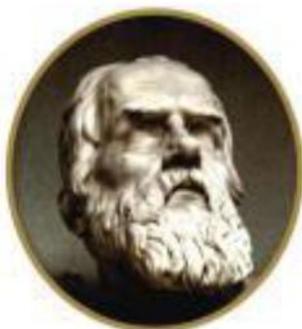


UNIVERSIDAD GALILEO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
MAESTRÍA EN GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA



*Galileo*  
UNIVERSIDAD  
La Revolución en la Educación

**ESTILO DE VIDA EN ADULTOS MAYORES SOMETIDOS A TRATAMIENTO LASER  
PARA CORRECCION DE INCONTINENCIA URINARIA EN EL CENTRO MÉDICO  
ESPERANZA DE VIDA EN EL DEPARTAMENTO DE EL QUICHÉ**

INVESTIGACION  
PRESENTADA A LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
WENDY ETELVINA ZACARIAS MARTINEZ  
PREVIO A CONFERIRSE EL TITULO DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA  
EN EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO

GUATEMALA, DICIEMBRE, 2017

## INDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN.....	6
<b>CAPITULO I</b>	
<b>MARCO METODOLÓGICO</b>	
1.1. Justificación.....	7
1.2. Planteamiento del problema.....	8
1.2.1 Definición del problema.....	8
1.2.2 Especificación del problema.....	8
1.2.3 Delimitación del problema.....	8
1.2.3.1. Unidad de análisis.....	8
1.2.3.2. Sujetos de investigación.....	9
1.2.3.3. Tamaño de la muestra.....	9
1.2.3.4. Ámbito geográfico.....	9
1.2.3.5. Ámbito temporal.....	9
1.3 Hipótesis.....	9
1.4 Objetivos de la Investigación.....	10
1.4.1 Objetivo general.....	10
1.4.2 Objetivos específicos.....	10
<b>CAPITULO II</b>	
<b>MARCO TEORICO.....</b>	<b>11</b>
2.1. Incontinencia Urinaria.....	11

2.1.1. Definición.....	11
2.1.2. Anatomía.....	11
2.1.3. Clasificación.....	13
2.1.3.1. Incontinencia urinaria de esfuerzo.....	13
2.1.3.2. Incontinencia urinaria de urgencia.....	13
2.1.3.3. Incontinencia urinaria mixta.....	14
2.1.3.4 .Incontinencia urinaria por rebosamiento.....	14
2.1.3.5. Incontinencia urinaria reversible o transitoria.....	14
2.1.4. Diagnóstico.....	15
2,1,5, Causas.....	16
2.1.6. Efectos.....	21
2.1.7. Tratamiento.....	22
2.1.7.1 Ejercicios de Kegel.....	22
2.1.7.2 Medidas dietéticas.....	22
2.1.7.3 Tratamiento farmacológico.....	23
2.1.74 Cirugía.....	23
2.1.75 Autosondaje intermitente.....	23
2.1.76 Entrenamiento de la vejiga.....	24
2.1.7.7 Tratamiento laser.....	24
2.1.7.7.1 Indicadores para tratamiento laser.....	25
2.2 Estilo de Vida.....	25

2.2.1. Definición.....	25
2.2.2. Componentes.....	26
2.2.3. Factores afectados por incontinencia urinaria.....	27
2.3. Personas mayores.....	29
2.3.1. Definición.....	29
2.3.2. Afecciones comunes en personas mayores.....	30
CAPITULO III	
METODOS, TECNICAS E INSTRUMENTOS.....	32
3.1. Métodos de investigación.....	32
3.1.1. Tipo de estudio .....	32
3.2 Técnicas.....	32
3.3. Instrumentos.....	33
3.4. Cronograma de actividades.....	35
3.5. Recursos....	35
3.5.1. Recursos humanos.....	35
3.5.2. Recursos materiales.....	36
3.5.3. Recursos financieros.....	37
CAPITULO IV	
PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS	38
4.1.Resultados .....	38
4.2. Discusión. ....	50

CAPTULO V	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	52
5.1 Conclusiones.....	52
5.2 Recomendaciones.....	53
CAPITULO VI	
BIBLIOGRAFIA	54
6.1. Bibliografía.....	54
CAPITULO VII	
ANEXOS .....	55

#### INDICE DE GRAFICAS Y CUADROS

Grafica 1. Clasificación de incontinencia urinaria.....	40
Grafica 2. Edad relacionada a tipo de IU.....	41
Grafica 3. Relación del porcentaje del puntaje del cuestionario de salud King y el tipo de IU	42
Grafica 4. Distribución de mujeres según porcentajes de los ítems del Cuestionario previo a procedimiento.....	44
Grafica 5. Distribución de las mujeres incontinentes según puntaje de los ítems posterior al procedimiento.....	46
Grafica 6. Relación de puntaje posterior al procedimiento y edad de pacientes.....	47
Cuadro 1. Comparación entre puntajes del cuestionario antes y después del procedimiento.....	48
Grafica 7. Comparación de resultados en porcentajes menores a 50% antes y después del procedimiento.....	49

## INTRODUCCIÓN

La Incontinencia Urinaria es una condición que no solo altera biológicamente a la mujer, sino que también tiene efectos emocionales, psicológicos y sociales, que alteran los componentes de su estilo de vida. Este problema afecta entonces la dignidad de las personas, las mujeres que padecen incontinencia urinaria tratan de ocultarla por vergüenza y para evitar el rechazo de la sociedad.

El estilo de vida de una persona se ve afectado de muchas maneras, ya que esto puede ser incluso diferente en cada individuo. Para ello existen algunos cuidados paliativos como el uso de pañal. Sin embargo a la mayoría de personas les agradaría contar con una solución definitiva.

Existen tratamientos quirúrgicos que consisten en una corrección mecánica de la incontinencia, sin embargo se ha demostrado que puede haber recurrencia de la incontinencia secundaria a estos procedimientos. El tratamiento laser es uno de los métodos más innovadores para la curación completa de la incontinencia urinaria sobre todo la leve o cuando existe recurrencia posterior al tratamiento.

Lo cual es de gran importancia y ha sido motivo de estudio para favorecer su rehabilitación integral y evitar complicaciones posteriores, siendo la incontinencia urinaria uno de los grandes síndromes geriátricos.

Es por esto, que en la presente investigación se demuestra la mejora del estilo de vida en las pacientes geriátricas, en quienes se evidenciaron los aspectos que con una sesión de tratamiento laser son mejorados y en cuales no hubieron cambios, según la precepción de ellas y la evaluación médica realizada previa y posteriormente.

Se analiza individualmente cada aspecto que es evaluado, y medido de manera cuantificable para su comprensión.

# CAPITULO I

## MARCO METODOLÓGICO

### 1.1 Justificación de la investigación

Debido a que la incontinencia urinaria es uno de los problemas que afectan con mayor frecuencia el estilo de vida de las personas en general y en especial a las personas mayores, ocasionándoles una limitación en sus actividades de la vida diaria, incluso la libertad de expresión, permitiendo así que las barreras para la realización de esfuerzos sea demasiado limitada y sus capacidades para ser independientes se ven abolidas.

La incontinencia urinaria en personas mayores puede ser corregida de manera quirúrgica, sin embargo se puede ofrecer una ayuda en la disminución de la incontinencia reforzando el lecho de la vejiga, donde se produce el cistocele que permite la acumulación de orina y por consiguiente la incontinencia urinaria.

Según un estudio realizado en el Hospital Roosevelt, que se realizó para poder identificar la recurrencia de incontinencia urinaria en pacientes que se vieron sometidas a algún procedimiento quirúrgico (técnica Kelly Kennedy y Pastrana) concluyeron en que presentaron problemas como retención urinaria, infecciones urinarias a repetición y recurrencia de la incontinencia. (USAC, 2014)

Un estudio con técnicas más avanzadas, realizado en el Instituto de Seguridad Social, en el año 2103. Demostró que la colporrafia y la colocación de cinta transobturatriz eran los mejores métodos quirúrgicos para la corrección de incontinencia urinaria, sin embargo solamente se realiza el estudio en pacientes menores a 55 años. En donde aun así se observan recidivas en un 9% y aumento de infecciones urinarias. (USAC, 2014)

Se demuestra que no existían antes de este, estudios en poblaciones mayores, no hay estudios de tratamientos no quirúrgicos en nuestra población, que demuestren la mejora del estilo de vida en las pacientes, lo que incluye la disminución de efectos secundarios.

Es así entonces como en este estudio se obtuvo una base de datos que han demostrado estas ventajas o desventajas con un tratamiento no quirúrgico, sin efectos secundarios y así cuando la paciente presenta disminuida esta limitante, se comprueba la manera en la que realiza las actividades básicas de la vida diaria y hasta incluso su actividad física y social se vio mejorada en gran manera, alimentando su seguridad en la sociedad, disminuyendo la depresión y el sedentarismo.

## **1.2. Planteamiento del problema**

### **1.2.1. Definición del problema**

Reconociendo que la incontinencia urinaria definitivamente es un problema, y que afecta de estilo de vida de una paciente, se sugiere comprobar si el mismo presenta cambios positivos cuando el problema es resuelto, con una corrección con tratamiento laser.

### **1.2.2. Especificación del problema**

¿Mejora el estilo de vida en adultos mayores que se sometieron a tratamiento laser para corrección de incontinencia urinaria en el Centro Médico Esperanza de Vida en el departamento de El Quiché?

### **1.2.3. Delimitación del problema**

#### **1.2.3.1. Unidad de análisis**

Unidad de Ginecología del Centro Médico Esperanza de Vida. 8

#### 1.2.3.2. Sujetos de Investigación:

Se tomaron en cuenta mujeres de más de 60 años con incontinencia urinaria de leve a moderada, con o sin tratamiento previo para incontinencia urinaria, que acudieron por lo menos a una sesión con tratamiento laser para corrección de la misma.

#### 1.2.3.3. Tamaño de la muestra

Se estudió 100% de la muestra. Todos los pacientes que acudieron al Centro Médico Esperanza de Vida durante la jornada que se realizó para corrección de incontinencia urinaria durante los meses octubre y noviembre de 2017.

#### 1.2.3.4. Ámbito geográfico

Estudio que se llevó a cabo en el Centro Médico Esperanza de Vida, ubicado en la 9na avenida 5ta calle zona 3 de Santa Cruz del Quiché, el Quiché, departamento situado en la región noroccidental de la República de Guatemala, con 21 municipios, con una población total de 655510 habitantes. Se encuentra a una distancia de 164 km de la ciudad Capital. Colinda al sur con Sololá, al norte con Petén y el Estado de Chiapas México. Al este con Alta Verapaz y al Oeste con Huehuetenango.

#### 1.2.3.5. Ámbito temporal

Se realizó una sola sesión. Con una evaluación previa y una posterior. Esto se llevó a cabo en los meses de octubre y noviembre del presente año, de lunes a viernes en horario de 9:00 a 18:00. Realizando el procedimiento a 35 pacientes en total.

### **1.3. Hipótesis**

El estilo de vida mejora en personas con incontinencia urinaria que se someten a corrección con tratamiento laser en el Centro Médico Esperanza de Vida.

La hipótesis se acepta comprobando que el estilo de vida mejoró en personas con incontinencia urinaria que se sometieron a corrección con tratamiento laser en el Centro Médico Esperanza de Vida,

#### **1.4. Objetivos de la Investigación**

##### **1.4.1. Objetivo general:**

Determinar si mejora el estilo de vida en adultos mayores que sometidos a tratamiento laser para corrección de incontinencia urinaria, en el Centro Médico Esperanza de Vida, en el departamento de El Quiché.

##### **1.4.2. Objetivos específicos**

- Clasificar la severidad de incontinencia urinaria.
- Identificar los factores del estilo de vida que son afectados en pacientes con incontinencia urinaria.
- Identificar si el tratamiento ha sido eficaz con evaluación médica individual posterior al tratamiento.
- Analizar si los factores del estilo de vida mejorados son los mismos que los que afectan previo al tratamiento.

## CAPITULO II

### MARCO TEORICO

#### 2.1. INCONTINENCIA URINARIA:

##### 2.1.1. Definición:

La incontinencia urinaria no es más que la pérdida de orina, la expulsión de la misma en pequeñas cantidades. (Total, 2012)

Para comprender un poco mejor las causas principales de la incontinencia urinaria, tenemos que recordar la anatomía de la pelvis, a continuación una breve explicación de la anatomía de la pelvis femenina, que promueve la formación de cistocele y así la promoción de incontinencia urinaria.

##### 2.1.2. Anatomía:

El piso pélvico es una estructura de músculos, y tejido conectivo que entrega soporte y estructuras de suspensión a los órganos pélvicos y abdominales. Su principal componente es el músculo elevador del ano, un músculo que cubre la mayor parte de la pelvis.

