamente a 100 millones de personas. De entre los cuales alrededor del 50% viven en hospicios y de entre un 15 a 30% son mujeres mayores a 65 años (5).

A pesar que la incontinencia urinaria es una condición frecuente son muchas de las personas que la padecen las que no buscan ayuda médica muchas veces por vergüenza es así que se llega a la idea errónea de que esta condición es parte del proceso de envejecimiento por lo cual no se da un tratamiento oportuno; pudiendo deberse también a una escasa sensibilización o a una aplicación incorrecta de guías clínicas por parte de los profesionales de la salud, todos estos hechos dan como resultado trastorno de ansiedad y depresión (6,7).

En todo el mundo la Incontinencia Urinaria (IU) es un problema común siendo una condición que afecta más a mujeres adultas con una frecuencia de entre el 17 al 45% lo que conlleva a considerarlo un síndrome de preocupación en la salud publica debidos a que se ha visto que en Estados Unidos está afección supera el 2% de gastos en salud (7).

En un estudio realizado en las 16 delegaciones políticas del Distrito Federal de México a través del empleo del test International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form (ICIQ-SF) para llegar a una estimación aproximada de la incidencia de padecer incontinencia urinaria se vio que la población más afectada fue de entre 40-49 y 50-59 años coincidiendo con una frecuencia de entre 54 y 57,8 % (8).

1.2 Formulación del Problema

¿Cuál es la prevalencia de incontinencia urinaria en pacientes mayores de 50 años atendidas en consulta externa de ginecología del Hospital General Macas desde Enero a Julio del 2017?

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

¿Cuáles son los factores asociados a la incontinencia urinaria?

1.3 Justificación

La incontinencia urinaria es una patología muy frecuente sobre todo en mujeres de edad avanzada, sin embargo, son pocas las personas que acuden consultando este problema ya que muchas lo consideran como algo normal del proceso de envejecimiento; este estudio nos aportara con información para así formular nuevas estrategias que ayuden a mejorar la calidad de vida. El estudio beneficiará a la comunidad y a todo el sistema de salud, puesto que brindará conocimiento acerca de este problema en nuestro medio.

El fin de este estudio es dar a conocer cuan frecuente es la prevalencia, así como los factores asociados a la incontinencia urinaria. Tendrá aporte científico porque proporcionará datos actuales acerca de la determinación de la prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres mayores de 50 años de edad a través de la utilización del test International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form (ICIQ-SF) que tiene un buen grado de recomendación en las guías internacionales.

Es una investigación guiada y bien estructurada metodológicamente que podría servir como guía para investigaciones futuras, o bien obtener información de esta para un enfoque de aprendizaje.

CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

La incontinencia urinaria (IU) tiende a originar un problema social e higiénico, afectando entre el 10-50% de las mujeres a lo largo de su vida; ya que solo una cuarta parte de las mismas consultas debido posiblemente a una influencia negativa de la condición física, psicológica y social (2,9).

Entre los factores de riesgo que se asocian a IU, se encuentran la edad avanzada, el aumento del índice de masa corporal, la diabetes mellitus, los embarazos y partos, la historia de histerectomía, y el inicio de la menopausia, esto se llega a determinar por la gran evidencia internacional sobre esta afección: (10).

Las cifras de prevalencia de IU que aparecen en los diferentes estudios, tienden a variar dependiendo de distintos factores. Su incidencia aumenta exponencialmente con la edad, pudiendo alcanzar en las mujeres mayores de 60 años internadas en residencias un 55,7% (9,11).

Gran parte de estudios epidemiológicos acerca de la prevalencia y factores asociados a IU, se han llevado a cabo en Europa y Estados Unidos de Norteamérica. Según un estudio realizado por la Asociación Española de Enfermería en Urología la prevalencia de la IU en mujeres de edad media es del 20 al 30% y en un mayor porcentaje correspondiendo este del 30 al 50% a mujeres mayores de 65 años. En Chile, Salazar y colaboradores realizaron un estudio de IU en el cual se calculó en la población una prevalencia de IU del 62,2% en tanto que en otro estudio efectuado por Hardwardt y colaboradores detallaron una prevalencia de 77% (2,10).

En una revisión realizada en mujeres con diagnóstico de IU en un tiempo comprendido entre junio de 2008 y diciembre de 2010, se concluyeron que en una muestra de 145 mujeres la forma clínica más frecuente fue la IU de esfuerzo en el 51% de los casos, seguida de la IU mixta en el 38,6% y de la IU de urgencia en el 7,6% de los casos (2).

En un estudio realizado entre 2010-2012 que tuvo como objetivo, comparar las altas incidencias en las zonas rurales de IU, de una muestra de pacientes, a un número de fueron 68 pacientes se les hizo el diagnóstico de IU de esfuerzo, de las cuales el 70.5% correspondieron a una zona rural y el 29.4% restante fueron de una zona urbana; esta gran incidencia se vio asociada al número de partos y a ocupaciones tanto agrícolas, así como domésticas (5)

2.2 Bases Teórico Científicas

2.2.1 Incontinencia Urinaria

La Sociedad Internacional de Continencia (ICS) define a la incontinencia urinaria (IU) como la pérdida involuntaria de orina que puede afectar a todos los grupos poblacionales, siendo más frecuente en mujeres, constituyendo un problema sanitario, social y económico. Repercutiendo en la calidad de vida, limitando la libertad individual o disminuyendo inclusive la autoestima de la persona que lo padece (12-13).

La IU tiene un buen pronóstico, sin embargo, muchas veces por alguna mala intervención o porque son pocas las mujeres que acuden consultando este problema tiende a ser mal diagnosticada por lo cual no se inicia un tratamiento oportuno (12,14).

La IU es una de las causas más frecuente de consulta a urólogos, ginecólogos y médicos generales; existiendo una gran diversidad de criterios para la evaluación y selección para los respectivos tratamientos (15).

2.2.2 Tipos de incontinencia establecidos por la Sociedad Internacional de Continencia

Clínicamente la IU se clasifica como de esfuerzo, urgencia y/o mixta:

- Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE): Aquella en la cual se produce de manera involuntaria escapes de orina ya sea por esfuerzo físico, al toser o estornudar generando aumento de la presión intraabdominal y a su vez dicha presión produce incremento de la presión intravesical, es así que si, esta presión rebasa a la presión del sistema esfinteriano

uretral, se da la incontinencia. Hay una falla anatómica del mecanismo de cierre uretro-vesical. Pudiéndose diagnosticar tras el examen físico, así como métodos de bajo costo (3, 8, 16).

- Incontinencia Urinaria de Urgencia (IUU): Es aquella en la cual se produce una pérdida involuntaria de orina acompañada de urgencia; esta afección para su diagnóstico se basa en contracciones involuntarias de la vejiga o del músculo detrusor las mismas que no se inhiben desde centros superiores generando así lo que se conoce detrusor hiperactivo; dando lugar este a la vejiga hiperactiva, definiéndose esta última como urgencia urinaria, la misma que se asocia con síntomas tales como incremento de la frecuencia diurna así como nicturia (3,16).
- Incontinencia Urinaria Mixta (IUM): cuando se genera tanto una incontinencia de esfuerzo, así como de urgencia generando lo que conoce como incontinencia mixta la misma que por lo general tiende a presentarse en mujeres mayores (3,16).
- Incontinencia urinaria por rebosamiento pudiendo llamarse también incontinencia urinaria inconsciente. Es un tipo de incontinencia caracterizada por la producción de un goteo constante sin deseo miccional; esto debido a que se produce una hiperdistensión de la vejiga u obstrucción intravesical con inflamación del tracto urinario, y por consiguiente esto puede llegar a afectar el tracto urinario superior superando la presión esfinteriana a pesar de su correcto funcionamiento. Todo esto hace que personas que lo padecen hacen necesario el uso de absorbentes de manera continua (17).
- Incontinencia urinaria funcional: Es un tipo de incontinencia en la cual no se genera alteración aparente del tracto superior; no obstante, debido a trastornos físicos, psíquicos estructurales o medicamentosos, no se llega a poder evacuar en el baño; este tipo de incontinencia es más frecuente en ancianos, pudiendo asociarse con factores tales como delirium, infección urinaria, atrofia vaginal, polifarmacia psicologías, etc (17).

Debido a cambios que se producen en la fase ya sea de llenado o vaciado de la vejiga se produce incontinencia urinaria, manifestándose por la pérdida de orina en un momento inadecuado esto generalmente se debe a que se produce un fallo del musculo detrusor, una uretra incompetente o quizás debido a la asociación conjunta de los dos (17).

Una excesiva hiperactividad puede generar fallo del musculo detrusor, esto posiblemente pudiera darse ya sea de forma idiopática o por cambios neurológicos. En tanto que para referirnos a uretra incompetente hablamos de alteración del esfínter externo o de la musculatura del suelo pélvico. Y por último entendiéndose a la alteración del esfínter interno como aquella generada por afecciones orgánicas, así como por una inadecuada relajación conllevando finalmente a un daño neurológico (17).

2.2.3 Fisiopatología de la incontinencia urinaria

En cuanto a la fisiopatología de la incontinencia urinaria es fundamental tener en cuenta que el mecanismo de la continencia va a depender del equilibrio mecánico de las estructuras que componen la pelvis; es así que la fisiopatología de la IU depende no tanto de órganos, músculos, fascias, ligamentos, vasos y nervios que componen la región (18).

Para la expulsión de la orina, los músculos de la vejiga se contraen y la orina es expulsada hasta la uretra; por lo tanto, tiende a relajarse los músculos que se encuentran alrededor de ella; por estos mismos cambios generados la orina puede descender. Estos músculos también pueden contraerse generando así un cierre del orificio uretral lo que impide la salida de orina. Por lo tanto, si estos músculos tienden de cualquier manera a debilitarse o lesionarse no habrá la capacidad para retener orina en actividades, al estornudar o reír (3).

