

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

CARRERA DE ENFERMERÍA

*Tesis para optar por el grado académico de
Licenciatura en Enfermería*

**SIGNOS Y SÍNTOMAS DE INCONTINENCIA
URINARIA EN MUJERES CON Y SIN
EPISIOTOMÍA EN RELACIÓN CON LAS
PRÁCTICAS DE EVACUACIÓN VESICAL,
AGUA CALIENTE, CARTAGO 2018**

PRISCILLA FONSECA QUIRÓS

2018

TABLA DE CONTENIDOS

Índice de gráficos.....	5
Índice de cuadros	8
Resumen	10
Summary.....	11
Capítulo I.....	12
Problema de investigación.....	12
1.1 Planteamiento del problema	13
1.1.1 Delimitación del problema	20
1.1.2 Justificación.....	21
1.2 Redacción del problema central: pregunta de la investigación	23
1.3 Objetivos de la investigación.....	23
1.3.1. Objetivo general.....	23
1.3.2. Objetivos específicos.....	23
1.4 Alcances y limitaciones	23
1.4.1. Alcances de la investigación	23
1.4.2. Limitaciones de la investigación	¡Error! Marcador no definido.
Capítulo II.....	24
Marco teórico.....	24
2.1 Contexto teórico-conceptual.....	25
2.1.1 Incontinencia urinaria como factor de riesgo en la utilización de la episiotomía	25
2.1.1.1 Tipos de incontinencia urinaria	27
2.1.1.1.1 Incontinencia anatómica o de esfuerzo verdadera	27
2.1.1.1.2 Incontinencia de urgencia verdadera	28
2.1.1.1.3 Incontinencia neurogénica	28
2.1.1.1.4 Incontinencia falsa, por rebosamiento o por vaciado incompleto.....	29

2.1.1.1.5 Incontinencia urinaria mixta	29
2.1.1.1.6 Enuresis nocturna	29
2.1.1.2 Signos y síntomas de incontinencia urinaria.....	29
2.1.1.3 Factores de riesgo asociados a la incontinencia urinaria.....	33
2.1.1.4 Estrategias terapéuticas para la incontinencia urinaria.....	35
2.1.2 Prácticas de evacuación vesical	36
2.1.2.1 Registro de micción.....	36
2.1.2.2 Micción programada	36
2.1.2.3 Modificación de la dieta o utilización de fármacos	36
2.1.2.4 Reentrenamiento vesical.....	36
2.1.2.5 Doble vaciamiento.....	37
2.1.2.6 Pad test o test de la compresa	37
2.1.3 Situación actual del uso de la episiotomía en costa rica.....	38
2.1.1.1 Clasificación de la episiotomía.....	39
2.1.1.2 Indicaciones para realizar una episiotomía	40
2.1.1.3 Complicaciones del uso de la episiotomía	41
2.1.1.4 Métodos para fortalecer el periné.....	41
2.1.4 Rol de enfermería enfocado en atención primaria y signos y síntomas de incontinencia urinaria en mujeres con y sin episiotomía en relación con las prácticas de evacuación vesical	43
2.1.5 Teorizante de Sor Callista Roy	46
Capítulo III	51
Marco metodológico.....	51
3.1 Enfoque de investigación	51
3.2 Tipo de investigación	52
3.3 Unidades de análisis u objetos de estudio.....	52

3.3.1 Área de estudio	52
3.3.2 Población	52
3.3.3 Muestra	53
3.3.4 Criterios de inclusión y exclusión	53
3.4 Instrumentos para la recolección de la información.....	53
3.5 Diseño de la investigación	54
3.6 Operacionalización de variables	55
Capítulo IV:	59
Presentación de resultados.....	59
Capítulo V	79
Discusión e interpretación de resultados	79
5.1 Discusión e interpretación	80
Capítulo VI:	88
Conclusiones y recomendaciones.....	88
6.1 Conclusiones.....	89
6.2 Recomendaciones	92
Para el profesional de enfermería en el primer nivel de atención	92
Para la mujer.....	93
Bibliografía.....	95
Anexos	102
Anexo declaración jurada	103
Anexo cartas de aprobación.....	104
Anexo dedicatoria.....	107
Anexo análisis de resultados del plan piloto	108
Anexo consentimiento informado	125
Anexo cuestionario de aplicación Universidad Hispanoamericana Escuela de Enfermería ..	127

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Figura N° 1. Distribución de la población según rango de edad en mujeres de 20 a 65 años, Barrio Jiménez Cartago, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018	60
Figura N° 2. Distribución de las mujeres de 20 a 65 años según estado civil, Barrio Jiménez Cartago, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.....	61
Figura N° 3. Distribución de la población según nivel de escolaridad, para mujeres de 20 a 65 años, Barrio Jiménez Cartago, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.....	62
Figura N°4. Distribución de la población según uso de la episiotomía en mujeres de 20 a 65 años, Barrio Jiménez Cartago, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018	64
Figura N°5. Distribución de la población según presencia o no de escapes de orina en mujeres, Barrio Jiménez Cartago, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018	65
Figura N° 6. Distribución de la población según momentos en los que se presentan escapes de orina en mujeres, Barrio Jiménez Cartago, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.....	67
Figura N° 8. Distribución de la población según la afectación en la calidad de vida de la mujer en la escala del 1 al 5, Barrio Jiménez Cartago, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018	68
Figura N°9. Distribución de la población según la frecuencia de la pérdida de orina en mujeres de 20 a 65 años, Barrio Jiménez Cartago, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018	69
Figura N° 10. Distribución porcentual de la población según la dificultad para miccionar en mujeres de 20 a 65 años, Barrio Jiménez Cartago, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018...	70
Figura N° 11. Distribución porcentual según frecuencia en que las mujeres asisten al baño más de 8 veces al día en Barrio Jiménez Cartago, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018	71