Los órganos pélvicos pueden dividirse en tres compartimientos: anterior (vejiga y uretra), medio (útero y vagina) y posterior (recto, conducto anal y aparato esfinteriano). Estas estructuras se encuentran en íntima relación con la musculatura del piso pélvico, el cual tiene participación en las funciones de cada uno de estos. Determinando no solo un soporte mecánico sino además participando en la continencia urinaria y fecal.

La musculatura del piso pélvico corresponde a un grupo de músculos estriados dependientes del control voluntario, que forman una estructura de soporte similar a una

hamaca para los órganos de la pelvis. El músculo más importante es el elevador del ano. El músculo elevador del ano en mujeres es más laxo y con mayor cantidad de tejido conectivo que en el hombre.

El músculo elevador del ano juntamente con el músculo coccígeo forma el llamado diafragma pélvico, siendo el primero componente principal. Este diafragma se extiende hacia anterior desde el pubis, posterior hacia el cóccix y lateral hacia ambas paredes laterales de la pelvis menor. Se extiende como un embudo hacia inferior formando la mayor parte del suelo de la pelvis. Además existe otro grupo muscular que conforma el diafragma urogenital, inferior, es decir superficial al elevador del ano que, que participa en la continencia urinaria.

El elevador del ano es el músculo más extenso de la pelvis. Está compuesto por tres fascículos o haces: el haz puborrectal, pubococcígeo e iliococcígeo. El haz puborrectal se origina desde la cara posterior de ambos lados de la sínfisis del pubis. Su origen es medial al origen del haz pubococcígeo. El haz puborrectal es un fascículo muscular grueso que avanza hacia posterior e inferior hasta detrás del recto a nivel de la unión anorrectal donde sus fibras se cruzan dando la característica forma de “U”.

El haz pubococcígeo se origina lateral al origen del haz puborrectal, en la sínfisis del pubis, sobrepasando el recto e insertándose a nivel del cóccix. El haz iliococcígeo se inserta en las regiones laterales a la sínfisis de pubis y en el arco tendinoso de músculo elevador del ano (un engrosamiento ancho curvo y cóncavo de la fascia obturatoria) y hacia posterior se inserta en el ligamento anococcígeo lateral a las dos últimas vértebras coccígeas.

Esta musculatura es la que se ve afectada en gran manera y por la que se promueve a la incontinencia urinaria. (Gabbe, 2014)

### 2.1.3. Clasificación:

Se considera que la incontinencia urinaria y las disfunciones miccionales pueden clasificarse de acuerdo con criterios sintomáticos o urodinámicos, según las directrices de la Sociedad Internacional de Continencia (ICS) en un documento de estandarización de la terminología. Según los criterios sintomáticos, los tipos fundamentales de incontinencia urinaria se exponen a continuación:

#### 2.1.3.1. Incontinencia de esfuerzo (IUE):

Se define como la pérdida involuntaria de orina asociada a un esfuerzo físico que provoca un aumento de la presión abdominal (como por ejemplo toser, reír, correr, andar). Es común en ancianas y supone también la forma más común de incontinencia urinaria en las mujeres menores de 75 años, afectando a casi un 50% de ellas.

En el varón anciano es rara y por lo común está asociada a cirugía prostática previa, tanto transuretral como suprapúbica.

En ocasiones personas mayores, debilitadas, con IU y con la contractibilidad del detrusor afectada, tienen urgencia miccional y aumento del volumen de orina residual, los síntomas se pueden confundir con Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, el cuadro se denomina hiperactividad del detrusor con afectación de la contractibilidad

#### 2.1.3.2. Incontinencia de urgencia (IUU):

Se caracteriza por una aparición repentina e inminente del deseo de orinar y pérdida involuntaria de orina durante la sensación de urgencia o inmediatamente después. Suele acompañarse de frecuencia tanto diurna como nocturna. Es una forma de incontinencia que pueden tener mujeres jóvenes, pero afecta en mayor medida a mujeres postmenopáusicas. Es la forma más común de incontinencia urinaria en mayores de 75 años, sobre todo en los hombres (40-80%).

#### 2.1.3.3. Incontinencia mixta (IUM)

Es una combinación de incontinencia de esfuerzo y de urgencia, existe hiperactividad del detrusor (término genérico que se utiliza para las contracciones involuntarias del detrusor) e incompetencia esfinteriana. Se estiman en 30-40% las mujeres con incontinencia urinaria que tienen síntomas de IUM. Es la más frecuente en mujeres sobre todo mayores de 70 años.

#### 2.1.3.4. Incontinencia por rebosamiento

Se manifiesta como un goteo o pequeñas pérdidas continuas asociadas a un vaciado incompleto de la vejiga (también se le denomina incontinencia por vaciado incompleto con un amplio rango de variabilidad en su sintomatología en relación con la causa que la origina. Se puede presentar de forma aguda o crónica.

La causa más frecuente de este tipo de incontinencia es la obstrucción mecánica o funcional a la salida de orina, con ello aumenta el volumen postmiccional, lo que da lugar a una vejiga sobredistendida, se puede asociar a una disfunción del detrusor, generalmente hipoactividad.

Además de la causa obstructiva, la incontinencia por rebosamiento se puede producir también por la pérdida del reflejo de la micción debida a un problema neurológico, tras la cirugía correctora de la incontinencia o por el uso de fármacos. Es la segunda causa de incontinencia urinaria en el varón de edad avanzada, en general causada por hiperplasia benigna de próstata, cáncer de próstata o cualquier problema que origine un estrechamiento de la uretra.

#### 2.1.3.5. Incontinencia urinaria transitoria o reversible

Situación en la que existe pérdida de orina y en la que está conservada la funcionalidad del tracto urinario inferior. Puede producirse por infecciones del tracto urinario inferior, sobre todo en mujeres postmenopáusicas, por trastornos delirantes,

enfermedades psiquiátricas, el uso de determinados fármacos, impactación fecal y por problemas que afectan a la movilidad y dificultan el acceso al baño. (Total, 2012)

#### 2.1.4. Diagnóstico:

El primer paso que debe dar el especialista es confirmar que se trata de una pérdida de orina totalmente involuntaria y objetivamente demostrable. Para establecer un diagnóstico correcto debe distinguir los factores externos y los trastornos de las vías urinarias que originan la incontinencia, por lo que será necesaria una exploración física minuciosa que incluya un examen de la sensibilidad perianal y estudios analíticos, radiológicos y urodinámicos.

Además, se debe tener en cuenta los antecedentes personales y las enfermedades concomitantes, como las enfermedades neurológicas, patologías sistémicas con repercusión sobre el sistema nervioso central y las intervenciones previas que hayan afectado al tracto urinario (uretrotomía, resección transuretral de próstata, etc.), al abdomen y pelvis (resección abdominoperineal de colon o histerectomías) y a la columna vertebral (descompresiones o laminectomías). Asimismo, debe controlar la medicación que toma el enfermo, ya que algunas sustancias pueden desencadenar o agravar la incontinencia.

Junto a los análisis de sangre se pueden realizar otras pruebas complementarias:

- Radiografía simple de abdomen: Permite diagnosticar la litiasis vesícula que causa la incontinencia urinaria de urgencia, sobre todo en pacientes con hipertrofia benigna de próstata.
- Urografía intravenosa: Sirve para valorar la morfología y el correcto funcionamiento de las vías urinarias altas.

- Ecografía vesico-prostática: Diagnostica la litiasis y los tumores vesicales, mide la próstata y determina su obstrucción.
- Estudios urodinámicos: Evalúan la actividad funcional del tracto urinario inferior en la fase de llenado y vaciado vesical. (Gabbe, 2014)

#### 2.1.5. Causas de incontinencia urinaria:

Género: Varias razones (longitud uretral, diferencias anatómicas en el suelo pelviano, efectos del parto) intentan justificar la diferencia de que las mujeres tengan un mayor riesgo de desarrollar incontinencia urinaria. Sin embargo, esta razón de riesgo varía con la edad: en menores de 60 años las mujeres tienen cuatro veces más probabilidades que los hombres de padecer incontinencia urinaria, pero en mayores de 60 años sólo dos veces más.

Edad: Existen indicios para pensar que la edad pudiera jugar un papel en el desarrollo de la incontinencia urinaria de urgencia más que de la incontinencia urinaria de esfuerzo. A partir de los 80 años la prevalencia se iguala en ambos sexos. Los cambios relacionados con la edad que pudieran contribuir al desarrollo de incontinencia urinaria se muestran en el siguiente listado:

Factores relacionados a incontinencia urinaria por la edad:

1. Disminución del tejido elástico
2. Atrofia celular
3. Degeneración nerviosa
4. Reducción tono músculo liso
5. Hipoestrogenismo
6. Deterioro cognitivo
7. Inmovilidad
8. Pérdida de capacidad concentración renal
9. Comorbilidad: polifarmacia

Raza: Estudios multivariados demuestran que las mujeres blancas tienen una prevalencia de incontinencia urinaria de esfuerzo tres veces mayor que las mujeres negras, atribuyéndose a diferencias raciales en el tejido conjuntivo o en los músculos.

Menopausia e hipoestrogenismo: La atrofia genital puede contribuir a la relajación del suelo pelviano así como a la deficiencia intrínseca del esfínter uretral. Estudios recientes, no obstante, no han demostrado que la menopausia por sí misma sea un factor de riesgo independiente de la edad.

Paridad: El parto es un factor establecido de riesgo de incontinencia urinaria de esfuerzo e incontinencia urinaria mixta entre las mujeres jóvenes y de mediana edad. Se ha sugerido que el parto vaginal es el factor contribuyente más importante, posiblemente por las lesiones neurológicas o musculares asociadas.

Sin embargo, el embarazo en sí mismo puede causar cambios mecánicos u hormonales que sean causa de la incontinencia urinaria (31-42% de las embarazadas tienen incontinencia urinaria de esfuerzo y en 51% de ellas persiste algún grado de incontinencia urinaria postparto). Por otro lado, recientemente se ha comprobado que las mujeres con partos por cesárea (prevalencia 15,8%) tienen un riesgo mayor de incontinencia urinaria que las nulíparas (prevalencia 10,1% pero que el parto vaginal se asocia con el riesgo mayor (prevalencia 24,2%).

Parto vaginal: debido al paso del feto por el canal del parto, lo cual promueve en gran manera la deformidad del piso de la pelvis, elongando en gran manera los músculos que dan el soporte a la pelvis en sí. Al momento en el que la cabeza del feto atraviesa el canal del parto, este se ve lesionado siempre, sin embargo muchas veces se presentan lesiones como rasgaduras, o se realiza episiotomía si se considera que no es posible el estiramiento de los músculos de la pelvis.

- Uso de fórceps: los fórceps son instrumentos que se utilizan cuando la madre parturienta se ha quedado sin fuerzas o esta inconsciente y el feto se encuentra en medio del canal del parto, con una descenso incompleto pero la dilatación ya está completa, y no es posible rechazar la presentación para que sea resuelto por vía alta, o no se puede debido a las instalaciones del lugar. Se introducen hasta la nuca del bebe por la parte posterior y mecánicamente se extrae. Por tanto si la sola cabeza del bebe ocasiona lesiones al canal del parto, en mayor magnitud se espera que con el uso de fórceps este se vea lesionado con rasgaduras y laceraciones.
- Recién nacido de gran tamaño (4.000g de peso o más) puede contribuir a la aparición de incontinencia urinaria.
- Obesidad: La obesidad es uno de los factores de riesgo independiente para la incontinencia urinaria en mujeres mayores. Un índice de masa corporal (IMC) alto se correlaciona con una mayor prevalencia de incontinencia urinaria de esfuerzo y de incontinencia urinaria mixta, así como con la severidad de la incontinencia urinaria. Se conoce poco sobre la pérdida de peso como tratamiento de la incontinencia urinaria.
- Déficit estrogénico: en las personas que presentan menopausia o se les ha realizado ooforectomía bilateral, los cambios hormonales son variados, encontrando los más frecuentes relacionados a la ovulación, como la persona ya no presenta óvulos ni su cuerpo se prepara para tener a un bebé, es ahí donde el cuerpo inicia con cambios atróficos, ya no hay producción de moco cervical, ya no hay producción de estrógenos y por lo tanto la atrofia celular inicia, lo que conlleva a una atrofia muscular también y del epitelio.
- Enfermedad neurológica y daño cerebral como el ictus, la demencia y la enfermedad de Parkinson: en este caso la incontinencia es secundaria a un

daño neurológico, ya no hay control de esfínteres y por lo tanto la incontinencia es evidente.