Los escapes de orina que generalmente se produzcan ya sea en poco o en moderada cantidad es debido a que la vejiga está llena; sin embargo, hablamos de que en la IUU son debidos ya sea por perdidas sensitivas, así como motoras. Correspondiendo esta última a una inestabilidad vesical lo que se conoce como hiperactividad primaria del detrusor. En tanto que cuando hablamos de un inicio temprano de plenitud vesical debido a que no hay

contracciones del detrusor nos estamos refiriendo a una urgencia sensorial. Estos cambios generados son debido a procesos obstructivos e inflamatorios (3).

El escape de orina en la incontinencia de esfuerzo, es debido a que se produce un debilitamiento de los músculos que la rodean y por consiguiente se genera los escapes de orina; este debilitamiento es debido a que la presión generada por la vejiga sobrepasa a la generada por el cierre uretral. Siendo de esta manera posibilitadas ya sea por la hipermovilidad uretral o por deficiencia intrínseca esfinteriana (3).

Otra de las clasificaciones fisiopatológicas de incontinencia es uretral o extrauretral; pudiendo esta última ser generada por un uréter ectópico (aquel que llega a cualquier lugar que no es el trigono en la vejiga. Uréter que tiene su meato en el cuello vesical o distal a él). La hipermovilidad uretral y los defectos de sostén en las mujeres generalmente tienen asociaciones a más del embarazo y partos vaginales con las cirugías pélvicas. En tanto que, debido a cambios a nivel de la vejiga, así como obstrucciones a nivel de la misma o por la asociación conjunta de ambos nos encontramos con una incontinencia uretral (3).

2.2.4 Epidemiología

En términos generales la prevalencia media estimada es de 20%-30%, en personas de edad media existe una elevación del 30 al 40%, y en adultos mayores oscila entre 30 a 50%. El estudio EPINCONT reflejo una prevalencia del 30% en mujeres de alrededor de 50 años (19).

Estamos ante que la IU es más frecuente en mujeres alcanzando una prevalencia de entre el 55%, no obstante, este no es un dato exacto ya que son muchas las mujeres a que debido a que esto afecta tanto es su estilo de vida sintiendo vergüenza por dicho padecimiento, no informan a su médico de su problema es así que se produce una falta de conocimiento ya que muchos lo consideran como un problema inevitable del envejecimiento, produciéndose de esta manera una falta de conocimiento sobre opciones terapéuticas (3,7).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que unos 200 millones de personas sufren de IU, independientemente de la edad y el sexo; aumentando la misma con la edad, menopausia y la multiparidad. La prevalencia de incontinencia urinaria varía posiblemente debido al tipo de metodología usada es así que entre la población de mujeres en España varía entre el 15 y 50 % y en estudios internacionales el intervalo es del 21 al 60 %, en Europa y Norteamérica es en término medio 27,6%. En Brasil, se ha descrito una prevalencia de 26,2% en mujeres mayores de 60 años (16, 18).

Los resultados de la Cuarta consulta internacional sobre incontinencia indicaron que la IU o aparición de pérdidas de orina al menos una vez en los últimos 12 meses, afecta del 5 al 69 % de las mujeres y del 1 al 39 % de los varones. En Centroamérica la prevalencia durante la primera etapa de la edad adulta es de (20 a 30 %), en la edad media (30-40 %), y en las mujeres en edad avanzada 30-50 % (18).

Una afección de entre el 29 a 57% puede variar dependiendo de la edad de la paciente este porcentaje corresponde a la prevalencia de incontinencia urinaria de esfuerzo, convirtiéndose así en un síndrome geriátrico, ocasionando un impacto de vida negativo para la persona que lo padece, generando un mayor impacto con un 48% de los casos asociándose principalmente a la obesidad, a partos múltiples y a la dificultad funcional (3,7).

En cuanto a la incontinencia de urgencia se ha hallado una prevalencia del 7,33% en tanto que la de la incontinencia urinaria mixta oscila entre el 14% y el 61%. Entre el 5 a 19% de una población de personas mayores diariamente tienen escapes de orina; estudios realizados en poblaciones de mujeres menopáusicas, proporcionan un porcentaje de IU de hasta el 73 % y a pesar de la elevada prevalencia de esta patología, impacta el escaso número de consultas médicas que se generan por este motivo (3,14).

2.2.5 Factores de Riesgo

De entre algunos de los factores en relación a IU tenemos factores de carácter gineco-obstétricos siendo de gran predisponencia para generar IU de entre estos factores encontramos asociación al número de partos vaginales, a la

realización de episiotomías o al uso de algún material ginecológico tal es el caso de los fórceps así como también al antecedente si ha tenido partos de hijos macrosómicos estos posiblemente se deba a la asociación de una lesión de los músculos y tejido conectivo del piso de la pelvis (3,20).

Una causa reversible, pero que también es causa de IU es la obesidad ya que en estudios realizados se ha encontrado un aumento de 1,6 veces para el riesgo de padecer IUE. El sobrepeso esto medido por el índice de masa corporal conlleva a un aumento de la presión intraabdominal repercutiendo de esta manera sobre la musculatura perineal y la unión cérvico-uretral; por lo que aquella mujer con índice mayor de 30, se debe considerar como factor de riesgo asociado a la incontinencia urinaria. Los cambios generados en la forma de vida como pérdida de peso, dietas ha demostrado mejorar los síntomas de IU (18,20,21).

El embarazo y el parto constituyen un momento crucial en la vida de la mujer, donde se altera la integridad anatómica y funcional de las estructuras del suelo pélvico es así que estudio realizado por Vila Coll el mismo que reporta una prevalencia de IU del 52,1 % en mujeres con parto vaginal frente a un 27 % de nulíparas, resultados que se corresponden con autores como Thomas, Holst y Wilson (18).

Entre algunos de los mecanismo por los que el parto vaginal puede dañar el esfínter y ocasionar incontinencia son: 1) daño del tejido conectivo de soporte por el proceso mecánico del parto; 2) daño vascular de las estructuras pélvicas como consecuencia de la compresión ocasionada por el feto; 3) afección de los nervios o de los músculos pélvicos o inclusive ambos a consecuencia del trauma y 4) lesión directa al tracto urinario en el momento del parto (22).

En la multiparidad debido a que se produce estrechamiento de la musculatura estriada perineal así como en el suelo pélvico esta distensión que se genera es en el momento del parto y es de forma longitudinal, produciéndose daño en estos músculos es así que aunque en un 80% de casos después del primer parto existe una reinervación del suelo pélvico posterior a ello si se producen más partos podría generarse un daño de la zona afectada por lo cual es

fundamental una correcta educación sobre el fortalecimiento de la musculatura pélvica (17).

Conforme la edad se van produciendo cambios estructurales en el tracto urinario; es así que en la menopausia hay incremento de incontinencia urinaria, este hecho ocurre debido a que se genera no solo un acortamiento del número sino también del diámetro de la musculatura lisa y estriada; relacionado conjuntamente con la asociada a la pared uretral hecho que conjuntamente con los cambios hormonales ocurridos en la etapa de la menopausia condicionan a general a nivel del aparato urogenital modificaciones atróficas (3,17, 20).

Es así que los cambios fisiológicos con la edad, la comorbilidad, la polifarmacia y el deterioro funcional aumentan la vulnerabilidad de las pacientes. Inclusive la histerectomía al producir volúmenes residuales elevados además de fistulas presentes después de histerectomías e inclusive las infecciones; todo ello altera la función vesical (3,17, 20).

En varios estudios, la histerectomía vaginal se ha asociado con la incontinencia urinaria de esfuerzo ya que esta tiene la capacidad de poder general lesiones a nivel de nervios además de cambios en los soportes musculo faciales de la vejiga a la pared pélvica que la rodea originando pérdida de orina. Debido a que los estudios muestran resultados variables en cuanto a la asociación entre el tipo de histerectomía y la IU. Se ha informado que la histerectomía causa remisión de la IU; esto demuestra la complejidad de informar a las mujeres sometidas a histerectomía sobre los riesgos de la incontinencia urinaria (17, 23).

La utilización de fármacos en general está asociada a la IU. En un estudio español realizado en el 2014 se demostró que el uso de antidepresivos y antihipertensivos, se asocia a la IU, no obstante, no se observó relación entre el uso de diuréticos ni antialérgicos. Resultados obtenidos del mismo estudio indican que el número de embarazos no parece influir en la IU; más bien la presencia de desgarros en el parto sí influye negativamente en la misma (20).

La diabetes mellitus aumenta la probabilidad de desarrollar todos los tipos de IU, siendo 2,12 veces mayor la probabilidad de presentar IUM en las mujeres

diabéticas. Sin embargo, se desconoce específicamente el mecanismo por el cual podría tener asociación, pero podría tener relación con la neuropatía y vasculopatía que se produce en esta enfermedad (10, 21).

Se realizó un estudio descriptivo transversal en 506 sujetos consecutivos en los que se utilizó el Cuestionario (ICIQ IU SF), obteniéndose una frecuencia de 55,6% (IC 95% 49,8-61,9) en mujeres. Los factores asociados a la IU en mujeres, fueron la obesidad (OR = 2,5; IC 95% 1,28-4,67; p = 0,007), los desgarros durante el parto (OR = 1,9; IC 95% 1,03-3,65; p = 0,039), la episiotomía (OR 1,7; p = 0,067). Este hallazgo, descrito previamente por Fornell et al.¹⁶ en mujeres podría deberse a que el mayor peso condicionaría presiones intraabdominales elevadas que producirían lesión del suelo pélvico (20).