Figura N° 12. Distribución de la población según frecuencia en la presentan infecciones urinarias las mujeres de 20 a 65 años, Barrio Jiménez Cartago, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018..... 74

Figura N° 13. Distribución según el tiempo que las mujeres de 20 a 65 años posponen al sentir ganas de miccionar, Barrio Jiménez Cartago, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018 76

Figura N°14. Distribución de la población según las prácticas que tienen las mujeres de 20 a 65 años cuando sienten ganas de miccionar, Barrio Jiménez Cartago, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018 77

Figura N° 15. Distribución de la población según rango de edad en mujeres de 20 a 65 años, Barrio Jiménez Cartago, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018 108

Figura N° 16. Distribución de las mujeres de 20 a 65 años según estado civil, Barrio Jiménez Cartago, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018..... 109

Figura N° 17. Distribución de la población según nivel de escolaridad, para mujeres de 20 a 65 años, Barrio Jiménez Cartago, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018..... 110

Figura N°18. Distribución de la población según uso de la episiotomía en mujeres de 20 a 65 años, Barrio Jiménez Cartago, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018..... 112

Figura N°19. Distribución de la población según presencia o no de escapes de orina en mujeres, Barrio Jiménez Cartago, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018..... 113

Figura N° 20. Distribución de la población según presencia o no de escapes en mujeres con o sin episiotomía de 20 a 65 años, Barrio Jiménez Cartago, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018..... 114

Figura N° 21. Distribución de la población según momentos en los que se presentan escapes de orina en mujeres, Barrio Jiménez Cartago, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018..... 115

Figura N° 22. Distribución porcentual de la población según la dificultad para miccionar en mujeres de 20 a 65 años, Barrio Jiménez Cartago, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.	116
Figura N° 23. Distribución porcentual según frecuencia en que las mujeres asisten al baño más de 8 veces al día en Barrio Jiménez Cartago, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.....	117
Figura N° 24. Distribución de la población según frecuencia en la presentan infecciones urinarias las mujeres de 20 a 65 años, Barrio Jiménez Cartago, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018.....	120
Figura N°25. Distribución según el tiempo que las mujeres de 20 a 65 años posponen al sentir ganas de miccionar, Barrio Jiménez Cartago, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018	122
Figura N°26. Distribución de la población según las prácticas que tienen las mujeres de 20 a 65 años cuando sienten ganas de miccionar, Barrio Jiménez Cartago, 2018. Fuente: elaboración propia, 2018	123

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N° 1 Criterios de inclusión y exclusión	53
Cuadro N°2 Distribución según cantidad de embarazos y partos vía vaginal, para mujeres de 20 a 65 años, Barrio Jiménez Cartago, 2018	63
Cuadro N° 3 Comparación entre las mujeres con y sin episiotomía en relación la presencia de incontinencia urinaria, Barrio Jiménez Cartago, 2018	66
Cuadro N° 4 Distribución de la población según presencia de nicturia, dolor al miccionar y de horas establecidas para miccionar en mujeres de 20 a 65 años, Barrio Jiménez Cartago, 2018	72
Cuadro N° 5 Distribución según frecuencia en que la mujer siente ganas de miccionar, cuanto se ha debilitado el chorro urinario y la cantidad de orina que pierden. Barrio Jiménez Cartago, 2018	73
Cuadro N° 6 Distribución de la población según frecuencia en que las mujeres de 20 a 65 años sienten la necesidad de llegar rápido a miccionar y el uso de pañales, Barrio Jiménez Cartago, 2018	75
Cuadro N° 7 Distribución de la población según la educación, conocimiento y realización de los ejercicios de Kegel y la valoración previa a la episiotomía, Barrio Jiménez Cartago, 2018	78
Cuadro N° 8 Distribución según cantidad de embarazos y partos vía vaginal, para mujeres de 20 a 65 años, Barrio Jiménez Cartago, 2018	111
Cuadro N° 9 Distribución de la población según presencia de nicturia, dolor al miccionar y de horas establecidas para miccionar en mujeres de 20 a 65 años, Barrio Jiménez Cartago, 2018	118

Cuadro N° 10 Distribución según frecuencia en que la mujer siente ganas de miccionar, cuanto se ha debilitado el chorro urinario y la cantidad de orina que pierden. Barrio Jiménez Cartago, 2018	119
Cuadro N° 11 Distribución de la población según frecuencia en que las mujeres de 20 a 65 años sienten la necesidad de llegar rápido a miccionar y el uso de pañales, Barrio Jiménez Cartago, 2018	121
Cuadro N° 12 Distribución de la población según la educación, conocimiento y realización de los ejercicios de Kegel y la valoración previa a la episiotomía, Barrio Jiménez Cartago, 2018	124

Resumen

Introducción: la incontinencia urinaria es un síntoma de muchos trastornos por lo que es importante conocer los factores predisponentes como lo es el parto y el uso de la episiotomía, para identificar las mujeres en riesgo y así poder dar educación de medidas de prevención.