- Deterioro cognitivo; evidenciado con múltiples demencias las personas mayores son las más afectadas con esta condición, teniendo así las características necesarias para presentar un déficit en las funciones motoras y no poder evitar la expulsión de orina.
- Alteración de la funcionalidad: en cuanto a los pacientes que presentan algún tipo de inmovilidad, algún trauma de columna lumbar y no pueden así tener control de esfínteres.

Fármacos: Ciertos fármacos pueden provocar incontinencia urinaria:

Aquellos que aumentan la contractibilidad del detrusor

- Colinérgicos
- Anticolinesteránicos
- Prostaglandinas
- Antagonistas  $\alpha$ -adrenérgicos
- Relajantes musculares
- Alcohol.
- Agonistas  $\alpha$  adrenérgicos (en varones).
- Bloqueantes  $\alpha$  adrenérgicos (en mujeres).
- Diuréticos de asa
- Antipsicóticos.
- Inductores del sueño.
- Anticolinérgicos.
- Calcioantagonistas

Puede manifestarse a cualquier edad y en ambos sexos. Sin embargo, es más frecuente en las mujeres que en los hombres. La incontinencia se produce cuando la presión dentro de la vejiga es superior a la presión en la uretra. Este trastorno puede deberse a una hiperactividad del detrusor que, en algunos casos, es motivada por un problema neurológico; por una alteración del esfínter externo y de los músculos del suelo pélvico; por el fallo del esfínter interno por relajación inapropiada o lesión orgánica, o por un daño neuronal.

Las causas que provocan la incontinencia urinaria varían en función del subtipo de incontinencia del que estemos hablando.

Incontinencia de esfuerzo (IUE): está ocasionada por insuficiencia en el esfínter uretral, por debilidad de las estructuras que soportan la uretra o por ambos problemas. La pérdida de orina se produce por la apertura del esfínter uretral, en ausencia de contracción del músculo detrusor en relación con un aumento de presión abdominal

Los factores de riesgo que favorecen su presentación son la obesidad, los embarazos, los partos, el tabaquismo y la debilidad congénita del tejido conectivo. La pérdida inmediata de orina tras la tos sugiere un fallo del esfínter, si existe un retraso entre la tos y la pérdida de orina incontenible sugiere que ha habido una contracción no inhibida del detrusor provocada por la tos. Puede presentarse en hombres mayores tras la prostatectomía radical.

Incontinencia de urgencia (IUU): aparece por la contracción inadecuada de la vejiga como consecuencia de una situación de hiperactividad del músculo detrusor. En la mayoría de los casos no se encuentra una causa (80% cuando se identifica la etiología se clasifica entre neurológicas y no neurológicas).

Cuadro No. 1  
Clasificación etiológica

CAUSAS NEUROLOGICAS	CAUSAS NO NEUROLOGICAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esclerosis múltiple.</li> <li>• Demencia.</li> <li>• Enfermedad de Parkinson.</li> <li>• Diabetes.</li> <li>• Enfermedad vascular cerebral.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas de vejiga.</li> <li>• Tumores.</li> <li>• Alteración de la pared.</li> <li>• Cálculos.</li> <li>• Infección.</li> <li>• Llenado rápido.</li> <li>• Déficit estrogénico.</li> <li>• Uso de diuréticos.</li> <li>• Histerectomía.</li> </ul>

Fuente: Unidad Nacional de Oncología. Santiago de Chile. 2010

#### 2.1.6. Efectos:

Los efectos que la incontinencia urinaria provoca en una persona mayores está enfocado principalmente a su estilo de vida, viéndose afectada toda su rutina diaria, impidiendo la realización de ejercicios, de tareas y actividades de la vida diaria, dentro de las que se pueden mencionar todas las que se deben realizar con algún tipo de esfuerzo mecánico.

La incontinencia urinaria es uno de los problemas mayores que se ven inmiscuidos en las personas mayores, debido a que fisiológicamente y por múltiples razones existe

deficiencia en la capacidad para retener la orina, siendo uno de los efectos más notorios la incontinencia urinaria. Es así como se ve afectada la vida social de la persona mayor, quien incluso al reírse con fuerza puede tener pérdidas de orina que afectan su vida social y su desarrollo como personas activas en una sociedad.

#### 2.1.7. Tratamiento:

##### 2.1.7.1. Ejercicios de Kegel

Los ejercicios de Kegel ayudan a fortalecer los músculos situados alrededor de la uretra y del suelo pélvico, cuando estos músculos están debilitados hay más probabilidades de que aparezca la incontinencia urinaria. Estos ejercicios consisten en la realización de una serie de contracciones y relajaciones que se repiten a lo largo del día de forma constante.

##### 2.1.7.2. Medidas dietéticas

Los afectados deben controlar los líquidos que toman para evitar la formación excesiva de orina. También es importante la forma en la que se toman, las sopas, los guisos y los alimentos hervidos aportan más líquidos que los asados y fritos.

Entre los líquidos que favorecen la formación de orina se encuentran el agua, la leche, el alcohol y las infusiones. Se debe distribuir mejor el horario de la toma de bebidas, bebiendo más durante la mañana y disminuyendo paulatinamente las bebidas conforme avanza el día. En el caso de los niños con enuresis, es aconsejable adelantar la hora de la cena. (David harrison, 2010)

### 2.1.7.3. Tratamiento farmacológico

El objetivo del tratamiento farmacológico es conseguir que la vejiga sea capaz de distenderse sin contraerse y que la uretra se mantenga cerrada durante el llenado.

Los fármacos más utilizados son los anticolinérgicos, sustancias que, al disminuir la capacidad contráctil del detrusor, aumentan la tolerancia del llenado vesical y la continencia.

Son útiles en las contracciones involuntarias del detrusor no neurológicas, la incontinencia mixta y la hiperreflexia del detrusor. Su eficacia está demostrada en cuanto al alivio de los síntomas, pero sus efectos secundarios, fundamentalmente la sequedad de boca, la taquicardia y la excitación, son muy severos en algunos pacientes, que en ocasiones deben abandonar el tratamiento. Están contraindicados en los enfermos con glaucoma y arritmias cardíacas.

Entre los anticolinérgicos más comunes se encuentran la oxibutinina, el flavoxato, la propantelina, la metantelina y el cloruro de trospio.

### 2.1.7.4. Cirugía

Existen diferentes soluciones quirúrgicas, (más de 50) según el tipo de incontinencia, las características de la vejiga y la uretra.

### 2.1.7.5. Autosondaje intermitente

Consiste en la introducción, a través de la uretra, de una sonda en la vejiga. Se utiliza principalmente en la incontinencia causada por daño neuronal o de los nervios que controlan la micción. Con el catéter se consigue el vaciado completo y se evitan los escapes de orina.

#### 2.1.7.6. Entrenamiento de la vejiga

Los pacientes recuperan el control de la vejiga aprendiendo a resistir el impulso de salida de la misma y contribuyendo de esta manera a aumentar la capacidad de la vejiga. Esto se consigue mediante ejercicios que desarrollan la musculatura del suelo pélvico.

#### 2.1.7.7. Tratamiento laser:

Su objetivo es conseguir la contracción del suelo pélvico mediante la estimulación del nervio pudendo con un electrodo intravaginal. Es aquí donde tenemos el centro de este estudio, debido a que es con este procedimiento que se desea evaluar si el estilo de vida es mejorado posterior a su tratamiento.

Técnica: la técnica consiste en introducir un espejo vaginal especial, fabricado con fibra de vidrio, la cual tiene un tamaño estándar, posterior a ello se gradúa el calor proporcionado por el equipo, y se introduce al espejo de fibra de vidrio la cánula del equipo que genera calor y este a su vez fortalece el suelo de la pelvis. Volviéndolo tenso y evitando la formación del cistocele.

El depósito de energía térmica en el tejido de la mucosa vaginal causa el tensado y la contracción de la fascia endopélvica y del tejido del suelo pélvico. El calor generado por el láser actúa sobre las fibras de colágeno que existe en estas estructuras de dos formas: remodelando las existentes y favoreciendo la síntesis de fibras nuevas. Estos dos efectos permitirán la recuperación del tono vaginal

Este novedoso tratamiento, con excelentes resultados y sin ningún efecto secundario, permite a la mujer recuperar su calidad de vida sin cirugía, sin dolor y sólo con anestesia local

La recuperación tras el tratamiento es muy rápida, ya que se trata de un proceso ambulatorio permitiendo a las pacientes continuar con su vida normal.

#### 2.1.7.7.1. Indicaciones para tratamiento laser:

Debido a que no es un procedimiento invasivo puede ser utilizado en todas las pacientes, sin embargo si la incontinencia es severa será necesario más de dos sesiones. Se puede utilizar en cualquier tipo de incontinencia. No tiene complicaciones.

## 2.2. ESTILO DE VIDA:

### 2.2.1. Definición:

Es el conjunto de actitudes y comportamiento que adoptan y desarrollan las personas de forma individual o colectiva para satisfacer sus necesidades como seres humanos y alcanzar su desarrollo personal. (Chile, 2010)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió hace 20 años, el estilo de vida como “la forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales”.(OMS, 2012)

La calidad de vida se define como el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a este cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida. Su realización es muy subjetiva, ya que se ve directamente influida por la personalidad y el entorno en el que vive y se desarrolla el individuo.

Otra definición de Organización Mundial de la Salud (OMS) definiéndola como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su

nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

El estilo de vida que adoptamos tiene repercusión en la salud tanto física como psíquica. Un estilo de vida saludable repercute de forma positiva en la salud.

El estilo de vida es una forma de vida, con expresiones que se designan, de una manera genérica, al estilo, forma o manera en que se entiende la vida, no tanto en el sentido de una particular cosmovisión o concepción del mundo poco menos una ideología, aunque sea esa a veces la intención del que aplica la expresión cuando se extiende a la totalidad de la cultura y el arte. Como el grupo de una identidad, una idiosincrasia o un carácter, particular o de grupo nacional, regional, local, generacional, subcultural, etc. Expresado en todos o cualquiera de los ámbitos del comportamiento como trabajo, ocio, sexo, alimentación, ropa, entre otros.

Fundamentalmente en las costumbres o la vida cotidiana, aunque también en la vivienda y el urbanismo, en la relación con los objetos y la posesión de bienes en relación con el entorno o en las relaciones interpersonales.

#### .2.2.2. Componentes:

Comprende hábitos como la práctica habitual de ejercicio, una alimentación adecuada y saludable, el disfrute de tiempo libre, actividades de socialización, mantener el autoestima normal, entre otros.

Un estilo de vida poco saludable es causa de numerosas enfermedades como la obesidad, el estrés etc. Comprende hábitos como el consumo de sustancias tóxicas (alcohol, drogas, tabaquismo), el sedentarismo, la rutina diaria con mal manejo de estrés, la exposición a contaminantes, entre otros.

Abarca y penetra esferas cognoscitivas, afectivas, interpersonales y motoras. Aun así tenemos un catálogo de todas las conductas estilísticas, resumidas en dos criterios para escoger las más sobresalientes. Las características con poco valor psicológico, en el sentido que no tienen ninguna correlación con la personalidad del individuo.

Se presentan entonces una modificación como estilo de vida expresivo, como los estilos cognoscitivos, los estilos de orientación interpersonal. Dentro de los estilos cognoscitivos están la dependencia-independencia, complejidad y simplicidad, el estilo de respuesta a los acontecimientos. La orientación interpersonal que abarca la directividad interior, la introversión y extraversión, control de refuerzos interno y externo.

Tenemos entonces las esferas que categorizan el estilo de vida, como la esfera cognoscitiva, afectiva, interpersonal y expresiva. Todas ellas se unen para llevar un adecuado estilo de vida. Abarcando en ellas el aspecto físico y psíquico. (Chile, 2010)

### 2.2.3. Factores afectados con incontinencia urinaria:

Los factores del estilo de vida que se ven afectados en la vida de una persona con incontinencia urinaria, son varios, afectando varias esferas de la vida de la persona, dentro de ellas, las esferas más afectadas son la cognoscitiva, la afectiva, y la expresiva, incluso afecta en mucho en lo que la persona puede llegar a hacer para poder tener una mejor calidad de vida.