Así también en un estudio de corte transversal correlacional, aplicando una encuesta a 289 mujeres mayores de 30 años inscritas en el CESFAM Ultraestación de Chillán, se encontró el 72,2% de las mujeres obesas reportaron IU, lo que les confiere 1,33 veces más probabilidad de presentar dicha patología. Las mujeres que experimentan partos vaginales presentan 1,38 veces más probabilidad de desarrollar IU al compararlas con mujeres que no habían experimentado partos (10)

2.2.6 Diagnóstico

Como se sabe para todo diagnóstico temprano y oportuno la base fundamental es una adecuada anamnesis y un exhaustivo examen físico y complementarlo con exámenes de laboratorio o estudios imagenológico todo ello debiendo estar orientado a (17):

1. Facilitar la consulta por esta causa (frecuentemente ocultada).
2. Objetivar y cuantificar la pérdida de orina.
3. Determinar el impacto sobre la calidad de vida.
4. Constituir hipótesis que lleven al diagnóstico respectivo de la incontinencia y de la actualidad de la enfermedad causal.
5. Prescindir a cualquier afección a nivel urológico que pudiese estar relacionado.

6. Excluir cualquier condición que pudiese desencadenar o agravar el cuadro (17).

La base fundamental debe ser una adecuada anamnesis la misma que está encaminada a la orientación de toda característica presente en los tipos de IU además no debe faltar los factores que conllevaron a padecer dicha afección siendo los mismo de gran utilidad; ya que si hablamos de que los escapes de orina se dan por la realización de algún esfuerzo o de la tos nos estamos encaminando más a un tipo de incontinencia de esfuerzo (17).

Siendo de gran importancia también diferenciar el tipo de clínica predominante; si es el componente de esfuerzo o el de urgencia o ambos y qué síntomas la acompañan pudiendo ser síntomas de vaciado o llenado, dolor pelviano o perineal, sensación de presión que nos haga pensar en un prolapso, pérdida continua que indique una posible fístula, hábito intestinal es decir condiciones que pudiesen estar relacionadas a los cambios que se generen en cuanto a la función del musculo detrusor o del esfínter ya que mucho de estos cambios son pasajeros y sencillos de remediar (17, 21).

La incontinencia urinaria es una afección frecuente; sin embargo, en algunos casos esta esta enmascarada especialmente en aquellos casos en los que hay debilidad de los soportes de la uretra e hipermovilidad uretral; es así que en caso de cistocele, la paciente puede expresar una disminución de las pérdidas urinarias asociada con el cistocele, lo que enmascara la incontinencia (24).

Otro de los datos muy importantes en la anamnesis es a cerca de los antecedentes personales ya que condiciones crónicas como hipertensión la diabetes, ciertas patologías tanto carenciales como neurológicas ya que el uso de medicamentos para este tipo de patologías puede alterar el funcionamiento vesicoesfinteriano. Entre otra de los datos importante es acerca de intervenciones quirúrgicas previas sobre órganos pélvicos; así como de antecedentes ginecoobstétricos o de algún trauma. (17)

Es fundamental identificar factores tales como hematuria, sintomatología de infección de vías urinarias o a una eliminación de litos ya que constituyen otros tipos de factores con los cuales se les asocia a la IU. Otra manera con la cual

podemos llegar a un diagnóstico adecuado es el registro tanto de la cantidad y el tipo de escape que se producen en cada episodio miccional; esto se lo realiza mediante la utilización de una cartilla miccional lo que nos lleva al acercamiento de la hiperactividad vesical, así como el volumen vesical alcanzado (17).

En cuanto al segundo dato fundamental para el diagnóstico; es el examen físico en el cual se debe explorar el abdomen y los flancos, la región genital y perineal realizando un tacto vaginal para valorar la existencia de prolapsos de órganos pélvicos; siendo fundamental la revisión del estado de la musculatura pélvica (21).

También hay que descartar afecciones como la obesidad, el estrogenismo así como el desplazamiento de la pared vaginal anterior esto a través del pujo; inclusive puede llegar a ser de gran utilidad el test Marshall/Bonje así como también el Q-Tip test el cual consiste en introducir un hisopo a través del meato y realizar una maniobra de valsalva; si el hisopo se moviliza $> 30^\circ$ se considera hipermovilidad uretral; con estos test se trata de objetivar las pérdidas urinarias uretrales en asociación a valsalva evaluando así los cambios generados (17,21, 25).

Durante el tacto vaginal pedimos a la paciente que tosa fuertemente, si hay descenso del cuello vesical y pared vaginal anterior (unión uretro-vesical) y si hay IU existe escape. Luego con dos dedos presionamos en cara lateral superior de la vagina provocando la elevación del cuello vesical, otra vez repetimos el mismo procedimiento y si no hay escape la prueba es positiva reflejando IU por Hipermovilidad uretral. Se logra un buen resultado con tratamiento quirúrgico tras la técnica de banda libre de tensión (21).

Otra manera de llegar al diagnóstico de IU es a través de la utilización de cuestionarios validados y además comparados por diferentes grupos haciéndolos de uso confiable siendo uno de los más validados el ICQ-SF; pudiendo ayudar a complementar la etapa así como a cuanto llega a afectar la calidad de vida de la pacientes; permitiendo una objetivación más clara por parte del personal médico así como para entendimiento del paciente haciéndolo de esta manera una forma diagnóstica más sencilla y factible (1,17)

En cuanto al diagnóstico de IUE conlleva al encuentro de escapes de orina involuntarios en la citometría de llenado, esto junto al incremento de la compresión intraabdominal sin que haya habido contracción del músculo detrusor. Otra manera en la cual se produzca fugas es debido a un incremento de la presión de la vejiga la misma que supera la del cierre uretral pudiendo ser explicado este incremento debido a la presencia de cistocele y a que la uretra rote tanto hacia abajo como afuera; otra manera en la cual puede haber fuga es si la uretra tiene una debilidad inherente (8).

En tanto que en la incontinencia de urgencia el diagnóstico se hace cuando se evidencia que hay una fuga involuntaria precedida por sensación de urgencia. Siendo así que para llegar al diagnóstico de incontinencia mixta debe estar presentes ambos tipos de fuga ya mencionadas (8).

Se debe realizar estudios tales como el de examen de orina además de un cultivo. Sin embargo, entre los estudios más importantes deben ser tomados en cuenta los que conllevan a mejorar tanto la anatomía, así como los de sostén para el sistema urinario inferior, además de la Uretrocistografía, ecotomografía tanto de abdomen como de la pelvis, así como un scanner de vías urinarias posterior a estos exámenes se podría realizar aquellos a través de los cuales se puede específicamente el tipo de incontinencia entre estos la cistoscopia, y los que evalúan la urodinámica (17).

2.2.6.1 Test International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form (ICIQ-SF)

En la primera consulta efectuada y patrocinada por la Organización Mundial de la Salud en el año de 1998, la Consulta Internacional de Incontinencia llegó a la conclusión de efectuar un cuestionario que sea sencillo su utilización de manera clínica a través del cual se pudiese evaluar tanto los síntomas, así como el grado de impactación que genera la incontinencia urinaria. Es así que uno de los más validados y utilizados en el International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form (ICIQ-SF) y que a través de su aplicación se ha generado una confiabilidad y sensibilidad en la aplicación del mismo (16, 26,27).

Este cuestionario se validó posterior al cumplimiento de requisitos tales como una traducción adecuada el cumplimiento de criterios de valides además de confiabilidad y de sensibilidad; siendo así el ICIQ-SF uno de los cuestionarios puesto a disposición para todo grupo de estudio. El cuestionario se ha traducido y adaptado culturalmente en diversos países, su versión española ha demostrado tener adecuadas propiedades; con el mismo se pretende evaluar no solo la severidad sino también la frecuencia, el volumen, así como las circunstancias de la fuga de orina y su interferencia con la vida diaria (16, 27).

Siendo un cuestionario de entrevista personal, de fácil realización, sin costo excesivo y al no estar expuestos a sesgos del entrevistador permiten analizar los problemas desde la perspectiva de los pacientes. A pesar de que se ha demostrado su superioridad con respecto a otros cuestionarios, su uso no ha sido validado en poblaciones de países de habla hispana en vías de desarrollo. En nuestro país no se ha validado ningún cuestionario en relación al tema de la incontinencia urinaria (27).

El contenido de este cuestionario, validado en España asegura que el mismo tiene suficientes elementos y cubre adecuadamente el dominio objeto de investigación. Además, permite estimar la prevalencia de IU no solo de manera factible sino además evaluar mejor cualquier estrategia de detección precoz, diagnóstico y tratamiento ante este problema de salud (27, 28).

Dicho cuestionario está basado en 4 preguntas fundamentales (27):

¿Con qué frecuencia pierde orina?

Cantidad de orina que pierde habitualmente

Estos escapes de orina que tiene ¿Cuándo afectan su vida diaria?

¿Cuándo pierde orina? (27)

Con las mismas que se va a evaluar el impacto que genera la IU en el estilo de vida, así como también va a conceptualizar las pérdidas urinarias que se produzcan; estas pérdidas que se presenta va variando es así que si no interfiere será una puntuación de 0 y una de 10 será que interfiere demasiado. La sumatoria de preguntas 1,2 y 3 si son superiores a cero, se llega a

considerar diagnóstico de IU. La cuarta pregunta indaga sobre la situación en la que la persona pierde la orina (29,30).

2.2.7 Tratamiento

Un tratamiento adecuado dependerá de la precisión con que se haya hecho el diagnóstico y del conocimiento claro que se tenga acerca de la fisiopatología de base que explica el cuadro clínico de personas con incontinencia urinaria (16).

En el tratamiento de la IU se emplean técnicas conservadoras, quirúrgicas, y como técnica mixta la neuromodulación periférica (conservadora) y central (quirúrgica). Actualmente el manejo conductual es de primera línea (reeducación vesical, manejo de la ingesta de líquidos, reforzamiento muscular de piso pelviano y otros) y de segunda línea el uso de anticolinérgicos. El uso de terapia estrogénica local se utiliza en casos de atrofia genitourinaria en mujeres posmenopáusicas (31, 32).