Objetivo general: determinar los signos y síntomas de incontinencia urinaria en mujeres con y sin episiotomía según prácticas de evacuación vesical, Agua Caliente, Cartago 2018.

Metodología: se utiliza una muestra de 289 mujeres entre los 20 y 65 años, con al menos un parto en el historial gineco-obstétrico, en donde se comparará mujeres con episiotomía y sin el procedimiento, con la ayuda de un instrumento de 30 preguntas donde se determinarán los signos y síntomas de incontinencia urinaria

Resultado: el 80% se encuentran en el grupo etáreo de 20 a 40 años, el 65% no presentaron incontinencia, del 35% que tienen escapes un 84% es de esfuerzo, el 93% posee incorrectas prácticas de evacuación, el 84% no recibieron educación sobre Kegel y el 72% de la muestra no los conocen

Discusión: la episiotomía por sí sola no es un factor para desarrollar incontinencia urinaria, sin embargo al comparar las mujeres que presentan escapes con o sin el procedimiento, se puede observar que al presentar más de 2 episiotomías y 3 o más partos, puede colaborar a que se presenten los síntomas de incontinencia.

Conclusiones: Los signos y síntomas presentes en el 35% de la muestra que padecen de incontinencia urinaria se dan en su mayoría al toser, estornudar, reírse o al hacer algún esfuerzo físico, presentar más de 2 episiotomías y 3 o más partos, puede colaborar a que se presenten los síntomas de incontinencia.

Palabras clave: incontinencia urinaria, episiotomía, prácticas de evacuación.

Summary

Introduction: Urinary incontinence is a symptom of many disorders, so it's very important to know the predisposing factors like delivery and the episiotomy, to identify the women in risk and so give education to prevent it. **General purpose:** Determinate signs and symptoms of urinary incontinence in women with and without episiotomy according to the vesical evacuation practice, Agua Caliente, Cartago 2018. **Methodology:** A sample of 289 women is used between the ages of 20 to 65 years old, with at least one delivery in their obstetrician gynecologist medical history, where it will be compared with women with episiotomy and women without episiotomy, using a survey of 30 questions in which it will determine the signs and symptoms of urinary incontinence. **Results:** 80% is found in the age group of 20 to 40 years old, 65% didn't show urinary incontinence, 35% have urinary leaks and of that percentage 84% is due to physical effort, 93% have incorrect evacuation practices, 84% didn't receive education about Kegel exercises and 72% of the sample of women didn't know about Kegel exercises. **Discussion:** Episiotomy is not a factor to develop urinary incontinence, nevertheless, comparing women that present urinary leaks with or without episiotomy, it shows that having more than 2 episiotomies and more than 3 deliveries, it can help to present the symptoms of urinary incontinence. **Conclusions:** 35% of the sample of women shown signs and symptoms of urinary incontinence when they cough, sneeze, laugh or make any physical effort, they also have had 2 episiotomies and have had more than 3 deliveries, and these factors can help present the symptoms of urinary incontinence. **Key words:** Urinary incontinence, episiotomy, evacuation practice.

CAPÍTULO I
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 Antecedentes del problema

Antecedentes internacionales

Las disfunciones relacionadas a la región pélvica en la mujer, en la mayoría de los casos, son prolapsos urinarios y genitales, partos distócicos y la incontinencia urinaria y fecal. A continuación, se mencionan algunas investigaciones a nivel mundial en relación con los signos y síntomas de incontinencia urinaria.

Los signos de la incontinencia son parámetros objetivos de la pérdida de orina y se puede valorar con un registro miccional o el uso de compresas que se pesan para saber la cantidad de orina que pierde la mujer durante el día⁽¹⁾. La incontinencia urinaria es un síntoma de muchos trastornos por lo que es importante conocer los factores predisponentes como lo es el parto y el uso de la episiotomía, para identificar las mujeres en riesgo y así poder dar educación de medidas de prevención.

Los signos y síntomas más frecuentes de la incontinencia urinaria en el estudio del Hospital de Talavera son las infecciones urinarias que se relacionan con el parto, la obesidad, los desgarros y la menopausia⁽²⁾.

La Universidad de Barcelona determina que el 43% de las pacientes referían tener nicturia, este signo de la incontinencia está presente en mayor cantidad en mujeres con incontinencia de esfuerzo y se asocia a mayores de 65 años de edad⁽³⁾.

A nivel mundial existen alrededor de 200 millones de mujeres viviendo con síntomas de incontinencia urinaria, alrededor del 30% de las mujeres mayores de 60 años y se calcula que en Estados Unidos se gasta cada año alrededor de 16 billones de dólares en el cuidado de

pacientes con incontinencia urinaria y alrededor de 1.1 billones de dólares en productos absorbentes para adultos. En México se considera que la cifra de mujeres con síntomas de incontinencia urinaria puede oscilar entre un 15 y un 30% en mayores de 60 años⁽⁴⁾.