En lo anterior vimos los diferentes factores que componen el estilo de vida, que incluyen incluso la realización de ejercicios, los buenos hábitos alimenticios y las esferas ya mencionadas. En una persona con incontinencia urinaria, se ven todos estos afectados. A continuación un detalle de como se ve afectada cada una de ellas en una persona que tiene incontinencia urinaria

- La esfera cognoscitiva se ve afectada debido a que la persona no puede tener una adecuada percepción de las cosas, su manera de ser con respecto a lo intelectual, la manera de percibir el mundo incluso puede verse afectado. Sin embargo lo que más se ve afectado es otro tipo de esferas.
- Una de ellas que está mucho más afectada es la esfera afectiva, la persona con incontinencia urinaria maneja vergüenza, se siente apenada debido a que por las pérdidas de orina, no puede tener el desarrollo afectivo que desea, por ejemplo no puede acercarse y abrazar a las personas que ama porque teme que el olor a orina sea fuerte, o teme que al realizar algún esfuerzo la orina sea expulsada y todos lo vean.
- La esfera expresiva se ve afectada seriamente en todo sentido también, la persona que padece de incontinencia urinaria puede llegar a ensimismarse y no expresarse como desea, por temor a que al realizar algún tipo de expresión sea evidenciada la manera en la que la pérdida de orina es expulsada al momento de realizar esfuerzos.

Generalmente no pueden toser o estornudar, no pueden realizar levantamiento de algún peso moderado, como abrazar a alguien, realizar cualquier tipo de esfuerzo moderado o leve incluso. De esta manera la persona con este padecimiento se ve limitada a expresarse en muchos sentidos. Cuando se ven en la necesidad de utilizar pañal por ejemplo, se llenan de vergüenza y pena.

El uso de pañal o vestimenta apropiada para los derrames de orina espontáneos y sin previo aviso, es importante comprender que la persona se ve limitada a estos cambios, los que no permiten que su desarrollo en todo sentido sea normal.

## 2.3. PERSONAS MAYORES:

### 2.3.1. Definición:

Se considera como persona mayor a toda aquella que sobrepase de los 60 años de edad. Debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países.

El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito. Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, y un aumento del riesgo de enfermedad y finalmente la muerte.

Esos cambios no son lineales ni uniformes, y su vinculación con la edad de una persona en años es más bien relativa. Si bien algunas personas de más de 70 años disfrutan de una buena salud y se desenvuelven perfectamente, otros son ancianos frágiles y necesitan ayuda considerable.

Además de los cambios biológicos, el envejecimiento también está asociado con otras transiciones de la vida como la jubilación, el traslado de viviendas más apropiadas, la muerte de amigos y de la pareja. En la formulación de una respuesta de salud pública al envejecimiento, es importante tener en cuenta no solo los elementos que amortiguan las pérdidas asociadas con la vejez sino también los que pueden reforzar la recuperación, la adaptación y el crecimiento psicosocial.

### 2.3.2. Afecciones comunes en personas mayores:

Entre las afecciones comunes de la vejez cabe citar la pérdida de audición, cataratas y errores de refracción, dolores de espalda y cuello y osteoartritis, neumopatías obstructivas crónicas, diabetes, depresión y demencia. Es más, a medida que se envejece aumenta la probabilidad de experimentar varias afecciones al mismo tiempo.

La vejez se caracteriza también por la aparición de varios estados de salud complejos que suelen presentarse solo en las últimas etapas de la vida y que no se enmarcan en categorías de morbilidad específicas. Esos estados de salud se denominan normalmente síndromes geriátricos. Por lo general son consecuencia de múltiples factores subyacentes que incluyen, entre otros, los siguientes: fragilidad, incontinencia urinaria, caídas, estados delirantes y úlceras por presión.

Los síndromes geriátricos parecen predecir mejor la muerte que la presencia o el número de enfermedades específicas. Ahora bien, a excepción de los países que han desarrollado la geriatría como disciplina médica, con frecuencia se dejan de lado en los servicios de salud de estructura tradicional y en la investigación epidemiológica.

Aunque algunas de las variaciones en la salud de las personas mayores son genéticas, los entornos físicos y sociales revisten gran importancia, en particular las viviendas, vecindario y comunidades, así como sus características personales, como el sexo, la etnia o el nivel socioeconómico.

Estos factores empiezan a influir en el proceso de envejecimiento en una etapa temprana. Los entornos en los que se vive durante la niñez o incluso en la fase embrionaria junto con las características personales, tienen efectos a largo plazo en la forma de envejecer. (David harrison, 2010)

Los entornos también tienen una influencia importante en el establecimiento y mantenimiento de hábitos saludables. El mantenimiento de hábitos saludables a lo largo de la vida, en particular llevar una dieta equilibrada, realizar una actividad física periódica y abstenerse de fumar, contribuye a reducir el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles y a mejorar las facultades físicas y mentales.

En la vejez mantener esos hábitos es también importante. El mantenimiento de la masa muscular mediante entrenamiento y una buena nutrición pueden ayudar a preservar la función cognitiva, retrasar la dependencia y revertir la fragilidad.

Los entornos propicios permiten llevar a cabo las actividades que son importantes para las personas, a pesar de la pérdida de facultades. Edificios y transporte públicos seguros y accesibles, y lugares por los que sea fácil caminar, son ejemplos de entornos propicios.

## CAPITULO III

### INSTRUMENTOS, TECNICAS, METODOLOGIA:

#### 3.1. Métodos de investigación

##### 3.1.1. Tipo de estudio:

Estudio prospectivo, analítico y experimental.

Debido a que fue realizado en tiempo real, el protocolo se realizó de forma predeterminada, y se llevó a cabo en el tiempo previamente estipulado, por lo tanto se cataloga como un estudio prospectivo.

Los resultados obtenidos se han analizado detalladamente uno a uno, por lo que se considera de tipo analítico.

Es un estudio experimental debido a que a las pacientes a quienes se realizó el procedimiento expresaron los cambios obtenidos con dicho procedimiento. Y no se conocía con anterioridad el resultado que se obtendría.

#### 3.2. Técnicas:

3.2.1. Para poder determinar si mejora el estilo de vida en personas mayores que se someten a tratamiento laser para corrección de incontinencia urinaria, en el Centro Médico Esperanza de Vida, fue necesario utilizar la ficha clínica de cada paciente, antes y después del procedimiento para determinar los cambios en el aspecto clínico. (Anexo 1). Para clasificar la severidad de incontinencia urinaria., fue necesaria una evaluación médica, y un interrogatorio, todo lo cual fue detallado en la ficha clínica (anexo 1)

3.2.2. Para la evidenciación de los cambios del estilo de vida en cada paciente se utilizó el Cuestionario de Salud King, el cual fue contestado por cada paciente antes y después del procedimiento. (Anexo 2)

3.2.3. Se identificó si el tratamiento fue eficaz con evaluación médica individual posterior al tratamiento, cuyos datos fueron recolectados en la ficha clínica de la evaluación médica realizada después del procedimiento. (Anexo 1)

3.2.4. El análisis de los factores del estilo de vida son los mismos previo al tratamiento, fue realizado con el Cuestionario de Salud King. (Anexo 2)

### 3.3. Instrumentos:

3.3.1. Para clasificar la severidad de la incontinencia urinaria e identificar si el tratamiento fue eficaz clínicamente, se utilizó la ficha clínica, la cual se estandarizó para pacientes que asistieron a la jornada Médica, realizada en el Centro Médico Esperanza de Vida durante los meses de octubre a noviembre del año 2017.

La ficha clínica contiene tres aspectos a recolectar, el primero recolectó los datos generales de las pacientes, el segundo proporcionó datos a cerca de los antecedentes de cada paciente, en los cuales se incluyen los antecedentes en años y preguntas específicas a cerca de la incontinencia urinaria, para poder clasificarla. Y la última que es la evaluación o examen físico, en el que se incluye una evaluación ginecológica, con maniobras específicas para determinar el grado de incontinencia urinaria que cada paciente presentó antes y después del procedimiento.

Esta ficha clínica es la que se ha utilizado previamente en el Centro Médico desde su inicio, siendo completada por cada paciente que se ha evaluado por los diferentes médicos que han proporcionado consulta general en el establecimiento. (Anexo 1)

3.3.2. El análisis de los aspectos afectados en el estilo de vida y que fueron mejorados posterior al tratamiento fue utilizado el Cuestionario de Salud King, así como para identificarlos previo al procedimiento. (Anexo 2)

La validez de la versión española del King's Health Questionnaire (Anexo 2) se realizó en 1999 con el auspicio de Pharmacia & Upjohn en 23 hospitales españoles, donde se incluyeron a 162 pacientes, de éstas 77 tenían incontinencia urinaria de esfuerzo, 51 tenían incontinencia urinaria de urgencia y 34 tenían incontinencia urinaria mixta, con una edad promedio de 53,9 años.

El puntaje, para determinar la severidad de la afección en los diferentes aspectos del estilo de vida, fueron calificados en base a una respuesta de selección múltiple para los ítems, el cual es detallado en el anexo 3.

Las fórmulas para calcular el puntaje del Cuestionario de Salud King, fueron útiles para determinar con números las características cualitativas que las pacientes proporcionaron y poder evidenciar resultados en porcentajes. (Anexo 4)

3.3.3. La evidenciación de la mejora clínica fue determinada y detallada en cada ficha clínica de cada paciente, en donde se describe la evaluación ginecológica realizada antes y después del procedimiento.

3.3.4. Los factores del estilo de vida que fueron alterados antes y después del procedimiento, fueron determinados con el cuestionario de salud King (anexo 2) el cual nos permitió cuantificar la percepción de cada paciente y medir de esta manera si existía un porcentaje de mejora o no en cada aspecto evaluado.

### 3.4. Cronograma de actividades

Fecha	Lugar	Actividad
Junio, julio, agosto, septiembre de 2017	Redes sociales	Publicidad de la jornada
14, 15 y 16 e3 junio de 2017	Asilo de ancianos Sor Herminia Años Dorados Quiché	Invitación a participación de jornada.
Junio, julio, agosto y septiembre de 2017	Redes sociales y comercios.	Búsqueda de patrocinadores
Octubre y noviembre de 2017	Centro Médico Esperanza de Vida	Recolección de datos y evaluación previa al tratamiento.
Octubre y noviembre de 2017	Centro Médico Esperanza de Vida	Realización de procedimiento
Octubre y noviembre de 2017	Centro Médico Esperanza de Vida	Recolección de datos y evaluación pos tratamiento.

### 3.5. Recursos

#### 3.5.1. Recursos humanos:

Dra. Wendy Zacarias, Médica y Cirujana, EPS Geriatria y Gerontología, encargada del protocolo de la investigación. Recolectar datos previo y posterior al procedimiento.

Dr. Carlos Gil, ginecólogo y obstetra. Encargado de evaluación ginecológica previa y posterior al procedimiento, y encargado de la realización del procedimiento.

Licda. Thelma Martínez Administradora de Centro Médico Esperanza de Vida.  
Auxiliar para la búsqueda de patrocinadores. Publicidad y logística de la jornada.

Enfermera Auxiliar Libeny Ordoñez, jefa de enfermería. Auxiliar en recolección de datos y auxiliar en la realización de procedimiento.

Alejandra Chávez, intendencia de limpieza.

Sujetos de investigación: pacientes femeninas, de más de 60 años.

Asesora: Mgt. Silvia Estrada

### 3.5.2. Recursos materiales.

Estructura del establecimiento: Sala de espera (sillas, computadora, televisor) Consultorio (camilla, sillas, escritorio, equipo para evaluación médica general y ginecológica) Área de encamamiento (camas hospitalarias, televisores, sillones reclinables, sanitario). Sala de Operaciones (mesa quirúrgica, lámparas de quirófano, mesa de mayo).

Computadoras

Fichas clínicas

Bolígrafos

Equipo diodo laser.

### 3.5.3. Recursos financieros:

#### Presupuesto detallado de recursos financieros por paciente

RECURSOS	CANTIDAD
Utilización de equipo laser	Q250.00
Utilización de sala de operaciones	Q100.00
Honorarios médicos	Q250.00
Honorarios enfermera circulante	Q50.00
Uso de encamamiento	Q50.00
Total de presupuesto por paciente	Q700.00
Total de presupuesto en el estudio	Q24.500.00

Cada sesión para corrección de incontinencia urinaria tuvo un costo de Q700.00

El Centro Médico Esperanza de Vida proporcionó el 60% de cada sesión por paciente. Q420.00

Clínica Médica Ginestética proporcionó el 30% de cada sesión por paciente. Q 210.00

Se buscó patrocinadores específicos, que aportaron el 10% de cada sesión por paciente. Q70.00

## CAPITULO IV

### PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

#### 4.1. RESULTADOS:

A continuación se presentan los resultados obtenidos durante los meses de octubre y noviembre un total de 35 pacientes, todas con los requisitos que se solicitaban para el estudio, siendo ellas mayores de 60 años, mujeres, con antecedente de incontinencia urinaria. Que acudieron voluntariamente a la realización de evaluación ginecológica y posterior tratamiento laser para corrección de incontinencia urinaria.