2.2.7.1 Fisioterapia, biofeedback y rehabilitación del piso pélvico

Para algunos autores, entre uno de los primeros métodos de tratamiento es la realización de ejercicios que refuercen la musculatura del suelo pélvico esto para todo tipo de incontinencia urinaria; dicho refuerzo consiste en fortalecer los músculos del piso de la pelvis principalmente el complejo pubococcigeo y el elevador del ano y su contracción en forma aislada con la importancia de poder llegar a la inhibición de la contracción del musculo detrusor y la IUU (8,33).

Este reforzamiento se lleva a cabo mediante dispositivos los mismos que se concentran en la monitorización ejercida a nivel vaginal además de la señalización tanto esfinteriana como de la musculatura abdominal. Todo esto se ejerce a través de un programa en el cual se indica ejercicios para la contracción, así como la relajación de la musculatura pelviana es así que este mismo indica si los está efectuando de manera correcta o errónea generando un autocontrol progresivo además de soportes positivos. Teniendo más eficacia en mujeres con incontinencia de esfuerzo (17, 25).

Dado los resultados hallados en múltiples estudios, se encontró que la electromiografía-biofeedback en el entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico en la incontinencia urinaria mejora la incontinencia y el estilo de vida (31).

2.2.7.2 Terapia Farmacológica

Los medicamentos recomendados para la incontinencia urinaria son aquellos que mejoran la fase de continencia siendo entre estos los más usados los anticolinérgicos (con potencia variable), medicamentos como la oxibutinina y tolterodina (relajantes musculares y anticolinérgicos). Los anticolinérgicos. Inhiben acción de acetil colina, suprimiendo contracciones involuntarias vesicales y aumentando la capacidad vesical (17, 21).

Para la eficacia del tratamiento se debe emplear al menos dos anticolinérgicos distintos y se debe esperar entre 4 a 12 semanas para ver su eficacia. Sin embargo, en personas de edad avanza su uso debe hacerse con precaución ya que estos medicamentos pueden empeorar el deterioro cognitivo (21).

Otro de los medicamentos a usarse son algunos antidepresivos (como la imipramina) y bloqueadores de los canales de calcio como diltiazem; sobre todo este tipo de terapia es adecuada en la Incontinencia urinaria de urgencia y la de esfuerzo así como en la vejiga hiperactiva y algunos trastornos esfinterianos así como de acomodación (17).

Dentro de los efectos secundarios que limitan el uso de estos medicamentos y por consiguiente la imposibilidad de una buena incorporación al tratamiento es la sequedad bucal; de entre los medicamentos que permiten la continencia, el mismo que es ejercido mediante el mejoramiento del tono esfinteriano, incrementando la resistencia o inclusive generando una disminución de contracciones por parte del detrusor y mejorar la capacidad vesical (disminuyendo la sensibilidad vesical) (17).

La duloxetina es un inhibidor de la recaptación de la serotonina y de la noradrenalina. Aumenta el tono muscular y favorece el cierre uretral. Su eficacia no está totalmente comprobada por lo que, únicamente se la debe

emplear en casos en que por comorbilidades u otros motivos y exista una depresión concomitante se descarte la cirugía (21).

No obstante, no existe suficiente evidencia que indiquen la superioridad del tratamiento farmacológico respecto al tratamiento conservador. Es así que las guías europeas de incontinencia urinaria recomiendan principalmente las medidas conservadoras para intentar no emplear tratamiento farmacológico en las personas mayores; ya que generalmente las pacientes están más satisfechas con el resultado de ejercicios de suelo pélvico que con el tratamiento farmacológico (21).

2.2.7.3 Terapia Quirúrgica

Hablamos de una terapia quirúrgica cuando ha fallado un tratamiento conservador este tipo de terapias tienen una gran superación a la de las curaciones tanto subjetivas como objetivas. Entre las cirugías correctivas están las eslingas uretrales medias, así como aquellas aplicadas a nivel de la unión uretrovesical; entre otras de las cirugías tenemos la uretropexia retropúbica así como a los agentes volumétricos de la uretra y finalmente a los esfínteres artificiales (4).

En la incontinencia urinaria de esfuerzo, son de gran utilidad el uso de cintas sub uretrales pudiendo colocarse por dos vías la transvaginal en el caso de que la cinta se fijase en forma retropúbica o en el caso de que se exterioriza deberá ser mediante los agujeros obturadores de la pelvis. Sin embargo, en este tipo de incontinencias se han usado diversas técnicas de suspensión del cuello vesical y la uretra proximal (uretrocervicopexias), tanto por vía vaginal, suspensiones combinadas de la uretra y del cuello vesical suspensiones por vía retropúbica. (16).

Esfínter artificial un dispositivo mecánico con el que se puede efectuar una manera para la compresión y la producción del cierre uretral. En otras palabras, reemplazar la función esfinteriana y que mediante una valvula va a permitir la apertura transitoria; siendo esta válvula utilizada por el mismo paciente alojándolo a nivel del labio mayor de la mujer (16)

2.3 Definición de Términos Básicos

Diabetes: Enfermedad metabólica crónica e irreversible en la que se produce un exceso de azúcar en la sangre y en la orina; se debe a una disminución en la producción de la hormona insulina o a una deficiencia de su acción.

Duloxetina: Medicamento antidepresivo que se utiliza para el manejo de la incontinencia urinaria por estrés además del de la depresión mayor.

Ecotomografía: Procedimiento de diagnóstico, que emplea el ultrasonido para crear imágenes bidimensionales o tridimensionales y se utiliza para ver el estado de las estructuras internas del cuerpo, como órganos, venas y arterias.

Fórceps: Instrumento obstétrico en forma de tenazas que se utiliza para ayudar a salir la cabeza del bebé del canal del parto cuando hay dificultades en el momento de la expulsión o para acelerar el parto cuando éste se alarga y representa un peligro para la madre o/y para el feto, simulando los mecanismos del parto normal.

Hematuria: Presencia de sangre en la orina, bien sea de forma visible lo que se manifiesta por la emisión de orina de color rojo, o microscópica que se evidencia al encontrar hemoglobina en un examen de orina.

Hipertensión: Presión excesivamente alta de la sangre sobre la pared de las arterias de forma crónica.

Incontinencia: Desorden o alteración del organismo que consiste en la emisión involuntaria pero consciente de la orina, los excrementos u otra materia biológica, cuya evacuación se produce normalmente bajo la influencia de la voluntad.

International Consultation on Incontinence: Consulta Internacional sobre Incontinencia.

Micción: Proceso mediante el cual se evacua la orina de la vejiga cuando está llena.

Neuromodulación: Técnica que se emplea para aumentar o disminuir la excitabilidad de una neurona o de un grupo de neuronas a través de un electrodo de estimulación o de un catéter que lleva un producto medicamentoso.

Obesidad: Estado patológico que se caracteriza por una acumulación anormal o excesiva de grasa en el organismo que puede ser perjudicial para la salud.

Retropúbica: (Anatomía) Detrás de la zona púbica (y en frente de la vejiga urinaria).

Uretrocistografía: Radiografía de la uretra y de la vejiga tras la inyección de un medio de contraste opaco a los rayos X a través de la uretra para estudiar las características anatómicas y funcionales de la vejiga y la uretra, conducto que comunica a la vejiga con el exterior.

Uretropexia: Una operación para fijar una uretra desprendida causante de incontinencia urinaria.

Uretrovesical: Relacionado con el uréter y la vejiga, específicamente la unión del uréter con la vejiga.

2.4 Hipótesis

La prevalencia de la incontinencia urinaria en las mujeres mayores de 50 años que fueron atendidas en consulta externa de ginecología en el Hospital General de Macas es mayor al 30% reportado según el EPICONT, Asociación Española de Urología. Más aun en aquellas con factores considerados asociados como la edad, multiparidad, obesidad, histerectomía comparadas con aquellas que no posean dichos factores.

CAPITULO III

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Determinar la prevalencia y factores de riesgo asociados a la incontinencia urinaria mediante la aplicación del test International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form (ICIQ-SF) en mujeres mayores de 50 años que acuden a consulta externa de Ginecología en el Hospital General Macas desde Enero a Julio del 2017.

3.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar socio-demográficamente al grupo de estudio como edad, etnia, procedencia.
- Determinar la prevalencia y el tipo de incontinencia urinaria en las mujeres mayores a 50 años mediante la aplicación del test (ICIQ-SF).
- Identificar los factores de riesgo asociados a la incontinencia urinaria tales como multiparidad, obesidad, histerectomía.

CAPITULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Diseño general del estudio

Se realizó un estudio analítico, descriptivo y transversal; constituido por una población de 237 mujeres mayores de 50 años que acudieron a consulta de Ginecología en el Hospital de Macas en el período de tiempo comprendido entre Enero a Julio del 2017. Se utilizó el programa EPIINFO, para calcular la muestra, con un índice de confianza del 95%, margen de error del 5%, potencia del 30%; obteniendo una muestra de 137 pacientes. Es así que previo consentimiento informado, se encuestó y aplicó el test ICIQ-SF para la obtención de la información requerida. Los datos obtenidos de los formularios en los que constataron variables del estudio; se procesaron en el programa SPSS V.15 mediante frecuencia absoluta, porcentaje y riesgo relativo; los cuales se presentaron en tablas.

4.1.1 Tipo de estudio

Se realizará un estudio analítico, descriptivo y transversal.

4.1.2 Área De Investigación

La investigación se realizó en el servicio de consulta externa de Ginecología del Hospital General Macas, en la ciudad de Macas, Provincia de Morona Santiago, Ecuador.

4.1.3 Universo De Estudio

El universo estuvo constituido por todas las mujeres mayores de 50 años que acudieron a consulta externa de ginecología en el Hospital General Macas en el período de tiempo comprendido entre el 01 de enero hasta el 18 de julio del 2017. Siendo así una población de 237 pacientes.