Signos y síntomas como lo son las infecciones urinarias y la nicturia según concuerdan los anteriores autores se presentan en mayor cantidad de mujeres mayores a 65 años y con menopausia, por lo que es de relevancia para esta investigación ya que la población en estudio es de 20 a 65 años, y así se podrá asociar la incontinencia urinaria con la edad.

Coll et al., ⁽⁵⁾ mencionan que dentro de los factores de riesgo para la incontinencia urinaria de esfuerzo se encuentra los partos sobre todo por vía vaginal y la episiotomía. La duración del periodo expulsivo, el peso del recién nacido, la circunferencia cefálica fetal y la práctica de la episiotomía se asociaron con mayor incidencia de incontinencia urinaria de esfuerzo ⁽⁶⁾.

La incontinencia urinaria en Chile, es mayor en las mujeres entre 46 y 59 años que en aquellas de menor edad, además tienen una mayor probabilidad de tener incontinencia urinaria de esfuerzo si fueron sometidas a la episiotomía, siendo de vital importancia ya que en la investigación la tasa fue de 81,2 %, y este es un factor modificable que reduciría la incidencia de la enfermedad ⁽⁷⁾.

Para la presente investigación es importante la cantidad de episiotomías, porque como lo menciona el autor anterior, las mujeres mayores a 50 años y con este procedimiento tienen mayor probabilidad de padecer incontinencia urinaria.

El estudio que realiza el Hospital Universitario de Bogotá, el cual incluye mujeres mayores a 16 años, atendidas por parto vaginal, asoció complicaciones tempranas y tardías de gran severidad como el prolapso genital e incontinencia urinaria y fecal al realizar la episiotomía o

cuando se da un desgarro de segundo plano, ya que involucran anatómicamente los mismos planos ⁽⁸⁾.

Las mujeres de más de 60 años de edad, de Michigan tienen un 37% de prevalencia de sufrir incontinencia urinaria. De éste, el 9% presentó incontinencia urinaria de urgencia (relacionada con disfunciones del sistema nervioso), el 26.7% incontinencia urinaria de esfuerzo (relacionada con disfunciones de la musculatura estriada) y el 8.8% otro tipo de incontinencia ⁽⁴⁾.

El 44% de las mujeres de 18 años o más afirmó tener incontinencia urinaria. Alrededor de un tercio de estas mujeres reportaron incontinencia de esfuerzo, un tercio de incontinencia de urgencia y un tercio de ambas. La incontinencia urinaria fue más frecuente con el aumento de la edad y fue más común entre las mujeres multíparas, con sobrepeso y con algunas enfermedades definidas. El 13% mencionó que perjudicaba su trabajo y el 28% que perjudicaba las actividades de ocio ⁽⁹⁾.

Los autores anteriores concuerdan que la incontinencia de esfuerzo es el tipo más frecuente con el aumento de la edad y en mujeres multíparas, esto genera aportes a la investigación para relacionar la incontinencia con los partos.

México posee una prevalencia promedio de incontinencia urinaria de 46.5%. La incidencia es de 54% y 57.8% entre la población de 40-49 y 50-59 años, respectivamente. En el grupo de mujeres con incontinencia urinaria se registró mayor número de embarazos y de partos. Por lo contrario, las mujeres nulíparas presentaron menor incidencia de incontinencia urinaria ⁽¹⁰⁾.

Lo anterior aporta a la investigación que con mayor cantidad de partos el piso pélvico se debilita generando este padecimiento, y si además se le realiza a la mujer la episiotomía tiene doble de posibilidad de que con el paso del tiempo padezca de incontinencia urinaria.

Las mujeres mayores de 60 años de Dinamarca poseen el músculo del suelo pélvico significativamente más delgado en comparación con las mujeres más jóvenes. Las mujeres incontinentes tenían un músculo del suelo pélvico más delgado en comparación con las mujeres sanas ⁽¹¹⁾. Lo anterior hace referencia a que con el paso de los años el suelo pélvico por múltiples factores como lo son la episiotomía y los partos se va debilitando y si no se realizan ejercicios que lo fortalezcan, tiene más posibilidad de tener incontinencia.

Norton y Brubaker ⁽¹²⁾ refieren que los dos principales tipos de incontinencia en mujeres son la incontinencia urinaria de esfuerzo y la incontinencia urinaria de urgencia, y estas se pueden evaluar mediante una buena historia y la evaluación clínica. Además, que se puede prevenir si enfermería brinda educación a la mujer desde el primer nivel de atención ⁽¹³⁾.

La presente investigación concuerda con el autor anterior, que mediante la evaluación física se puede evaluar el tipo de incontinencia que padece, la mujer, además, se puede brindar educación sobre cómo prevenir este padecimiento, mediante masajes o ejercicios que fortalezcan el suelo pélvico.