Se realizó el tratamiento laser a las pacientes que cumplieron con los requisitos necesarios para poder ser sometidas al tratamiento, previo consentimiento informado (anexo 6).

El total de las pacientes evaluadas fue de 35. De las cuales al 100% se le realizó una sesión con tratamiento laser, y se proporcionó para la obtención de datos el cuestionario de salud King, y una evaluación ginecológica previa y posterior al tratamiento.

Se obtuvieron los siguientes resultados:

Clasificación de la severidad de incontinencia urinaria:

Con respecto a la clasificación de la severidad del problema, el 48.6% de las mujeres padecía de IU de esfuerzo, el 40% padecía de IU mixta y el 11.4% padecía de incontinencia urinaria de esfuerzo (Figura 1) En relación al puntaje total obtenido en el Cuestionario de Salud King, el promedio general fue de 79,22 puntos.

Del total de mujeres que padecían Incontinencia Urinaria de esfuerzo, el puntaje promedio del Cuestionario de Salud King fue de 79,9 puntos. Las mujeres con incontinencia urinaria de urgencia presentaron un puntaje promedio de 81 puntos. Finalmente las mujeres con IU mixta presentaron un puntaje promedio de 89,15 puntos. (Figura 3)

De acuerdo a la edad el puntaje promedio obtenido en el Cuestionario de Salud King, mostró la siguiente distribución: las mujeres entre 60-69 años presentaron un promedio de 66,5 puntos. Las mujeres entre 70-79 años mostraron un promedio de 79 +/- 0 puntos. Las mujeres entre 80-89 años tuvieron un promedio de 89,66 puntos. Las mujeres entre 90-99 años mostraron 80,71 puntos. Y no se encontraron pacientes mayores de 100 años para el estudio. (Figura 3)

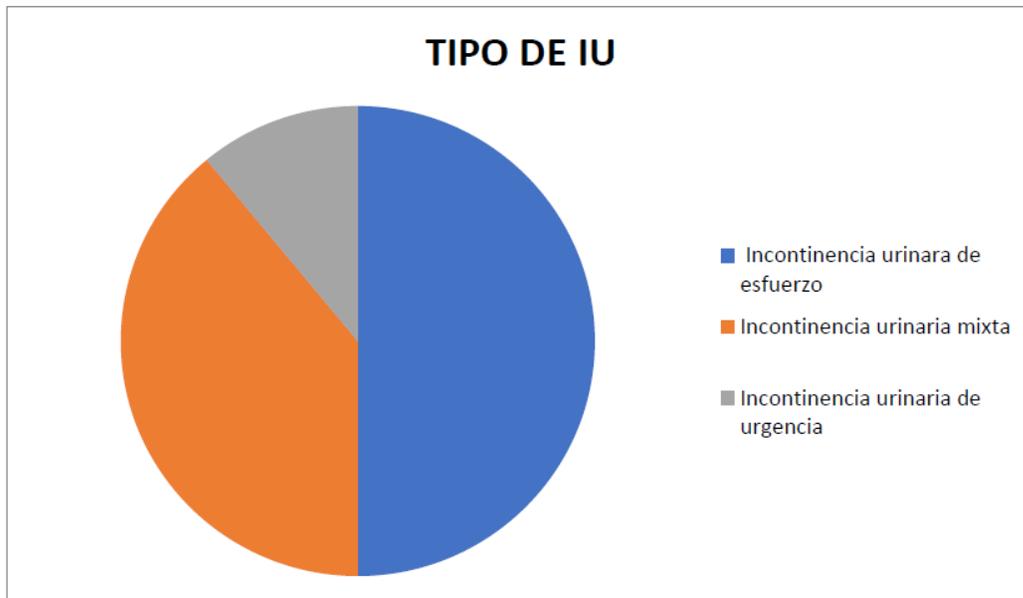
De los antecedentes generales de las 35 mujeres evaluadas, podemos mencionar que: el rango de 60 a 69 años fue el que más pacientes presentó que acudieron a la jornada para tratamiento laser, representando el 45%.

En los porcentajes para estado civil existe un porcentaje de 45% de mujeres están casadas, 10% son solteras, 15% divorciadas y 30% viudas. El 44% de las mujeres tenía educación primaria incompleta.

El 49 % posee un ingreso mensual entre Q800.00 – Q1000.00. En relación al tratamiento, el 100% de las mujeres nunca fue tratada con ningún medicamento y el 55.56% tuvo cirugía, (histerectomía) por otras causas.

## CLASIFICACION DE INCONTINENCIA URINARIA

FIGURA 1

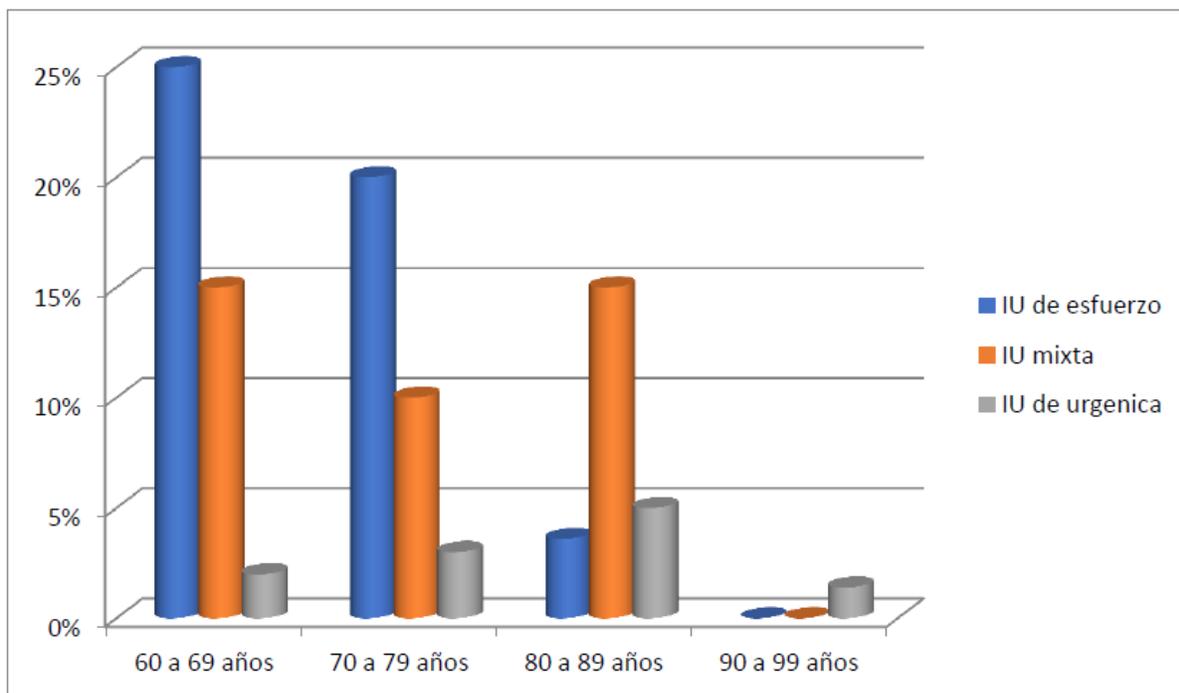


Fuente: elaboración propia.

Interpretación: se observa que todas las pacientes presentaban una clasificación de incontinencia urinaria, siendo la de mayor porcentaje incontinencia urinaria de esfuerzo, seguida de incontinencia urinaria mixta, y pocas de ellas presentaron incontinencia urinaria de urgencia.

## EDAD RELACIONADA A TIPO DE IU

FIGURA 2

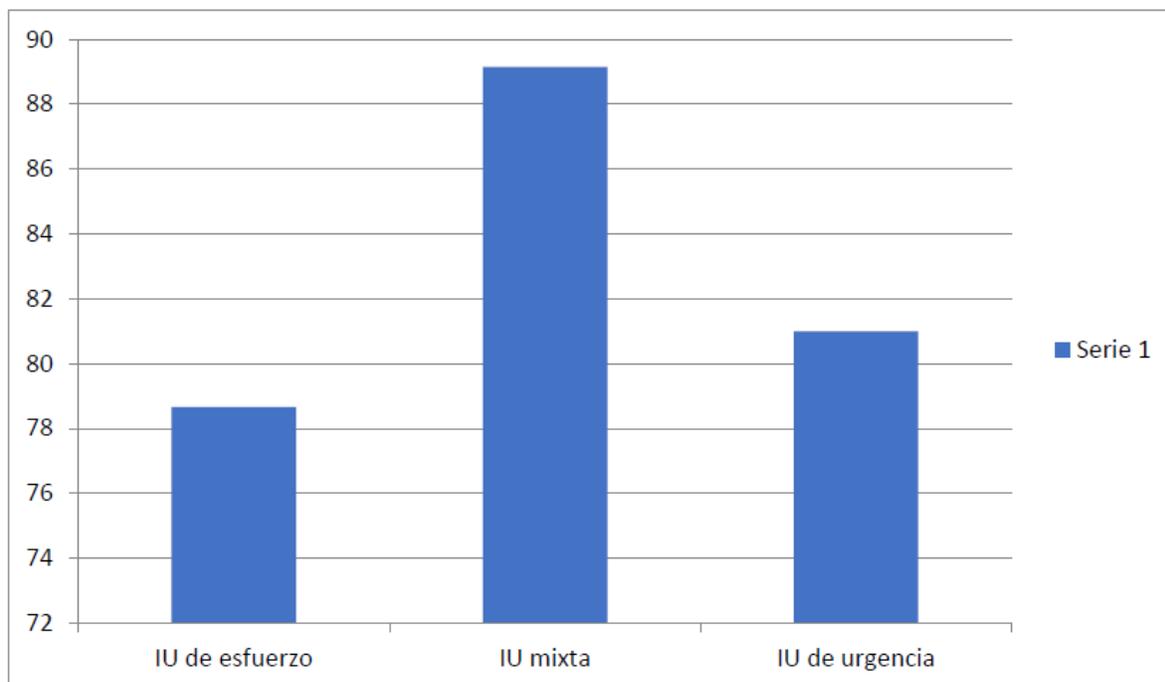


Fuente: elaboración propia.

Interpretación: es interesante observar que según su clasificación, podemos destacar la edad en la que se ve afectado, resaltando evidentemente que a mayor edad, la incontinencia es de urgencia, y mientras más joven es la paciente, la incontinencia es de esfuerzo, sin embargo en un rango medio, las pacientes presentaban una incontinencia urinaria mixta.

## RELACION DE PUNTAJE DE CUESTIONARIO DE SALUD KING Y TIPO DE IU

FIGURA 3



Fuente: elaboración propia

Interpretación: según la severidad del problema, siendo la más severa la incontinencia de urgencia, se puede evidenciar que el mayor puntaje de afectación en el estilo de vida ha sido de las pacientes con incontinencia urinaria mixta, es decir las pacientes que presentaban episodios por realizar esfuerzos y las que presentaban episodios por urgencia miccional, las que presentaron menos alteración en su estilo de vida fueron las pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo. Y las pacientes con incontinencia urinaria de urgencia presentaron puntaje promedio.

A continuación graficas comparativas del antes y después del tratamiento, la afectación del estilo de vida.