4.1.4 Selección y Tamaño de la Muestra

Para estimar el tamaño de la muestra necesaria para realizar el estudio se tomó en cuenta el total de pacientes mayores de 50 años que acudieron a consulta externa de Ginecología en el Hospital General Macas en el período de tiempo comprendido desde enero a julio del año 2017.

Calculo del tamaño de la muestra

Para el cálculo de la muestra se utilizó el programa estadístico EPIINFO en el que consta los siguientes parámetros:

Población: 237 pacientes

Prevalencia: 30%

Intervalo de confianza: 95%

Margen de error: 5%

Luego de calcular, se obtuvo una muestra de $n = 137$ pacientes

4.2 Unidad de Análisis y de Observación

Mujeres mayores de 50 años de edad que acudieron a consulta externa de ginecología en el hospital general de macas, donde se evaluó pérdidas involuntarias de orina, la frecuencia, la cantidad y las circunstancias de las perdidas urinarias, además de factores relacionados con la incontinencia urinaria.

4.3 Criterios de Inclusión y Exclusión

4.3.1 Criterios de Inclusión

- Mujeres que acudieron al servicio de consulta externa de Ginecología en el Hospital General Macas desde enero hasta julio de 2017.
- Pacientes mayores de 50 años.
- Firma

4.3.2 Criterios de Exclusión

- Mujeres que no completen la encuesta o el test.

4.4 Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos

4.4.1 Métodos de procesamiento de la información

El método de estudio se realizó con por la aplicación del test International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form (ICIQ-SF) el cual analiza 4 parámetros:

¿Con qué frecuencia pierde orina?

Cantidad de orina que pierde habitualmente

Estos escapes de orina que tiene ¿Cuándo afectan su vida diaria?

¿Cuándo pierde orina?

Este es un test que consta de ítems de frecuencia, cantidad e impacto. Es así que la forma en que se clasificó la pérdida de orina fue en ítems: nunca, una vez a la semana, 2-3 veces por semana, una vez al día, varias veces al día y continuamente, puntuándose desde 0 (nunca) hasta 5 (continuamente). La cantidad de pérdida de orina se clasificó en nada (0 puntos), muy poca (2 puntos), moderada (4 puntos) y mucha (6 puntos). El impacto, de estos escapes de orina cuanto han afectado su vida diaria se valoró mediante una escala con una puntuación desde 0 (nada) a 10 (mucho).

De esta manera la puntuación total de la sumatoria de los tres ítems siendo así un rango entre 0 y 21 puntos. Sin embargo, se considera diagnóstico de IU a aquella puntuación que sumada los tres ítems sean superior a cero. A consulta externa acudieron 237 pacientes de las cuales se obtuvo una muestra de 137; es así que a más del test mencionado se les aplicó una encuesta sobre los factores de riesgo más frecuentes de incontinencia urinaria de esta manera se preguntó factores como desgarros, multiparidad, obesidad, histerectomía e hijos macrosómicos.

Los resultados obtenidos se procesaron en el programa estadístico SPSS V15.0 y se presentaron en tablas simples y de doble entrada. Los datos que se presentan son de transparencia y son el resultado de la búsqueda y síntesis de

la evidencia científica existente en la actualidad, tras un amplio análisis de los artículos publicados en la literatura médica.

4.4.2 Técnica

Se entrevistó a todas las mujeres mayores de 50 años de edad que acudieron a consulta de ginecología en un periodo comprendido entre enero y julio 2017. En quienes previo consentimiento informado se realizó un cuestionario (Anexo # 2), en el cual se analizó las características sociodemográficas, así como factores de riesgo de incontinencia urinaria. Al mismo tiempo se aplicó un segundo cuestionario el International Consultation on Incontinence Questionnaire *Short-Form* (ICIQ-SF) (Anexo # 3) con la finalidad de determinar la prevalencia de la Incontinencia Urinaria.

4.5 Procedimientos para garantizar procesos bioéticos

Se solicitó la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Católica de Cuenca para la realización de la investigación. Además, se obtuvo el permiso correspondiente del Director del Hospital General Macas para realizar el estudio en la institución (Anexo # 5). La información obtenida en este estudio se mantendrá en total confidencialidad, no se publicará bajo ninguna circunstancia datos personales que revelen la identidad de los sujetos.

4.6. Operacionalización de las Variables

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento.	Cronológico	Cédula de identidad	Numérica
Etnia	Comunidad humana que comparte rasgos físicos, culturales, idioma, religión, vestimenta	Autodeterminación personal	Encuesta	Blanca Mestiza Indígena
Residencia	Lugar donde habita actualmente.	Geográfica	Encuesta	Urbana Rural
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Condición conyugal	Cédula de identidad	Soltera Casada Unión libre Divorciada
Incontinencia urinaria	La Sociedad Internacional de Continencia define a la incontinencia urinaria (IU) como la pérdida involuntaria de orina que puede afectar a todos los grupos poblacionales. Constituyendo un problema sanitario, social y económico.	Fisiológica	International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form (ICIQ-SF)	Positivo Negativo
Parto Vaginal	Proceso fisiológico donde se produce la salida del feto del útero por vía vaginal.	Proceso	Encuesta	No Si
Multiparidad	Condición en la que la mujer ha tenido 4 o más hijos.	Número de hijos	Encuesta	SI NO
Episiotomía	Incisión que se practica en el periné de la mujer, partiendo de la comisura posterior de la vulva hacia el ano, con el fin de evitar un desgarro de los tejidos durante el parto y facilitar la expulsión de la criatura.	Quirúrgico	Encuesta	Si No
Desgarros en el parto	Laceraciones en el tejido vaginal, piel del perineo y músculos del perineo que pueden extenderse hasta el esfínter anal que se producen durante el parto.	Lesiones	Encuesta	Si No
Macrosomía	Peso del recién nacido mayor a 4000 gr.	Presencia	Encuesta	Si No
Histerectomía	Operación quirúrgica que consiste en extirpar el útero total o parcialmente.	Procedimiento	Encuesta	Si No
Diabetes Mellitus	Es una enfermedad crónica en la que el cuerpo no puede regular la cantidad normal de azúcar en la sangre.	Metabólica	Encuesta	Si No
Obesidad	Enfermedad crónica de origen multifactorial, la cual se caracteriza por acumulación excesiva de grasa o hipertrofia general del tejido adiposo en el cuerpo.	Nutricional	IMC 30-34 kg/m ² IMC 35-39.9 kg/m ² IMC mayor a 40 kg/m ²	Obesidad grado I Obesidad grado II Obesidad grado III

CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

5.1. Cumplimiento del estudio

Se trabajó con una muestra de 147 pacientes mayores de 50 años que asistieron a consulta externa de ginecología del hospital general de Macas las mismas que cumplieron los criterios de inclusión establecidos en el estudio, para la recolección de datos se aplicaron dos formularios con el fin de determinar la prevalencia y factores de riesgo asociados a incontinencia urinaria.

5.2. Características de la población de estudio

La población está constituida por 237 pacientes mayores de 50 años que acudieron a consulta externa de ginecología en el hospital general de Macas, de las cuales a través del programa EPIINFO se obtuvo una muestra de 147.

5.3 Análisis de los resultados

Tabla # 1. Distribución de 147 pacientes que acudieron a consulta externa de Ginecología según las características sociodemográficas, Hospital General Macas enero-julio 2017.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
EDAD (Años)	50-59	59	40,1
	≥60	88	59,9
ETNIA	Indígena	64	43,5
	Mestiza	83	56,5
RESIDENCIA	Rural	57	38,8
	Urbana	90	61,2
ESTADO CIVIL	Casada	101	68,7
	Unión libre	38	25,9
	Viuda	8	5,4
Total		147	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborado por la autora.

Análisis: La tabla # 1 expone las características sociodemográficas de la población estudiada. Se evidencia que la mayoría de las mujeres tienen 60 o más años de edad (59,9%) y son de etnia mestiza (56,5%). Además, podemos observar que más de la mitad de las pacientes viven en zonas urbanas (61,2%) y están casadas (68,7%).

Tabla # 2. Distribución de 147 pacientes que acudieron a consulta externa de Ginecología según la presencia de incontinencia urinaria, Hospital General Macas enero-julio 2017.

INCONTINENCIA URINARIA	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Si	61	41,5
No	86	58,5
Total	147	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborado por la autora.

Análisis: La tabla # 2 muestra que, luego de aplicar el test International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form (ICIQ-SF), del total de pacientes participantes, 61 fueron diagnosticadas de incontinencia urinaria, lo que representa una prevalencia de 41,5%.

Tabla # 3. Distribución de 147 pacientes que acudieron a consulta externa de Ginecología según las características sociodemográficas y la presencia de incontinencia urinaria, Hospital General Macas enero-julio 2017.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS			INCONTINENCIA URINARIA		Total	p	OR	IC 95%
			Si	No				
EDAD (Años)	50-59	n	21	38	59	0,31	0,66	0,34-1,31
		%	14,3%	25,9%	40,1%			
	≥60	n	40	48	88			
		%	27,2%	32,7%	59,9%			
ESTADO CIVIL	Con pareja	n	57	82	139	0,89	0,7	0,17-2,90
		%	38,8%	55,8%	94,6%			
	Sin pareja	n	4	4	8			
		%	2,7%	2,7%	5,4%			
ETNIA	Indígena	n	25	39	64	0,72	0,84	0,43-1,63
		%	17,0%	26,5%	43,5%			
	Mestiza	n	36	47	83			
		%	24,5%	32,0%	56,5%			
RESIDENCIA	Rural	n	19	38	57	0,15	0,57	0,29-1,14
		%	12,9%	25,9%	38,8%			
	Urbana	n	42	48	90			
		%	28,6%	32,7%	61,2%			
Total		n	61	86	147			
		%	41,5%	58,5%	100,0%			

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborado por la autora.