Estudios sobre la incontinencia urinaria en España muestran una mayor prevalencia en mujeres y un aumento de la misma con la edad, la menopausia y el número de partos. La prevalencia en mujeres que tuvieron partos vaginales fue de un 52,1% en relación con las nulíparas, sólo el 27% presentaban incontinencia. Además, la edad de inicio fue de 30 a 51 años y el autor señala que los factores de riesgo para la incontinencia de stress son la edad

igual o superior a 40 años, el momento del segundo nacimiento o el uso de la episiotomía por segunda vez ⁽¹⁴⁾.

La prevalencia de incontinencia urinaria se incrementa con la edad: en la población juvenil varía del 20 al 30% y se incrementa en la etapa adulta del 30 al 40%. En la población de mayor edad existe incremento sostenido del 30 al 50%.5.6. En la Gran Bretaña, Alemania y Francia se reporta una prevalencia del 42, 44 y 41%, respectivamente relacionada con la incontinencia urinaria en mujeres mayores de 18 años⁽¹⁵⁾. Ranzi ⁽¹⁶⁾, en el estudio el impacto psicosocial de la incontinencia urinaria menciona que del 15% al 30% de la población estadounidense mayor de 60 años presentan incontinencia.

Los autores anteriores aportan a la investigación datos importantes acerca de que el parto y la episiotomía por sí sola no generan la incontinencia, pero, que a partir del segundo parto o procedimiento incrementa la posibilidad de que conforme aumente la edad, la pueda padecer.

Las mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo o prolapso genitourinario o ambas tienen un aumento significativo en la denervación del piso pélvico en comparación con las mujeres asintomáticas ⁽¹⁷⁾. En Estados Unidos más del 50% de los miembros de la Asociación Nacional para la Continencia, usan algún tipo de prenda de protección para permanecer secos. Además, el 47% de todos los hombres y mujeres mayores usan algún tipo de productos absorbentes. En hogares de ancianos, se usan pañales desechables o sistemas de almohadillas y pantalones reutilizables ⁽¹⁸⁾.

La educación que le brinde el enfermero obstetra a la mujer durante la consulta prenatal y posterior al parto acerca del fortalecimiento de los músculos del piso pélvico es de gran importancia, porque, puede prevenir una patología como lo es la incontinencia urinaria y

evitar el uso de la episiotomía, para así poder evitar complicaciones y más cambios de los que con lleva ser madre.

La prevalencia de padecer incontinencia urinaria se incrementa con la edad, es más frecuente en la mujer y puede producir trastornos en la calidad de vida, como aislamiento social, temor, vergüenza ⁽¹⁹⁾. Este estudio concuerda con la investigación en que conforme aumente la edad tiene más probabilidad de padecer incontinencia y de que le afecte más en la calidad de vida.

La episiotomía ha sido un procedimiento obstétrico muy utilizado, evolucionando de ser una incisión desarrollada bajo el supuesto de “protección para la madre y el niño” hasta la evidencia actual que menciona la carencia de beneficios y los daños que provoca al piso pélvico. Por ejemplo, en Estados Unidos esta práctica es penalizada si se realiza sin un consentimiento informado ⁽²⁰⁾.

La episiotomía como lo demuestra el estudio carece de beneficios por lo que en países de América del Norte este procedimiento se realiza sólo bajo consentimiento de la mujer o cuando exista un riesgo para el feto como la hipoxia.

Antecedentes nacionales

En Costa Rica las mujeres que tienen incontinencia urinaria son referidas al Tercer Nivel de Atención, por ejemplo, en el Hospital México el tratamiento lo brinda la consulta de estática pélvica, donde se les da tratamiento ya sea quirúrgico o farmacológico ⁽²¹⁾.

Rodríguez y Orozco ⁽²²⁾ de la Universidad de Costa Rica en la investigación caracterización de la incontinencia urinaria concluyen que la incontinencia urinaria es más frecuente en el grupo etáreo de 20 a 61 años, de esta muestra la mitad eran nulíparas y el resto tuvieron partos por vía vaginal lo que aumenta el riesgo de padecer incontinencia urinaria. La presente

investigación asocia la cantidad de partos vaginales y la episiotomía con el aumento de la incidencia de la incontinencia urinaria, por lo que concuerda con el estudio que la multiparidad incrementa el riesgo de padecer incontinencia.

Rodríguez y Esquivel ⁽²³⁾ en el artículo incontinencia urinaria en la mujer, los distintos tipos de incontinencia varían con la edad, en todos los grupos etarios en general la IUE es la más común (49%), pero, es más frecuente en mujeres jóvenes y de edad media, seguida de la IUM (29%), siendo la IUU pura la menos frecuente (21%) Además existen factores de riesgo claramente establecidos para el desarrollo de IU como lo son edad, paridad, ruta de parto (vaginal) y obesidad, hay otros que se asocian con menor frecuencia como menopausia, tabaquismo, tos crónica, constipación y cirugía pélvica previa.

Rodríguez ⁽²⁴⁾, en San José refiere que entre 70.000 y 80.000 costarricenses padecen incontinencia urinaria y llevan control médico; que por cada hombre hay una mujer con incontinencia. Además, se presume que hay más personas con este padecimiento que no consultan y que en la mujer la menopausia y el embarazo son factores predisponentes ya que se da el fenómeno de “uretra corta”, que hace que la orina salga más rápido y que la incontinencia sea más severa.