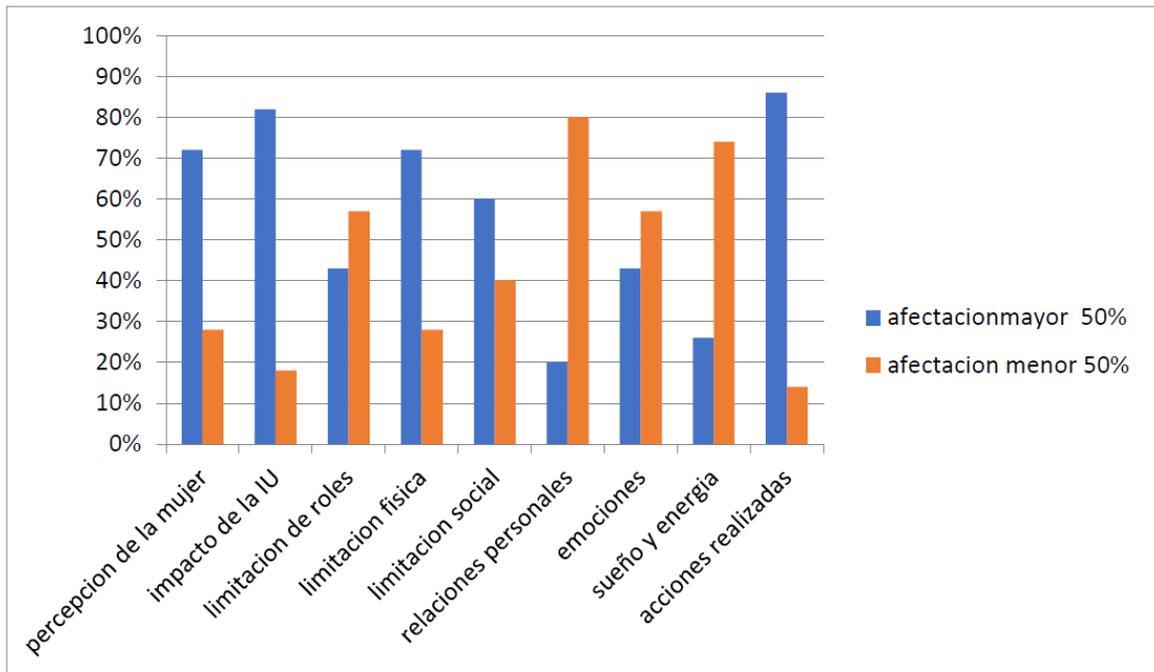
Las mujeres que trabajan dentro del hogar (20) corresponden al 77.77% y presentaron un puntaje promedio de 65.28 puntos. De las que trabajan fuera del hogar y que corresponden al 22.23%, obtuvieron un puntaje promedio de 83 puntos antes de la intervención. Los resultados posterior a la evaluación fueron de las

Los puntajes obtenidos en los distintos ítems del cuestionario de Salud King antes del procedimiento fueron los siguientes resultados:

- En el ítem percepción de la mujer, 25 mujeres tuvieron un grado de afectación superior o igual al 50%.
- En el ítem impacto de la IU, 28 mujeres tuvieron un grado de afectación superior al 60%.
- En el ítem limitación de roles, 15 mujeres tuvieron un grado de afectación superior al 60%.
- En el ítem limitaciones físicas, 25 mujeres tuvieron un grado de afectación superior o igual al 50%.
- En el ítem limitación social, 21 mujeres tuvieron un grado de afectación superior o igual al 50%.
- En el ítem de relaciones personales, 7 mujeres tuvieron un grado de afectación superior al 50%.
- En el ítem de emociones, 15 mujeres tuvieron un grado de afectación superior al 60%.
- En el ítem de sueño y energía 9 mujeres tuvieron un grado de afectación superior o igual al 50%.
- En el ítem de acciones realizadas, 30 mujeres tuvieron un grado de afectación superior o igual al 50%.

## DISTRIBUCION DE MUJERES SEGÚN PUNTAJES DE LOS ÍTEMS DEL CUESTIONARIO DE SALUD KING PREVIO AL PROCEDIMIENTO

Figura 4



Fuente: elaboración propia

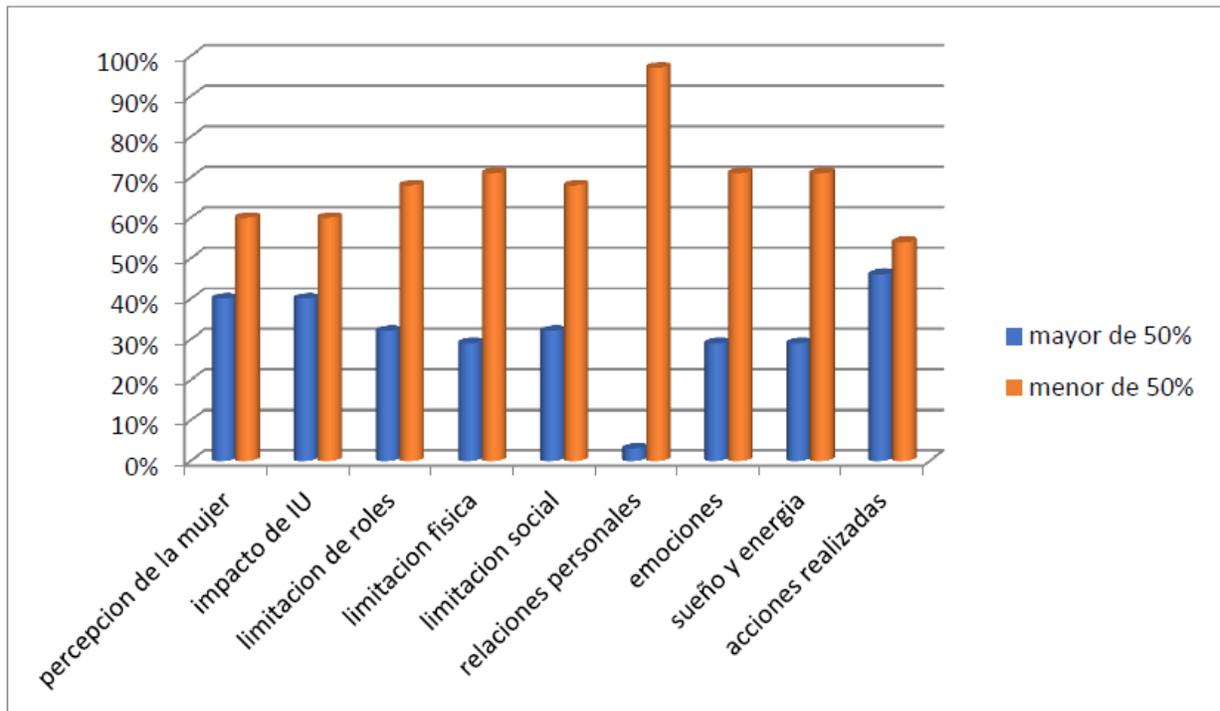
Interpretación: Los ítems tomados en cuenta han sido los que más afectaron a las pacientes, siendo 9 ítems en total. De ellos sobresale que el que más afectó el estilo de vida de las pacientes fue el rubro de las acciones realizadas, lo que implica los gastos, costos y todas las acciones que la paciente ha realizado para poder vivir con incontinencia urinaria. Siendo esto lo obtuvo una mayor diferencia en cuestión de puntuación.

Los resultados obtenidos posteriores al tratamiento, fueron:

- En el ítem percepción de la mujer, 14 mujeres tuvieron un grado de afectación superior o igual al 50%.
- En el ítem impacto de la IU, 14 mujeres tuvieron un grado de afectación superior al 60%.
- En el ítem limitación de roles, 11 mujeres tuvieron un grado de afectación superior al 60%.
- En el ítem limitaciones físicas, 10 mujeres tuvieron un grado de afectación superior o igual al 50%.
- En el ítem limitación social, 11 mujeres tuvieron un grado de afectación superior o igual al 50%.
- En el ítem de relaciones personales, solo 1 mujer tuvo un grado de afectación superior al 50%.
- En el ítem de emociones, 10 mujeres tuvieron un grado de afectación superior al 60%.
- En el ítem de sueño y energía 10 mujeres tuvieron un grado de afectación superior o igual al 50%.
  - En el ítem de actividades realizadas, 16 mujeres tuvieron un grado de afectación superior o igual al 50%.

DISTRIBUCION DE LAS MUJERES INCONTINENTES SEGÚN PUNTAJES DE LOS ITEMS DEL CUESTIONARIO DE SALUD KING POSTERIOR AL PROCEDIMIENTO.

Figura 5

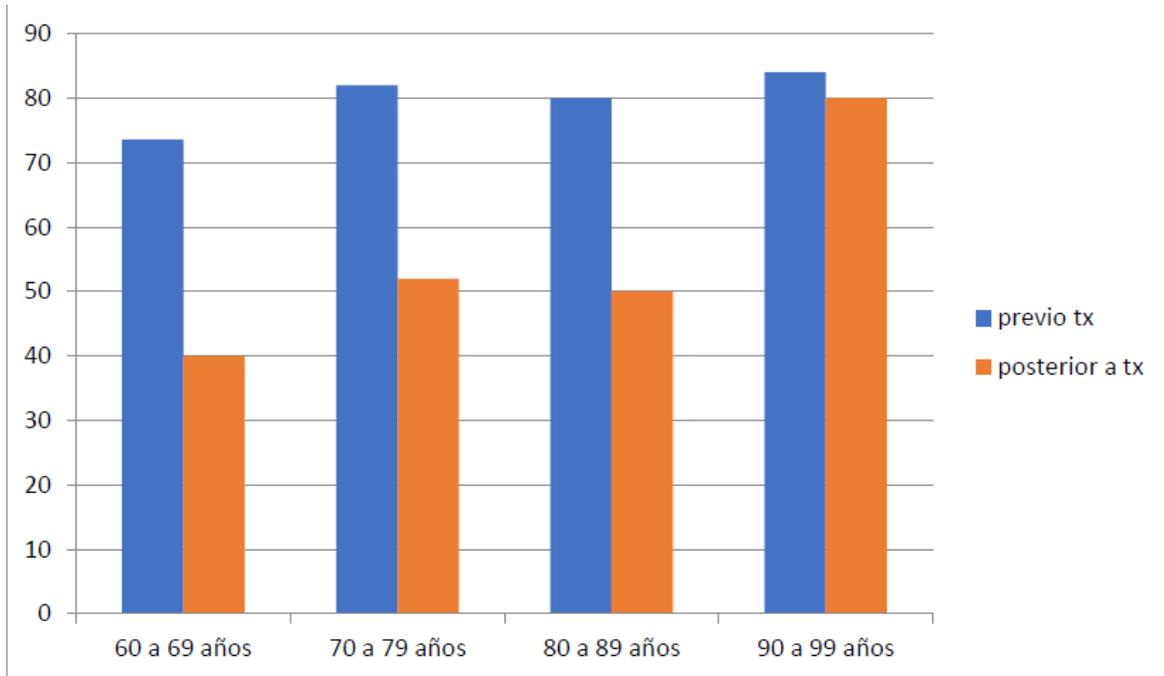


Fuente: elaboración propia

Interpretación: se evidencia notablemente que los cambios han sido positivos en todos los rubros, siendo las puntuaciones menores del 50%. Sin embargo sobresale el ítem de relaciones personales, en el q la mayoría de pacientes respondieron de manera positiva, presentando una afectación negativa menor al 50%.

## RELACION POSTERIOR A PROCEDIMIENTO Y EDAD

Figura 6



Fuente: elaboración propia

Interpretación: Las pacientes con mayor puntaje en el cuestionario, lo que refleja una alteración en su estilo de vida, fueron las de mayor edad, de 90 a 99 años. Sin embargo fue el rango que menor número de pacientes presenta.

CUADRO COMPARATIVO SEGÚN RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE  
SALUD KING CON RESPECTO A LOS ASPECTOS QUE AFECTAN EL ESTILO DE  
VIDA

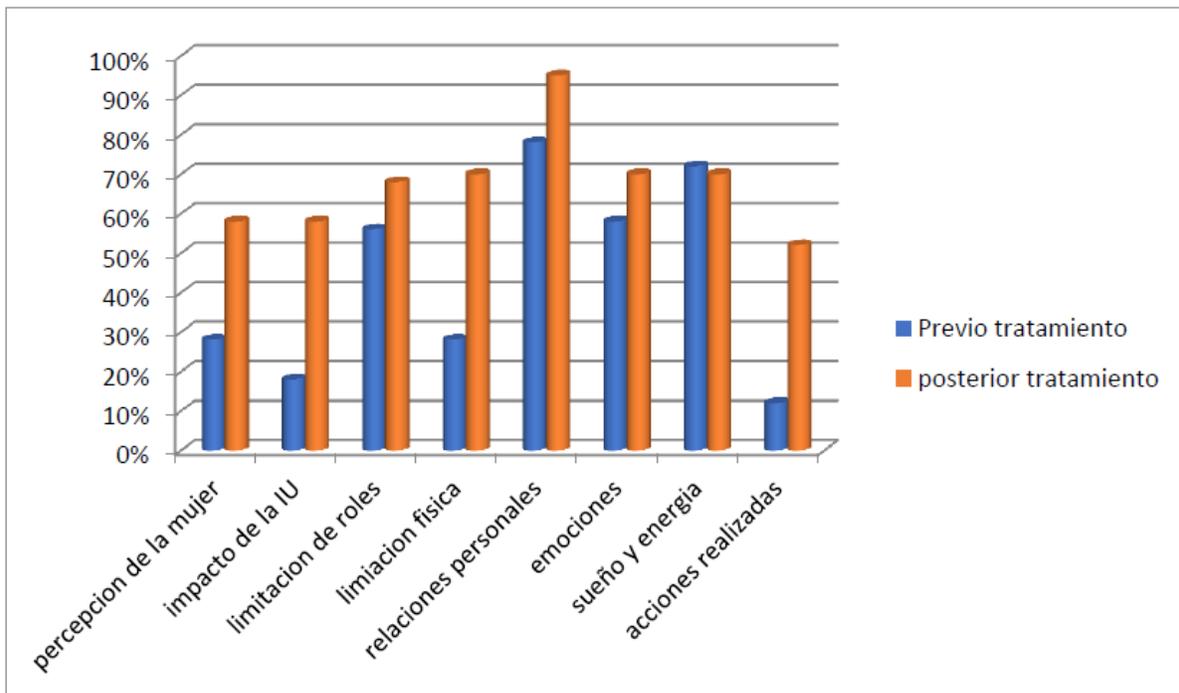
ASPECTO EVALUADO	PUNTAJE SUPERIOR A 50% PREVIO TX	PUNTAJE SUPERIOR A 50% POST TX
Percepción de la mujer	25	14
Impacto de la IU	28	14
Limitación de roles	15	11
Limitación física	25	10
Limitación social	21	11
Relaciones personales	7	1
Emociones	15	10
Sueño y energía	9	10
Actividades realizadas	30	16

Fuente: elaboración propia.