Análisis: La tabla # 3 muestra que la mayoría de pacientes con incontinencia urinaria tienen 60 o más años de edad (27,2%), poseen pareja (38,8%), son de etnia mestiza (24,5%) y viven en zonas urbanas (28,6%). Sin embargo, no se encontró asociación estadística entre estas características y la incontinencia urinaria ($p > 0,05$).

Tabla # 4. Distribución de 147 pacientes que acudieron a consulta externa de Ginecología según las características gineco-obstétricas y comorbilidades con la presencia de incontinencia urinaria, Hospital General Macas enero-julio 2017.

CARACTERÍSTICAS GINECO-OBSTÉTRICAS Y COMORBILIDADES			INCONTINENCIA URINARIA		Total	p	OR	IC 95%
			Si	No				
PARTO VAGINAL	Si	n	54	75	129	1,00	1,13	0,41-3,11
		%	36,7%	51,0%	87,8%			
	No	n	7	11	18			
		%	4,8%	7,5%	12,2%			
MULTIPARIDAD (>4 hijos)	Si	n	32	49	81	0,71	0,83	0,43-1,61
		%	21,8%	33,3%	55,1%			
	No	n	29	37	66			
		%	19,7%	25,2%	44,9%			
EPISIOTOMÍA	Si	n	6	8	14	1,00	1,06	0,35-3,24
		%	4,1%	5,4%	9,5%			
	No	n	55	78	133			
		%	37,4%	53,1%	90,5%			
DESGARRO VAGINAL	Si	n	17	30	47	0,47	0,72	0,35-1,47
		%	11,6%	20,4%	32,0%			
	No	n	44	56	100			
		%	29,9%	38,1%	68,0%			
HIJO MACROSÓMICO	Si	n	4	7	11	0,97	0,79	0,22-2,83
		%	2,7%	4,8%	7,5%			
	No	n	57	79	136			
		%	38,8%	53,7%	92,5%			
HISTERECTOMÍA	Si	n	9	17	26	0,57	0,7	0,29-1,70
		%	6,1%	11,6%	17,7%			
	No	n	52	69	121			
		%	35,4%	46,9%	82,3%			
DIABETES	Si	n	10	24	34	0,15	0,51	0,22-1,16
		%	6,8%	16,3%	23,1%			
	No	n	51	62	113			
		%	34,7%	42,2%	76,9%			
OBESIDAD	Si	n	9	19	28	0,37	0,61	0,26-1,46
		%	6,1%	12,9%	19,0%			
	No	n	52	67	119			
		%	35,4%	45,6%	81,0%			
Total		n	61	86	147			
		%	41,5%	58,5%	100,0%			

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborado por la autora.

Análisis: La tabla # 4 muestra que la mayoría de mujeres diagnosticadas con incontinencia urinaria han tenido partos vaginales (36,7%). Además, podemos observar que dentro de las pacientes afectadas se destacaron las multíparas

(21,8%). Por otro lado, llama la atención que se registró mayor número de casos de incontinencia urinaria en las mujeres que no han presentado episiotomías, ni desgarros vaginales, no han tenido hijos macrosómicos ni han sido hysterectomizadas. Respecto a las comorbilidades, se evidencia una minoría de personas con diabetes y obesidad que también presentan incontinencia urinaria (6,8% y 6,1%). No obstante, no se encontró asociación estadística entre estas características y la presencia de incontinencia urinaria ($p>0,05$).

CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

Durante los seis meses de estudio fueron procesadas datos de 147 pacientes (100%), y que a través del test ICIQ-SF fueron 61 (41.5%) catalogadas por pacientes con incontinencia urinaria pertenecientes a edades de 50-79 años coincidiendo así en que esta afección aumenta con la edad, así como lo señalan en un estudio efectuado en México en el cual se aplicó el mismo Test reportando una prevalencia de 46,5 %. Algo casi similar a la prevalencia obtenida en esta muestra de estudio (6).

No obstante Robles, et al 2006 España, la IU es la afección más evidente en personas con edades superiores a los 75 años (40-80%); Verónica Siranaula A, Susana Urgilés A, Mariuxi Viteri B realizaron un estudio en adultos mayores encontrando una prevalencia de (75,28%); siendo esta superior a estudios realizados por la EPICONT (30%) así como en a la de nuestro estudio (41.5%); sin embargo la diferencia posiblemente se debió a que la población de estudio es mayor a la población del nuestro (8, 19).

En nuestro medio no se asoció a la etnia con la IU debido a que hay pacientes indígenas como mestizas siendo la gran mayoría de pacientes mestizas en quienes se diagnosticó incontinencia urinaria dato que no lo asemeja con otros estudios debido a que dichas afecciones se asocian más a la etnia blanca (6).

En el estudio realizado no se logró asociar a la obesidad como factor de riesgo de padecer incontinencia urinaria ya que correspondió a un 6,1%. No así, en un estudio realizado a 289 mujeres entre 30 y 81 años en la ciudad de Chile en el que se estableció una relación de la obesidad con la IU de 30,7%. Cabe recalcar que nuestra muestra de estudio fue en mujeres mayores a 50 años de edad diferente a la muestra de estudio ya mencionado (9).

La incontinencia urinaria es más frecuentemente en pacientes con un mayor número de partos 36,7% obtenidos en nuestra muestra de estudio sin embargo en estudios realizados por Valeria Prado y colaboradores en Chile 72,4% en 2001, Yader, et al 2007 (93,7% con 3 o más hijos), Obregón, et al 2009, (con

un promedio de 4,64 partos y frecuencia de IU correspondiente al 78%), Rodas, et al 2005, (47.06 % que habían tenido entre 1 y 3 partos y 44.11 % con 4 o más partos) (9).

En cuanto a la relación entre el número de partos y la IU, González Carmona refiere en su estudio que fue menos frecuente la enfermedad en mujeres que tuvieron un solo parto (1,4 %). Madill, McLean y González Carmona el parto se asocia a una variedad de lesiones musculares y neuromusculares del piso pélvico que se relacionan con el desarrollo de Incontinencia urinaria (34,35)

En un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo llevado a cabo a través de revisiones de expedientes de pacientes con síntomas de incontinencia urinaria se vio que la incontinencia urinaria no se relacionó con factores como la episiotomía y antecedentes de macrosomias; en nuestra muestra de estudio el factor episiotomía con un valor de p (1), OR (1,06) y el IC (0,35-3,24) y el de macrosomía valor de p (0,97), OR (0,79) y el IC 0,22-2,83 (1, 33).

En un estudio realizado en Servicio de Fisioterapia del Hospital de Talavera en el que se aplicó el test (ICIQ IU SF), se encontró factores asociados a la IU a la obesidad (OR = 2,5; IC 95% 1,28-4,67; p = 0,007), los desgarros durante el parto (OR = 1,9; IC 95% 1,03-3,65; p = 0,039). En tanto en nuestro estudio la obesidad con un (OR = 2,5; IC 95% 0,26-1,46; p = 0,37) y los desgarros durante el parto (OR = 0,72; IC 95% 0,35-1,47; p = 0,47). La frecuencia no se relaciona por el mismo hecho de que la población de estudio es mayor a la tomada en el nuestro. En el estudio EPICONT se encontró que el aumento del IMC contribuye a la incontinencia (20, 34).

En el mismo estudio se encontrándose además factores asociados a las Episiotomías 81 (63,8) e Histerectomía 8 (50). Esta muestra difiere a lo de nuestro estudio desgarros 17 (11,6); episiotomías 6 (4,1) e histerectomía 9 (6,1) por el mismo hecho de que la aplicación del test únicamente fue a mujeres mayores de 50 años (20,35).

La diabetes mellitus aumentó la probabilidad de desarrollar todos los tipos de IU, siendo 2,12 veces mayor la probabilidad de presentar IUM en las mujeres

diabéticas. Verónica Siranula A, Susana Urgilés A, Mariuxi Viteri realizaron un estudio en el que encontraron que la diabetes mellitus en un 85,1% aumenta las posibilidades de desarrollar IU; así como estudios de Regidor, et al 2006 (35,4% de IU en pacientes diabéticos), Barrantes, et al 2007 (43%), Yader, et al 2007 (29,7%). Sin embargo, en nuestro estudio no se encontró a la diabetes 6,8% como un factor asociado (10).

CAPÍTULO VII

7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES, BIBLIOGRAFÍA

7.1 Conclusiones

Los resultados obtenidos en la presente investigación: " Prevalencia y factores asociados a incontinencia urinaria en pacientes mayores de 50 años. Su análisis me permito plantear las siguientes conclusiones:

La prevalencia de incontinencia urinaria fue de 61 pacientes lo que corresponde a un 41.5%, siendo así esta una condición que debe ser conocida por todos ya que muchas veces por vergüenza ante dicha afección no lo comentan ante una revisión médica no llegándose a un diagnóstico temprano ni al tratamiento oportuno.

La incontinencia urinaria es más frecuente en mujeres y su prevalencia es mayor sobre todo en edades avanzada; en nuestro estudio se vio una frecuencia del (27,2) en mayores de 60 años.

Existen una serie de factores que predisponen a presentar incontinencia, sin embargo, son pocos los estudios acerca del mismo. En el estudio se reportó que la mayoría de mujeres diagnosticadas con incontinencia han tenido partos vaginales (36,7%), destacándose las multíparas (21,8%). La obesidad (6,1%), la diabetes (6,8%). Se analizó los factores más frecuentes siendo en algunos casos contradictorios, posiblemente por diferencias en la metodología de estudio.

El ICIQ-SF, siendo un test de fácil realización, es de gran utilidad para corroborar el diagnóstico de incontinencia urinaria permitiendo analizar los problemas desde la perspectiva de los pacientes y estimar la prevalencia de IU de manera factible asociándolo siempre y cuando a la clínica de incontinencia

En las pacientes de nuestro estudio se evidenció que a pesar de que otros estudios asocian a antecedentes de episiotomías, desgarros vaginales y macrosomía como factores de riesgo fueron pocos los casos reportados en nuestra investigación (2,7%).