La Universidad de Costa Rica realiza un estudio a 464 mujeres entre los 20 y 61 años, las mujeres que presentan IU tienen entre 20-61 años de edad. Además, la mitad de las mujeres eran nulíparas y para aquellas con algún grado de paridad, la misma fue vía vaginal, lo que aumenta el riesgo de padecer IU (por prolapso de órganos, debilidad muscular, denervación, entre otros). Asimismo, las mujeres con pérdidas urinarias (mayoritariamente las

administrativas) no refieren un deterioro mayor en su calidad de vida debido a la presencia de la IU ⁽²²⁾.

El estudio anterior se asocia a la presente investigación ya que concuerdan que aunque las mujeres refieren pérdidas de orina, estas no generan deterioro en su calidad de vida, ya que al ser más prevalente la incontinencia de esfuerzo como se ha visto en los estudios anteriores, se pueden adoptar medidas para evitar estas pérdidas.

Datos de la Caja Costarricense de Seguro Social, en el año 2010, los egresos hospitalarios según diagnósticos de enfermedades del sistema genitourinario fueron de 23941. La incontinencia urinaria es frecuente en mujeres mayores de 40 años y muchas veces por temor no asisten a consulta y prefieren usar una toalla en vez de buscar ayuda profesional⁽²⁵⁾.

El Hospital Clínica Bíblica manifiesta que un 30% de las mujeres sufren incontinencia urinaria después de la menopausia y que la posibilidad de desarrollar incontinencia urinaria aumenta con la edad; sin embargo, también podría presentarse en personas jóvenes ⁽²⁶⁾.

Actualmente en la literatura no se encuentran antecedentes a nivel internacional ni nacional acerca de las prácticas correctas de evacuación vesical en relación con la incontinencia urinaria, solo se menciona que la distensión de la vejiga puede colaborar a través de los años a que se den daños en la musculatura vesical y provocar la incontinencia urinaria.

1.1.2 Delimitación del problema

La presente investigación cuenta con una muestra de 288 mujeres las cuales deben estar en el grupo etáreo de 20 a 60 años de edad y pertenecer a Barrio Jiménez, Agua Caliente. Además deberán tener como historial obstétrico al menos un parto vía vaginal, posteriormente, de forma aleatoria, se escogerá la misma cantidad de mujeres que fueron sometidas al

procedimiento obstétrico conocido como episiotomía, y las que no para poder comparar en qué grupo es más común la incontinencia urinaria y cuáles son los signos y síntomas más frecuentes.

1.1.3 Justificación

La Organización Mundial de la Salud promueve el uso de métodos alternativos para la protección del periné, para poder erradicar el uso de la episiotomía rutinaria porque menciona que hay más riesgos que beneficios para la mujer, mostrando la importancia de este estudio, ya que se compararán mujeres con y sin el procedimiento obstétrico, para poder identificar los signos y síntomas de incontinencia urinaria ⁽²⁷⁾.

En Costa Rica existen pocos estudios relacionados a los signos y síntomas de la incontinencia urinaria, la importancia de realizar la presente investigación radica en que se quiere comparar población con y sin episiotomía para así poder determinar si el procedimiento obstétrico es de un factor detonante para que se genere la incontinencia urinaria.

El profesional de enfermería debe de saber si la episiotomía tiene efectos secundarios, además, la enfermera general deberá realizar una buena historia clínica para identificar si la incontinencia urinaria es provocada por la incisión y la enfermera obstetra es la que debe tener el criterio para saber si es necesario realizar el procedimiento o no, ya que esta práctica genera en la mujer complicaciones y que se pueden prevenir si no se utiliza este procedimiento.

Enfermería debe captar a las mujeres con factores de riesgo como lo son la edad, embarazo, parto, menopausia en la atención primaria, para evitar que padezca de incontinencia urinaria, brindando medidas conservadoras para el tratamiento. Este padecimiento deteriora la calidad de vida de quienes lo padecen, afectando las relaciones sociales, familiares y de pareja,

llevando algunas mujeres a deprimirse o aislarse por que les da vergüenza, además de la pérdida de autoestima.

La población que padece una incontinencia moderada o severa se estima que menos de la mitad solicita ayuda profesional. Las barreras que condicionan esta conducta tienen que ver con la “vergüenza” y el desconocimiento de la existencia de tratamientos. Muchas personas con incontinencia practican medidas perjudiciales para el control de su problema como la limitación de la ingesta de fluidos o el aumento de vaciamiento indiscriminado potenciando la inestabilidad del detrusor⁽¹⁴⁾.

El profesional en enfermería en la atención primaria puede utilizar métodos para valorar la presencia de incontinencia, los cuales son simples, no implican ningún riesgo, entre ellos se encuentran una historia clínica minuciosa o el diario miccional, que aportarán información necesaria para poder brindar educación al personal a las mujeres.