Análisis: Reconociendo que según la interpretación del test, mientras mayor es el puntaje, mayor es la afectación. Se observa una elevada cantidad de pacientes que reportaron una respuesta positiva con respecto a la eficacia del tratamiento en cuanto a la mejoría del estilo de vida posterior al procedimiento.

COMPARACION DE LOS RESULTADOS MENORES AL 50% SEGÚN LOS ITEMS ANTES Y DESPUES DEL PROCEDIMIENTO.

Figura 7.



Fuente: Elaboración propia

Interpretación: los ítems que se evaluaron fueron los que las pacientes mencionaron y midieron con mayor sensibilidad cuantificable gracias a la interpretación del resultado, se han comparado.

## 4.2. DISCUSION:

Según los resultados obtenidos con el estudio, se observa que efectivamente la incontinencia urinaria independientemente de su clasificación, es una condición que como dice la bibliografía afecta la calidad de vida de las pacientes.

La población geriátrica que se estudió, presentaron antecedentes importantes en común dentro de los que sobresale que ninguna de ellas presentó tratamiento previo para incontinencia urinaria. Se observó que la mayoría de pacientes presentó incontinencia urinaria de esfuerzo y mixta, siendo solo 3 de ellas las que refirieron incontinencia urinaria de urgencia.

Las pacientes refirieron mejora, en todos los aspectos medidos en el cuestionario, Siendo los siguientes ítems: Percepción de la mujer. Impacto de la incontinencia urinaria. Limitación de roles. Relaciones personales. Emociones. Sueño y energía. Acciones realizadas. Todos se sumaron y se logró cuantificar así el cambio percibido por ellas.

Las pacientes que obtuvieron una calificación más alta con respecto a las puntuaciones del test, fueron las pacientes con incontinencia urinaria de urgencia, y de ellas se observó que son las de mayor edad, en un porcentaje mínimo, sin embargo fueron las que menos cambios observaron posterior al tratamiento. A pesar de que según la literatura el tratamiento sería efectivo en todo tipo de incontinencia, en este caso no se observó mejoría en el estilo de vida.

Todos los aspectos que se vieron afectados antes del procedimiento fueron los mismos que se vieron mejorados posterior al tratamiento.

Una sola sesión si logra evidenciar cambios positivos en la percepción de la mujer, el impacto de la incontinencia urinaria, y la limitación física, aspectos que fueron los de mayor diferencia en cuanto a la mejora en el estilo de vida.

La bibliografía mencionaba un mínimo de dos sesiones, sin embargo, a las pacientes no les agrada el mecanismo de la realización del procedimiento, a pesar de que no presenta efectos secundarios y que no tiene complicaciones, sin embargo se observó que no presentan deseos de persistir con las sesiones, demostrando satisfacción con una única sesión. (Chile, 2010)

La evaluación posterior al procedimiento demostró mejoría en la tensión muscular, la evaluación previa ninguna paciente presentaba cistocele severo, por lo que no se pudo evaluar si existió una mejora en ese aspecto.

## CAPITULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1. CONCLUSIONES

1. El estilo de vida mejora en pacientes que se someten a tratamiento laser con diagnóstico de incontinencia urinaria.
2. En cuanto a la clasificación de los tipos y severidad de incontinencia urinaria, se determinó que para el estudio las pacientes que acudieron presentaban en su mayoría incontinencia leve a moderada, y pocas de ellas incontinencia de urgencia, la mayoría refirieron que las pérdidas se evidenciaban al realizar esfuerzos.
3. Los factores más afectados secundario a incontinencia urinaria fueron los siguientes: el impacto en la vida diaria, la limitación de roles, limitación física y social, las acciones realizadas, y las relaciones personales.
4. Posterior a la intervención, no se logró determinar si existió una mejora significativa, ya que ninguna de las pacientes estudiadas presentaba una incontinencia severa con grados de cistocele severo. Solamente se pudo evaluar la tensión aumentada de los músculos de la pelvis, lo cual es consecuencia del tratamiento laser.
5. Todos los factores del estilo de vida evaluados en el cuestionario de salud King, presentaron mejora subjetiva, referida por las pacientes,

## 5.2. RECOMENDACIONES:

1. El tratamiento con laser es eficaz, presenta muchas ventajas, sin embargo una de las desventajas es en cuestión de costos, se hubieran encontrado mejores resultados con dos sesiones e incluso cinco sesiones, pero es necesario un presupuesto bastante elevado.
2. En pacientes geriátricas, el tratamiento laser es bastante efectivo ya que aminora los riesgos quirúrgicos, no se utiliza anestesia, y no es doloroso. Sin embargo en nuestro medio, aún se encuentran muchos obstáculos para poder realizar el procedimiento, ya que las pacientes demuestran cierta renuencia cuando se les explica que para poder realizar el procedimiento es necesario introducir un espejo en el introito vaginal. Muchas de ellas renunciaron y a pesar de ser sin costo, no quisieron someterse al procedimiento.
3. Existe mejor aceptación en pacientes menores de 60 años para someterse al procedimiento, en pacientes geriátricas, en un porcentaje mínimo pero existente, la incontinencia urinaria no afectaba su estilo de vida en muchos aspectos, por lo que sería recomendable enfocar mas el tratamiento en pacientes que prefieran ser sometidas al tratamiento debido a las limitaciones que les afecta la incontinencia urinaria.
4. En estudios futuros, se sugiere ampliar el tamaño de la muestra
5. Promover el conocimiento sobre la IU y su manejo y diferentes opciones para su tratamiento
6. Incentivar y profundizar los estudios a cerca de la calidad de vida, ya que es un área de gran importancia en el desarrollo profesional de un profesional de la salud y enfatizarlo en personas mayores también.

CAPITULO VI  
BIBLIOGRAFIA

1. [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_8095.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8095.pdf)
2. <http://www.repositorio.usac.edu.gt/7310/1/Astrid%20Sucelly%20Mayen%20Lemus.pdf>
3. [www.davidarehabilitacion.com/pdfs/incontinencia\\_urniaria.pdf](http://www.davidarehabilitacion.com/pdfs/incontinencia_urniaria.pdf)
4. [www.perdidasdeorina.com/templates/definicion.htm](http://www.perdidasdeorina.com/templates/definicion.htm)
5. [ocw.um.es/gat/contenidos/palopez/contenidos/estilo\\_de\\_vida.html](http://ocw.um.es/gat/contenidos/palopez/contenidos/estilo_de_vida.html)
6. <https://www.naturessunshine.com/gt/shop/healthassessment>
7. [http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2004/gana\\_v/sources/gana\\_v.pdf](http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2004/gana_v/sources/gana_v.pdf)
8. [www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2004/gana\\_v/sources/gana\\_v.pdf](http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2004/gana_v/sources/gana_v.pdf)
9. [http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lar/dionne\\_e\\_mf/capitulo1.df](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/dionne_e_mf/capitulo1.df)
10. <http://www.who.int/topics/ageing/es/>
11. [www.aeu.es/UserFiles/IncontinenciaUrinariaInterna\\_rev\(1\).pdf](http://www.aeu.es/UserFiles/IncontinenciaUrinariaInterna_rev(1).pdf)
12. [scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272006000300006](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000300006)
13. [www.aeu.es/.../11GUIA\\_CLINICA\\_SOBRE\\_LA\\_INCONTINENCIA\\_URINARI.d](http://www.aeu.es/.../11GUIA_CLINICA_SOBRE_LA_INCONTINENCIA_URINARI.d)
14. [www.championchip.cat/llega2009/medicina/iu.htm](http://www.championchip.cat/llega2009/medicina/iu.htm)
15. [www.bago.com.ar./bibliografia/tratamientolaincontinenciaurinariaenanciano](http://www.bago.com.ar./bibliografia/tratamientolaincontinenciaurinariaenanciano)
16. [ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/.../FernandezVila\\_Alejandra\\_TFG\\_2015.f](http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/.../FernandezVila_Alejandra_TFG_2015.f)
17. [diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/69677/1/69677.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/69677/1/69677.pdf)
18. [ww.sld.cu/.../ \(monografia.\\_el\\_laser\\_de\\_baja\\_potencia\\_en\\_la\\_medicina\\_actua\\_205\)](http://ww.sld.cu/.../ (monografia._el_laser_de_baja_potencia_en_la_medicina_actua_205))
19. [www.paho.org/cub/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid](http://www.paho.org/cub/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid)
20. [www.lasersystems.com.mx/protocolos.php](http://www.lasersystems.com.mx/protocolos.php)
21. [www.ulleye.com/biblio.htm](http://www.ulleye.com/biblio.htm)
22. [scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1138-123X2004000500003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2004000500003)

CAPITULO VII

ANEXOS:

ANEXO 1

FICHA CLINICA

**DATOS GENERALES**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Ocupación actual: \_\_\_\_\_

El ingreso mensual de su familia es: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES INCONTINENCIA URINARIA**

Inicio de la sintomatología: \_\_\_\_\_

Agravamiento: \_\_\_\_\_

Cuantía de fugas: (+) (++) (+++)

La fuga de orina ocurre con:

Tos \_\_\_ Estornudo \_\_\_ Risa \_\_\_ Ejercicios \_\_\_ Marcha \_\_\_ Levantar peso \_\_\_

Cambio de posición \_\_\_ R. sexuales \_\_\_ Estimulo sensorial \_\_\_ Otros \_\_\_

Percepción de la fuga: SI \_\_\_ NO \_\_\_ A/V \_\_\_

Tipo de incontinencia: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES MÓRBIDOS**

Hipertensión arterial crónica SI \_\_\_ NO \_\_\_

Diabetes mellitus: SI \_\_\_ NO \_\_\_

Alteraciones neurológicas SI \_\_\_ NO \_\_\_

Obesidad SI \_\_\_ NO \_\_\_ 52

Tos Crónica SI \_\_\_ NO \_\_\_

Constipación crónica SI \_\_\_ NO \_\_\_

#### OTRAS CIRUGÍAS NO ONCOLÓGICAS

A nivel perineal (genitales, recto o vejiga): Columna: Cerebro: \_\_\_\_\_

#### ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS

¿Cuántos hijos tuvo? \_\_\_\_\_

Tipo de parto (señale con números): • Normal • Fórceps • Cesárea

Mayor peso de nacimiento de sus hijos: \_\_\_\_\_

#### HÁBITOS

Usted ingiere algún medicamento: SI \_\_\_ NO \_\_\_

Nombre o función: \_\_\_\_\_

Tiempo de uso: \_\_\_\_\_

Usted fuma: SI \_\_\_ NO \_\_\_

Numero de cigarrillos al día: \_\_\_\_\_

Usted consume alcohol: SI \_\_\_ NO \_\_\_

-Marque con una X en la categoría que se sienta más identificada en la relación con su familia (ahora que tiene IU)

CASI NUNCA \_\_\_\_\_

A VECES \_\_\_\_\_

CASI SIEMPRE \_\_\_\_\_

Está satisfecha con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?

\_\_\_\_\_

Discuten entre Uds. Los problemas que tiene en su casa? \_\_\_\_\_

Las decisiones importantes se toman en conjunto? \_\_\_\_\_

Está satisfecho con el tiempo que UD. Y su familia permanecen juntos? \_\_\_\_\_

Siente que su familia lo quiere? \_\_\_\_\_

- Marque con una X los productos que Ud. adquiere normalmente para el tratamiento de su IU,

Artículos de aseo (jabón, confort, detergente)

Productos absorbentes:

Pañales

Toallas higiénicas

Consultas médicas

Exámenes

Medicamentos

Ropa de cama

Ropa interior especial

- Marque con una X los problemas (biológicos) que puede haber tenido por la IU en el último año, y el N° de veces en el año:

• Lesiones en la piel \_\_\_\_

• Infecciones en la piel \_\_\_\_

• Infecciones urinarias \_\_\_\_

Examen físico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Impresión Clínica: \_\_\_\_\_

Tratamiento: \_\_\_\_\_

ANEXO 2:

CUESTIONARIO DE SALUD KING

1. ¿Cómo describe usted su salud en el presente?  
Muy buena  
Buena  
Regular  
Mala  
Muy mala
  
2. ¿Cuánto piensa usted que su problema de vejiga afecta su vida?  
Nada  
Un poco  
Moderadamente  
Un montón
  
3. Nos gustaría conocer cuáles son sus problemas de vejiga y cuanto la (o) afectan. De la lista de abajo elija sólo aquellos problemas que usted tiene en el presente. Deje afuera aquellos que no se aplican a usted.