7.2 Recomendaciones

- Fomentar la realización de más estudios sobre factores de riesgo asociados a la incontinencia urinaria sugiriéndose implementar el tamaño de la muestra para profundizar sobre el tema, de manera que se pueda comparar y obtener datos más certeros de dicha afección tomando en cuenta los inconvenientes encontrados en este estudio.
- Dar a conocer los respectivos tratamientos de incontinencia urinaria ya que se ha visto que está tiende a afectar el estilo de vida de las mujeres que lo padecen llevándolo a considerar erróneamente como una afección propia de la edad.
- Promover el uso del Test ICIQ-SF ya que se ha visto que es un instrumento válido y confiable para el diagnóstico de incontinencia urinaria a pesar de que el diagnóstico de esta debe ser fundamentalmente clínico.
- Llevar a cabo la comparación de estudios de diagnóstico de incontinencia urinaria en aquellos que han visto la necesidad de utilizar el test ICIQ-SF, así como en aquellos que no sido necesario la aplicación del mismo para el diagnóstico de dicha afección.
- Concientizar sobre alguno de los factores de riesgo que promueven el riesgo de padecer incontinencia urinaria y orientar a mejorar el estilo de vida de esta patología mantener una alimentación adecuada y realizar ejercicio en el caso de padecer obesidad, así como mantener restringido los azúcares en caso de padecer diabetes.

7.3 BIBLIOGRAFÍA

7.3.1 Referencias bibliográficas

1. Bedretdinova, D. Fritel, X. Panjo, H. Ringa, V. Prevalence of Female Urinary Incontinence in the General Population According to Different Definitions and Study Designs; *Eur Uro*; 69: 256-264. 2015.
2. García, M. Puentes, A. Rubio, E. López, M. Puentes, R. García, G. Mejoría de la calidad de vida en mujeres con incontinencia tras el tratamiento rehabilitador. ¿Existe relación entre el ICIQ-SF y el pad test? *Rehabilitación*; 46(2): 141-146. 2012.
3. Williams, R. Manejo de la Incontinencia Urinaria en la Mujer. *Rev. med. Costa Rica y Centroamérica*; 72 (614):205-209.2015.
4. Garely, A. Noor, N. Diagnóstico y Tratamiento Quirúrgico de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo. *Obstet Gynecol*; 124:1011-27. 2014. Disponible en: http://journals.lww.com/greenjournal/Documents/November2014_Translation_Garely.pdf
5. Gonzáles, E. Rodríguez, R. Ávalos, J. Fernández, S. Bartumen, H. Incontinencia urinario, un problema económico social. *Acta Médica del Centro*; 7(2): 17-22. 2013.
6. Siu, A. Siu, D. Comparación entre las técnicas de la gota de agua y la tijera de Metzembaum en la técnica del TOT (trans obturatriz tape) para la aplicación de la tención Sling en el ángulo sub-uretral para la cura de la incontinencia urinaria de la mujer en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima- Perú. *Horiz. Med*; 14(3): 28-32. 2014.
7. Rodríguez, E. Factores de riesgo no obstétrico y calidad de vida en mujeres de edad media con incontinencia urinaria. *Rev Cubana Obstet Ginecol*; 40(1): 119-135. 2014.
8. Martínez, J. Caracterización de mujeres en edad media con incontinencia urinaria y respuesta al tratamiento rehabilitador. *Rev Cubana Obstet Ginecol*; 40(1): 102-118. 2014.

9. Gonzales, B. Rodríguez, J. De Toro, A. Gonzales, M. Eficacia del entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico en incontinencia urinaria femenina. *An. Sist. Sanit. Navar*; 37(3): 381-400. 2014.
10. Rincón, O. Caracterización clínica de la incontinencia urinaria y factores asociados en usuarias de la Unidad de la Mujer del Centro de Salud Familiar "Ultraestación en la cuidada de Chillán, Chile. *Rev. med. Chile*; 143(2): 203-202. 2015.
11. Vázquez, A. Carballido, J. Bustamante, S. Alteraciones funcionales vesicales. *Medicine*; 11(83): 4964-4971. 2015.
12. Bermúdez, F. Olmo, J. Fuertes, M. Ledesma, A. García, J. Criterios de derivación en incontinencia urinaria para atención primaria. *Aten Primaria*; 45(5): 263-273. 2013.
13. Wood, L. Anger, J. Incontinencia Urinaria de la mujer. *Intramed*. 2014.
14. Torres, J. García, J. Incontinencia urinaria como problema de salud de la mujer en edad media. *Invest Medicoquir*; 6(2): 267-278. 2014.
15. Díaz J., et al. Incontinencia Urinaria Femenina. *Sociedad Colombiana de Urología. Guías de Práctica Clínica*. 2015.
16. Busquets, M. Uirquidi, C. Pertossi, E. Sensibilidad al cambio de la versión español-chileno del cuestionario International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form (ICIQ-SF) para incontinencia urinaria femenina. *Rev. med. Chile*; 144(8):1006-1011.2016.
17. Chiang M., et al. Incontinencia Urinaria. *REV. MED. CLIN. CONDES*; 24(2): 219-227.2013. Disponible en: https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revisita%20m%C3%A9dica/2013/2%20marzo/6-Chang.pdf
18. Castañeda, I. Martínez, J. García, J. Rodríguez, E. Pérez, N. Aspectos epidemiológicos de la incontinencia urinaria. *Revrehabilitación* 2016; 8:88-98.
19. Castro, A. Cusi, L. Alcaraz, A. Incontinencia Urinaria. *Asociación Española de Urología. Barcelona*: 1-28. 2015.
20. García, E. Pinto, M. Laguna, J. Incontinencia urinaria: frecuencias y factores asociados. *Fisioterapia*; 37(4): 145-154. 2015

21. González, C. Pérez, H. Jalón, A. García, J. Actualización en incontinencia urinaria femenina. *Semergen*: 1-7. 2017. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2017.01.003>
22. Trejos, S. Diagnóstico y Abordaje de la Incontinencia Urinaria de esfuerzo en la atención primaria. *Rev Med Costa Rica y Centroamerica*; LXX (606): 307-312. 2013. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc132s.pdf>
23. Bohlin, K. Ankardal, M. Lindkvist, H. Milsom, L. Factors influencing the incidence and remission of urinary incontinence after hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol*; 216: 53. e1-53. e9. 2017
24. Macotella, K. Suárez, H. Acosta, B. Chabat, P. Relación entre incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos. *Ginecol Obstet Mex*; 81:711-715.2013. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2013/gom1312e.pdf>
25. Lucas M.G., Bosch J.L.H.R., Cruz F.R., et al. Guidelines in Urinary Incontinence, European Association of Urology 2012.
26. Herrero, M. Incontinencia urinaria en la mujer. [Internet]. 2013 [citado 217May 2017] Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/2986/DiegoHerreroM.pdf?sequence=1>
27. Busquets, M. 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). *Rev Med Chile*; 140: 340-346. 2012. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v140n3/art09.pdf>
28. Rebassa, M., et al. Incontinencia urinaria en mujeres de Mallorca: prevalencia y calidad de vida. *Actas Urol Esp*;37(6):354-361. 2013. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-actas-urologicas-espanolas-292-articulo-incontinencia-urinaria-mujeres-mallorca-prevalencia-S0210480612003877>.
29. Leroy, L. Baena, M. La incontinencia urinaria en periodo de posparto y su impacto en la calidad de vida relacionada a salud. *Rev. Latino-Am. Enfermagem Artículo Originale*; 20(2). 2012. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/es_18.pdf

30. Fuentelsaz, C. Prevalencia e impacto de la incontinencia urinaria en mujeres adultas (de 30 a 80 años), adolescentes (de 16 a 18 años) y deportistas de élite, residentes en las ciudades de Madrid, Barcelona y Palma de Mallorca. [Internet]. 2012. Disponible en: https://eciencia.urjc.es/bitstream/handle/10115/12243/Tesis_Carmen%20Fuentelsaz-Gallego.pdf?sequence=1&isAllowed=y
31. Geanini, A. Fernández, M. Nieto, J. Ciprián, D. Oliveros, B. Lorenzo, M. EMG-biofeedback en el tratamiento de la incontinencia urinaria y calidad de vida. *Rehabilitación*; 48(1): 17-24. 2013.
32. Shaw, C. Wagg, A. Urinary incontinence in older adults. *Medicine*; 45(1):23-27.2017.
33. Smith, J. Herderschee, R. Dumoulin, C. Hrebison, P. Comparisons of approaches to pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women: an abridged Cochrane systematic review. *Eur J Phys Rehabil Med*;48(4):689-705. 2012. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23183454>
34. Gavira, A. Walker, C. Rodríguez, N. Gavira, F. Prevalencia y factores de riesgo de incontinencia urinaria en mujeres que consultan por dolor lumbopélvico: estudio multicéntrico. *Aten Primaria*; 46 (2): 100-108.2014.
35. Yumila, B. Martínez, J. García, J. Factores de riesgo y formas clínicas de disfunciones del suelo pélvico en mujeres de edad mediana. *Rev cubana*
36. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). División Político-Administrativa el Ecuador. [Internet]. 2005 [citado 15 May 2017] Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/division-politico-administrativa-el-ecuador/>

ANEXOS

Anexo # 1: División político-administrativa Cantón Morona, Morona Santiago, Ecuador

PARROQUIAS	URBANO	RURAL
ALSHI	-	X
CUCHAENTZA	-	X
GENERAL PROAÑO	-	X
MACAS	X	X
RIO BLANCO	-	X
SAN ISIDRO	-	X
SEVILLA DON BOSCO	-	X
SINAI	-	X
ZUÑA (ZUÑAC)	-	X

Fuente: INEC 2005 (36).