1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los signos y síntomas de incontinencia urinaria en mujeres con y sin episiotomía, según prácticas de evacuación vesical, Agua Caliente, Cartago 2018?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo general

1.3.1.1 Determinar los signos y síntomas de incontinencia urinaria en mujeres con y sin episiotomía según prácticas de evacuación vesical, Agua Caliente, Cartago 2018.

1.3.2. Objetivos específicos

1.3.2.1 Caracterizar socio-demográficamente a la población en estudio

1.3.2.2 Identificar los signos y síntomas de incontinencia urinaria en la población estudiada.

1.3.2.3 Describir las prácticas de evacuación vesical en la población y período establecido.

1.3.2.4 Comparar los signos y síntomas de incontinencia urinaria entre las mujeres con y sin episiotomía en el período establecido.

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES

1.4.1. Alcances de la investigación

La investigación encontró una relación importante entre la aparición de incontinencia urinaria y las incorrectas prácticas de evacuación vesical que poseen las mujeres de la población estudiada.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1 CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

2.1.1 Incontinencia Urinaria como factor de riesgo en la utilización de la episiotomía

La Sociedad Internacional de Incontinencia define la incontinencia urinaria como cualquier pérdida involuntaria de orina, que puede ser demostrada objetivamente y que constituye un problema social o higiénico ⁽²²⁾. Afecta a más de 200 000 000 de personas en el mundo, impactando significativamente la calidad de vida, se puede presentar tanto en personas sanas como asociada a enfermedades; en las mujeres la prevalencia es de un 38% con mayor incidencia en personas adultas mayores. La incontinencia puede ser un síntoma dentro de la anamnesis clínica o en exploración física ⁽⁵⁾.

La incontinencia es un trastorno del piso pélvico por debilidad de la musculatura que lo conforma y la continencia es la actividad normal de las estructuras, el cuello vesical y la uretra así como del suelo pélvico ⁽²⁸⁾. La vejiga es la que se encarga de almacenar y liberar la orina está situada en la pelvis y se mantiene en su lugar gracias al piso pélvico, el cual está conformado por huesos y articulaciones de la pelvis, músculos del piso pélvico e inervación del suelo pélvico, la continencia se da por músculo liso y estriado de la uretra proximal que mantiene una presión más elevada que la existente en la vejiga.

Los músculos detrusor y trigono conforman la vejiga haciendo un globo, conforme va llegando la orina filtrada por los uréteres; el esfínter interno de la uretra formada por músculo liso se encarga de la parte involuntaria de la continencia urinaria y el externo se encarga de la contención voluntaria gracias al músculo estriado ⁽⁵⁾.

Anatómicamente en el cerrado uretral participan dos mecanismos: el permanente y el complementario, el permanente está dado por la mucosidad secretada por la pared interna de

la uretra y por el tono tanto de la musculatura lisa como de los músculos del piso pélvico, para que la orina fluya a través de la uretra es necesario la relajación de los músculos del piso pélvico lo que provoca la abertura de la uretra. El mecanismo complementario se presenta cuando el individuo realiza actividades físicas que incrementan la presión intra-abdominal, de esta forma, cuando la presión intra-abdominal aumenta repentinamente, los músculos estriados y del piso pélvico se contraen evitando el paso de la orina. Cuando se presentan daños en cualquiera de los componentes que participan en este reflejo se desencadenan patologías como la incontinencia urinaria ⁽⁴⁾.

Los músculos del suelo pélvico son la fascia endo-pélvica, el diafragma pelviano que contiene el musculo elevador del ano, obturador interno, piriforme y coxígeo y diafragma el urogenital donde se encuentra el musculo transverso superficial y profundo del periné, isquio-cavernoso, bulbo-cavernoso y esfínter anal externo.

El grupo muscular que conforma el diafragma urogenital, más inferior, es decir, superficial al elevador del ano que, al igual que éste, participa en la continencia urinaria. Los órganos pélvicos pueden dividirse en 3 compartimentos: anterior (vejiga y uretra), medio (útero y vagina) y posterior (recto, conducto anal y aparato esfinteriano) ⁽²⁸⁾.

El procedimiento de la episiotomía secciona los músculos del piso pélvico, como lo son el musculo bulbo-cavernoso, el transverso profundo del periné y haces del músculo elevador del ano ⁽²⁹⁾. Lo que asocia anatómicamente la incontinencia urinaria con la episiotomía, ya que al realizar el corte se seccionan músculos que favorecen a la continencia y si se le correlaciona con partos vaginales y el daño que éstos pueden causar sobre el tracto urogenital y su musculatura, la prevalencia de padecer incontinencia aumenta.

2.1.1.1 Tipos de incontinencia urinaria

La incontinencia se puede clasificar en transitoria y persistente o crónica, la primera desaparece en el momento que es revertida la enfermedad o condición que lo provoca (parto o infección aguda) y la segunda se mantiene a través del tiempo (proceso de envejecimiento). Tanagho et al.,⁽³⁰⁾ clasifican la incontinencia urinaria en:

2.1.1.1.1 Incontinencia anatómica o de esfuerzo verdadera

Es el tipo más frecuente que se da en mujeres por la debilidad del piso pélvico debido a múltiples partos vaginales, la presión uretral normal responde al llenado de la vejiga así como la tos, estornudos y cambiar de posición⁽⁵⁾. Este tipo de insuficiencia aparece cuando el cuello vesical y la uretra no pueden mantenerse cerrados cuando hay aumento de la presión intra-abdominal. Dentro de las causas se encuentran la hiper-movilidad uretral y la disfunción del esfínter.