¿Cuánto ellos le afectan?

Marque con una cruz (X)

	Un poco	Moderadamente	Mucho
<b>Frecuencia:</b> va al baño muy a menudo			
<b>Nicturia:</b> se levanta en la noche a orinar			
<b>Urgencia:</b> un deseo fuerte y difícil de controlar al orinar			
<b>Urge incontinencia:</b> pérdida de orina asociada a un fuerte deseo de orinar.			
<b>Incontinencia de estrés:</b> pérdida de orina con actividad física. Ej: toser, estornudar, correr.			
<b>Enuresis:</b> moja la cama en la noche			
<b>Incontinencia en el acto sexual:</b> pérdida de orina con el acto sexual.			
<b>Frecuentes infecciones urinarias.</b>			
<b>Dolores de vejiga Dificultad para orinar</b>			
<b>Otros:</b> especifique			

4.- Abajo están algunas actividades que pueden ser afectadas por sus problemas vesicales. ¿Cuánto le afectan sus problemas de vejiga? Nos gustaría que usted responda cada pregunta. Simplemente marque la categoría que se aplica a usted.

<b>Limitación de roles</b>	<b>Nada</b>	<b>Levemente</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Mucho</b>
¿Cuánto afecta su problema de vejiga sus tareas domésticas (ej.: limpiar, compras, etc.)?				
Su problema de vejiga, ¿afecta su trabajo o sus actividades normales diarias fuera del hogar?				

<b>Limitación físico social</b>	<b>Nada</b>	<b>Levemente</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Mucho</b>
Sus problemas de vejiga afectan su actividad física (ej.: caminar, correr, hacer deporte, gimnasia, etc.)				
Su problema de vejiga afecta su capacidad para viajar.				
Su problema de vejiga limita su vida social.				
Su problema de vejiga limita su capacidad para recibir o visitar amigos.				

<b>Relaciones Personales</b>	<b>No se aplica</b>	<b>Nada</b>	<b>Levemente</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Mucho</b>
Su problema de vejiga afecta su relación con su pareja.					
Su problema de vejiga afecta su vida sexual.					
Su problema de vejiga afecta su vida familiar.					

<b>Emociones</b>	<b>Nunca</b>	<b>Levemente</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Mucho</b>
Sufre usted de depresión por su problema urinario				
Sufre usted problemas de ansiedad o se pone nerviosa (o) a causa de su incontinencia				
Tiene usted problemas de autoestima debido a su problema urinario.				

<b>Sueño y energía</b>	<b>Nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>A menudo</b>	<b>Siempre</b>
Afecta su problema urinario su sueño				
Tiene usted la sensación de estar agotada (o)				

<b>Realiza usted alguna de estas actividades?</b>	<b>Nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>A menudo</b>	<b>siempre</b>
Usa usted productos absorbentes para mantenerse seca (o)				
Cuida usted la cantidad de líquido que ingiere				
Cambia su ropa interior cuando ésta se humedece				
Le preocupa oler a orina				
Le avergüenza a usted su problema urinario.				

### Anexo 3.

#### PUNTAJE DEL CUESTIONARIO KING SEGÚN ITEMS:

- Percepción de la mujer ( 1 pregunta): el estudio consideró la percepción de la mujer como la descripción que ella expresa de su estado de salud actual y de la influencia que tiene la incontinencia urinaria en su vida.

- Estado de salud actual: fue medido en las categorías de:

Muy buena---1 punto

Buena-----2 puntos

Regular-----3 puntos

Mala-----4 puntos

Muy mala----5 puntos

- Impacto de la incontinencia urinaria en su vida ( 1 pregunta): que fue medida en las categorías de:

Nada-----1 punto

Unos poco-----2 puntos

Moderadamente----3 puntos

Muchos-----4 puntos

- Limitación de roles ( 2 preguntas): se consideraron los aspectos de cómo la incontinencia urinaria afecta su trabajo, actividades domésticas entre otros. Fue medido en las categorías de:

Nada-----1 punto 60

Levemente-----2 puntos

Moderadamente---3 puntos

Mucho-----4 puntos

- Limitación física (2 preguntas): se consideró el grado de influencia de la incontinencia urinaria en las actividades físicas. Fue expresado en las categorías de:

Nada-----1 punto

Levemente-----2 puntos

Moderadamente---3 puntos

Mucho-----4 puntos

- Limitación social (3 preguntas): se consideró la influencia de la incontinencia urinaria en la vida social, relación con amigos y familia. Fue expresado en las

categorías de:

Nada-----1 punto

Levemente-----2 puntos

Moderadamente---3 puntos

Mucho-----4 puntos

- Relaciones personales (2 preguntas): se consideró la influencia de la incontinencia en la vida sexual y relación con la pareja. Se expresó en las categorías de:  
No se aplica-----0 punto  
Nada-----1 punto  
Levemente-----2 puntos  
Moderadamente----3 puntos  
Mucho-----4 puntos
- Emociones (3 preguntas): se consideró la influencia de la incontinencia en la posibilidad de padecer depresión , ansiedad y baja autoestima. Se expresó en las categorías de:  
Nunca-----1 punto  
Levemente-----2 puntos  
Moderadamente----3 puntos  
Mucho-----4 puntos
- Sueño y energía (2 preguntas): se consideró el grado de influencia de la incontinencia urinaria en el sueño y la sensación de estar agotada. Se expresó en las categorías de:  
Nunca-----1 punto  
Algunas veces ----2 puntos  
A menudo-----3 puntos  
Siempre-----4 puntos
- Acciones para enfrentar la incontinencia urinaria (4 preguntas): se consideró el tipo de acción realizada por la mujer afectada de incontinencia urinaria. Dentro de estas acciones se incluyeron: -restricción en la ingesta de agua -uso de productos absorbentes -cambio de ropa interior cada vez que esta se humedece.

Cada una de ellas expresada en la categoría de:

Nunca-----1 punto  
Algunas veces---2 puntos  
A menudo-----3 puntos  
Siempre-----4 puntos

- En relación a los síntomas de incontinencia urinaria se consideró presencia o ausencia de uno o más síntomas, como también el grado en que afectan en la mujer, expresado en las categorías de:  
Un poco-----1 punto  
Moderadamente---2 puntos  
Muchos-----3 puntos

Con respecto a ellos se consideró:

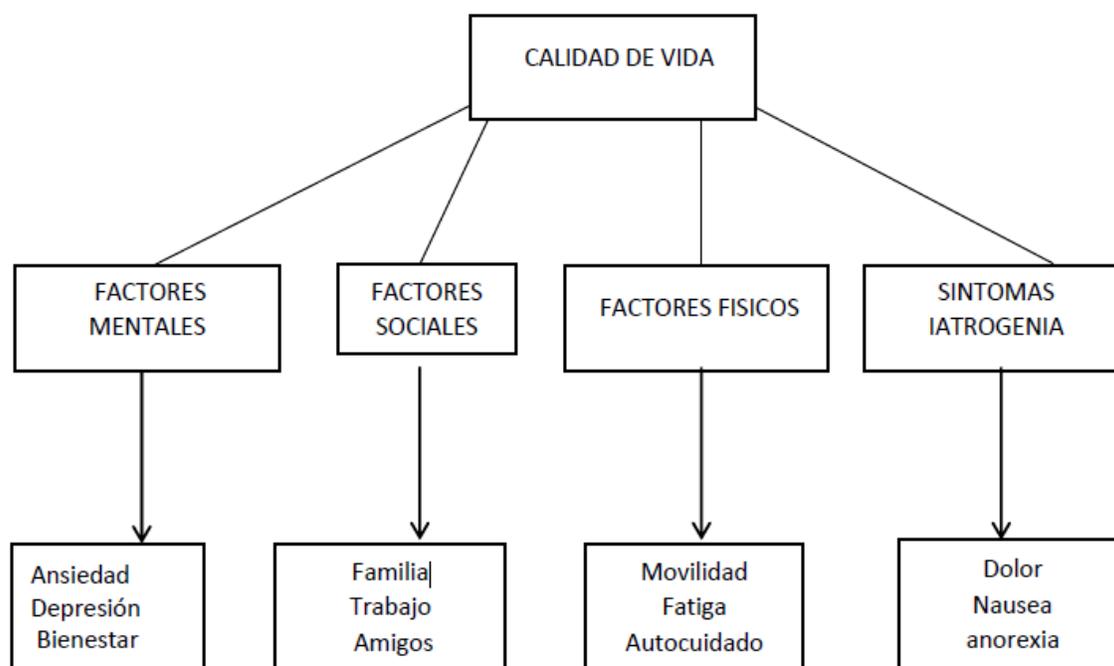
- Frecuencia miccional: número de veces que orina en el día.
- Nicturia: levantarse en la noche a orinar.
- Urgencia miccional: deseo fuerte y difícil de controlar al orinar.
- Rebalse miccional: pérdida de orina asociada a un fuerte deseo de orinar
- Incontinencia urinaria de esfuerzo: pérdida de orina con actividad física.
- Enuresis: moja la cama durante la noche.
- Incontinencia en el acto sexual: pérdida de orina en el acto sexual.
- Infecciones del tracto urinario frecuentes.
- Dolor de vejiga
- Disuria (dificultad para orinar)

## ANEXO 4

### FORMULAS PARA CALCULAR EL PUNTAJE DEL CUESTIONARIO DE SALUD KING

1. Percepción de la mujer:  $PUNTAJE = ((\text{puntaje pregunta } 1 - 1) / 4) * 100$
2. Impacto de la incontinencia urinaria:  $PUNTAJE = ((\text{puntaje pregunta } 2 - 1) / 3) * 100$
3. Limitación de roles:  $PUNTAJE = (((\text{puntaje pregunta } 3a + 3b) - 2) / 6) * 100$
4. Limitación física:  $PUNTAJE = (((\text{puntaje pregunta } 4a + 4b) - 2) / 6) * 100$
5. Limitación social:  $PUNTAJE = (((\text{puntaje de las preguntas } 4c + 4d + 5c) - 3) / 9) * 100$   
°° °° Si puntaje de 5c es  $\geq 1$ , si es 0 entonces  $\dots -2) / 6) * 100$
6. Relaciones personales:  $PUNTAJE = (((\text{puntaje preguntas } 5a + 5b) - 2) / 6) * 100$  °°°  
°°° Si puntaje  $5a + 5b \geq 2$  Si puntaje  $5a + 5b = 1$ ,  $\dots -1) / 3) * 100$  Si puntaje  $5a + 5b = 0$ ,... No aplicable
7. Emociones:  $PUNTAJE = (((\text{puntaje preguntas } 6a + 6b + 6c) - 3) / 9) * 100$
8. Sueño y energía:  $PUNTAJE = (((\text{puntaje preguntas } 7a + 7b) - 2) / 6) * 100$
9. Actividades realizadas:  $PUNTAJE = (((\text{puntaje preguntas } 8a + 8b + 8c + 8d) - 4) / 12) * 100$

## ANEXO 5



Esquema multifactorial de la calidad de vida. (Adaptado de Tchekmedyan y cols)

Anexo 6.

Documento de Consentimiento Informado

El estudio al cual a Ud. se le invitó a participar, tiene como objetivo analizar impacto que tiene el problema de Incontinencia Urinaria en su Estilo de Vida. Para obtener la información necesaria se le entregará a Ud. un cuestionario en el cual deberá responder una serie de preguntas que evaluarán su percepción personal sobre la calidad de vida. En otra sesión se evaluará médicamente para clasificar el grado de incontinencia que usted presenta. Toda la información recolectada, será manejada de manera estrictamente confidencial, y sólo será utilizada en el marco de esta investigación. Cualquier inquietud que a Ud. le surja con respecto a este estudio, así como también obtener los resultados finales de él, podrá consultarlos en cualquier momento con la personas que le realice las preguntas.

Yo, \_\_\_\_\_, declaro haber recibido toda la información con respecto a este estudio, que tuve la posibilidad de manifestar mis inquietudes y que éstas me fueron respondidas satisfactoriamente y por lo tanto acepto participar en esta investigación.

Firma de la paciente

Firma de la investigadora