Anexo # 2: Encuesta para recolección de datos

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA



UNIDAD ACADÉMICA DE MEDICINA, ENFERMERÍA Y CIENCIAS

DE LA SALUD

Prevalencia y factores asociados a incontinencia urinaria mediante la aplicación del test *International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form (ICIQ-SF)* en mujeres mayores a 50 años que acuden a consulta externa de ginecología en el Hospital General Macas, Enero- Julio 2017.

FORMULARIO N°: _____

FECHA: _____

POR FAVOR, PARA COMPLETAR LA SIGUIENTE ENCUESTA MARQUE CON UNA X O COMPLETE EL ESPACIO EN BLANCO, SEGÚN CORRESPONDA:

1. **Edad:** _____ Años
2. **Etnia:** Blanca () Mestiza () Indígena () Afroecuatoriana ()
3. **Residencia:** Urbana () Rural ()
4. **Estado Civil:** Soltera () Casada () Unión Libre () Divorciada ()
Viuda ()
5. **Instrucción:** Primaria () Secundaria () Superior () Ninguna ()
6. **Ocupación:** Quehaceres domésticos () Trabajadora () Jubilada ()
7. **Número de hijos:** _____
8. **¿Ha tenido partos vaginales?**
Si () No () ¿Cuántos? _____
9. **¿Le han realizado episiotomía en alguna ocasión?**
Si () No ()
10. **¿En alguno de sus partos sufrió de desgarros?**

Si () No ()

11. ¿Alguno de sus hijos ha nacido macrosómico?

Si () No ()

12. ¿Ha sido histerectomizada?

Si () No ()

13. ¿Padece diabetes mellitus?

Si () No ()

14. ¿Padece obesidad?

Si () No () Obesidad grado I ()
Obesidad grado II ()
Obesidad grado III ()
Obesidad grado IV ()

Anexo # 3: Test International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form (ICIQ-SF)



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

**UNIDAD ACADÉMICA DE MEDICINA, ENFERMERÍA Y CIENCIAS
DE LA SALUD**

Prevalencia y factores asociados a incontinencia urinaria mediante la aplicación del test *International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form* (ICIQ-SF) en mujeres mayores a 50 años que acuden a consulta externa de ginecología en el Hospital General Macas, enero- julio 2017.

FORMULARIO N°: _____

FECHA: _____

**INTERNATIONAL CONSULTATION ON INCONTINENCE QUESTIONNAIRE
SHORT-FORM (ICIQ-SF)**

Hay mucha gente que en un momento determinado pierde orina. Estamos intentando determinar el número de personas que presentan este problema y hasta qué punto les preocupa esta situación. Les estaremos muy agradecidos si nos contestan las siguientes preguntas, pensando en cómo se ha encontrado en las últimas cuatro semanas.

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

Nunca	<input type="checkbox"/>	0
Una vez a la semana o menos	<input type="checkbox"/>	1
Dos o tres veces a la semana	<input type="checkbox"/>	2
Una vez al día	<input type="checkbox"/>	3
Varias veces al día	<input type="checkbox"/>	4
Continuamente	<input type="checkbox"/>	5

2. Nos gustaría saber su impresión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa.
 Cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto como si lleva protección como si no) (marque uno):

No se escapa nada		6
Muy poca cantidad		7
Una cantidad moderada		8
Mucha cantidad		9

3. Estos escapes de orina que tiene ¿Cuándo afectan su vida diaria? (Por favor, marque un circulo en un número entre 0 no me afecta nada y 10 me afecta mucho)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										Mucho

4. ¿Cuándo pierde orina? (señale todo lo que le pasa a usted)

Nunca pierde orina		
Pierde orina antes de llegar al WC		
Pierde orina cuando tose o estornuda		
Pierde cuando duerme		
Pierde cuando hace esfuerzos físicos		
Pierde orina al acabar de orinar y ya se ha vestido		
Pierde orina sin un motivo evidente		
Pierde orina de forma continua		

Sume las puntuaciones de las preguntas 1, 2 y 3. Se considera diagnóstico de Incontinencia Urinaria cualquier puntuación mayor a cero.

Puntuación del ICIQ-SF: _____

Anexo # 4: Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación tiene como director al Dr. Humberto Polo Barzallo y es realizada por: Yolanda Valeria Lucero Lituma, estudiante de la Unidad Académica de Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud de la Universidad Católica de Cuenca, con la finalidad de realizar el trabajo de graduación: **“Prevalencia y factores asociados a incontinencia urinaria mediante la aplicación del test *International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form (ICIQ-SF)* en mujeres mayores a 50 años que acuden a consulta externa de ginecología en el Hospital General Macas, enero- julio 2017”**, previa a la obtención del título de médica.

En el estudio se investigará prevalencia y factores de riesgo de incontinencia urinaria, esto se llevará a cabo mediante la realización de una encuesta y la aplicación de un test. La información obtenida será utilizada en beneficio de la comunidad y los servicios de salud, su participación en la presente investigación no implica riesgo alguno, no afectará ningún aspecto de su integridad física y psicológica. La información que se recogerá será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre esta investigación estoy a su disposición para contestarle. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. Además, usted puede retirarse del estudio cuando así lo desee.

Yo _____ Con cédula de identidad # _____, he leído lo enunciado en los párrafos anteriores. He sido informada de los objetivos e importancia de este estudio. Por lo tanto

f. _____
Acepto voluntariamente

f. _____
No acepto

Anexo # 5: Anti plagio

lucero

INFORME DE ORIGINALIDAD

7%

INDICE DE SIMILITUD

8%

FUENTES DE
INTERNET

3%

PUBLICACIONES

3%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

ENCONTRAR COINCIDENCIAS CON TODAS LAS FUENTES (SOLO SE IMPRIMIRÁ LA FUENTE SELECCIONADA)

2%



Excluir citas

Activo

es.scribd.com

Excluir coincidencias

< 20 words

Fuente de Internet

Excluir bibliografía

Activo

Anexo # 6: Autorización de Sustentación



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA Y ENFERMERÍA

Cuenca 22 de septiembre del 2017

Señor, Doctor.

Lorgio Aguilar

DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION

Señora, Doctora.

Patricia Vanegas

DIRECTORA DE UNIDAD DE TITULACION

Por medio del presente me permito indicar a su persona que el Trabajo de Grado, de título: **"PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A INCONTINENCIA URINARIA MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL TEST INTERNATIONAL CONSULTATION ON INCONTINENCE QUESTIONNAIRE SHORT-FORM (ICIQ-SF) EN MUJERES MAYORES A 50 AÑOS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGÍA EN EL HOSPITAL GENERAL MACAS, ENERO-JULIO 2017."** Ha cumplido con las recomendaciones sugeridas por los pares revisores asignados, motivo por el cual me permito sugerir se de paso a la sustentación del mismo

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Dr. Humberto Polo Barzallo.

Mansel Vega y Pio Bravo

Teléfono: 830752-413175

www.ucacue.edu.ec

Dr. Humberto Polo Barzallo
UROLOGO - ONCOLOGO
SENECYT 182902157525 - CMA 949
MSP Libro 1F Folio5 N° 13

Anexo # 7: Autorización Hospital General Macas.



OFICIO AMDD-01-033-2017
Macas, 18 de mayo de 2017

Doctor
Lorgio Aguilar A.
DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
En su despacho:

De mi consideración:

En atención a su oficio s/n de fecha 12 de mayo del 2017, en el cual solicita la autorización para que, como parte de las prácticas pre profesionales, la Interna Rotativa de Medicina Yolanda Valeria Lucero Lituma con C.I. 0106717754, realice acciones investigativas que sirvan de base y tributen al trabajo de Titulación, cuyo tema es: "Determinar la prevalencia y factores de riesgo asociados a la incontinencia urinaria mediante la aplicación del test Incontinence Questionnaire Short-Form en mujeres mayores a 50 años que acuden a consulta externa de Ginecología en el Hospital General de Macas, periodo enero – julio 2017".

Me permito informar que se autoriza a la Interna Rotativa para que realice dicha investigación en el Hospital General de Macas.

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente,


Dr. Marco Villegas T.

GERENTE DEL HOSPITAL GENERAL DE MACAS

MV/pch



Anexo # 8: Código de Ética.



Cuenca, 29 de julio de 2017

El Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos de la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca **CERTIFICA** que ha conocido, analizado y aprobado el protocolo de estudio intitulado "PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A INCONTINENCIA URINARIA MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL TEST INTERNATIONAL CONSULTATION ON INCONTINENCE QUESTIONNAIRE SHORT - FORM (ICIQ-SF) EN MUJERES MAYORES A 50 AÑOS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGÍA EN EL HOSPITAL GENERAL MACAS, ENERO - JULIO 2017", cuyo investigador principal es la Srta. Yolanda Valeria Lucero Lituma que se encuentra siendo dirigida por la Dr. Humberto Polo Barzallo.

Es todo cuanto se puede decir en honor a la verdad.

Atentamente,

Dr. Wilson Campo Verde Barros

COORDINADOR COMITÉ DE BIOÉTICA



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y
BIENESTAR



DR. WILSON CAMPOVERDE BARROS
COORDINADOR COMITÉ DE BIOÉTICA

Anexo # 9: Autorización



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA Y ENFERMERIA

Yo, Yolanda Valeria Lucero Lituma, autora del proyecto de investigación titulado: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A INCONTINENCIA URINARIA MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL TEST INTERNATIONAL CONSULTATION ON INCONTINENCE QUESTIONNAIRE SHORT-FORM (ICIQ-SF) EN MUJERES MAYORES A 50 AÑOS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGÍA EN EL HOSPITAL GENERAL MACAS, ENERO-JULIO 2017; reconozco y acepto el derecho de la Universidad Católica de Cuenca, de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médico. El uso que la Universidad hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Atentamente,

Yolanda Valeria Lucero Lituma

Manuel Vega y Pio Bravo

Teléfono: 830752-413175

www.ucacue.edu.ec