López⁽¹⁾ clasifica la incontinencia urinaria de esfuerzo en:

Tipo 0: hay síntomas pero no se demuestra durante el examen físico (Maniobra de Valsava)

Tipo I: hay síntomas, leve hiper-movilidad uretral y se presenta al realizar grandes esfuerzos.

Tipo II A: los síntomas se demuestran en el examen físico y la hiper-movilidad uretral con el esfuerzo es evidente.

Tipo II B: la hiper-movilidad uretral es evidente con el esfuerzo.

Tipo III: Los síntomas se presentan de forma permanente, durante el día y la noche al realizar el mínimo esfuerzo. En la radiografía se observa un cuello vesical abierto con escape de orina durante el reposo.

Para el diagnóstico de este tipo de incontinencia es importante una buena historia clínica para determinar el inicio, el grado de pérdida urinaria, antecedentes quirúrgicos y obstétricos, medicamentos. Además de una exploración física midiendo la presión intra-abdominal y maniobra de Valsalva para anotar en que momento ocurre la primera pérdida de orina.

2.1.1.1.2 Incontinencia de urgencia verdadera

Es la pérdida de orina asociada a un fuerte deseo de orinar, la característica fundamental es la inestabilidad del músculo detrusor y pérdida de orina al intentar inhibir la micción. En esta categoría se encuentra la vejiga hiperactiva con o sin incontinencia. Este tipo es más frecuente en procesos inflamatorios, infecciones urinarias frecuentes y trastornos neurógenos.

Se manifiesta por un intenso y súbito deseo de orinar acompañado de polaquiuria, nicturia e incontinencia ⁽³¹⁾. La pérdida incontrolable de orina no se asocia con actividad física, por lo que para el diagnóstico se debe realizar una historia clínica y exploración física y así valorar el impacto en la vida diaria. El tratamiento de este tipo de incontinencia se basa en farmacoterapia anticolinérgica y modificación del estilo de vida.

2.1.1.1.3 Incontinencia neuro-génica

Este tipo puede ser activo que es cuando hay sobre actividad del músculo detrusor y se asocia con lesiones de la neurona motora superior o pasiva que se presenta cuando el mecanismo esfinteriano está debilitado, o falta por completo y es producida por lesiones en el centro de la micción. Para el diagnóstico se debe realizar una historia clínica completa, estudios radiológicos y pruebas neurológicas, además el tratamiento se basa en procedimientos quirúrgicos.

Puede ser hiperrefléxica cuando se dan traumatismos craneoencefálicos, tumores cerebrales, enfermedad de Parkinson, y clínicamente se manifiesta como incontinencia de urgencia y arrefléxica que se manifiestan como incontinencia de rebosamiento.

2.1.1.1.4 Incontinencia falsa, por rebosamiento o por vaciado incompleto

Es la pérdida de orina relacionada con la distensión de la vejiga, se da por goteo o en chorro fino y ocurre cuando se supera la presión tolerada por la uretra. Se asocia al vaciamiento incompleto debido a dos causas: el deterioro de la contractibilidad vesical o la obstrucción en el tracto urinario ⁽¹⁾. Cursa con polaquiuria, disminución del calibre del chorro de la orina y sensación de micción incompleta.

2.1.1.1.5 Incontinencia urinaria mixta

Es la combinación de diferentes tipos de incontinencia y la única forma de poder diagnosticarla es mediante un estudio uro-dinámico. Se asocia a la combinación de la incontinencia de urgencia y la de esfuerzo.

2.1.1.1.6 Enuresis nocturna

Se define como la emisión involuntaria de orina generalmente durante la noche y de forma inconsciente y sin causa orgánica ⁽³²⁾.

2.1.1.2 Signos y síntomas de incontinencia urinaria

Al momento de la micción la estimulación simpática se disminuye y se activa la estimulación parasimpática, los nervios pélvicos estimulan la liberación de acetilcolina lo que provoca la contracción del musculo detrusor y la relajación del cuello vesical. La uretra mantiene la continencia gracias a la coaptación de la mucosa uretral, el plexo vascular uretral de fondo y

las propiedades viscosas y elásticas, si se provoca una deficiencia en cualquiera de los mecanismos se pueden presentar síntomas y signos de incontinencia urinaria ⁽³³⁾.

Los síntomas que se pueden presentar en la incontinencia urinaria son la sensación de pérdida involuntaria de orina asociada a un súbito e imperioso deseo de miccionar por temor al escape de orina, pérdida de orina al realizar ejercicios, al toser o pujar. También se encuentra la pérdida involuntaria y continua de orina o durante la noche al dormir o la queja de goteo de orina después de miccionar ⁽³⁴⁾. Además, puede presentar tenesmo vesical, polaquiuria y retención urinaria

Ocampo y Sánchez ⁽³⁵⁾ hacen referencia en su estudio a los siguientes síntomas como los más frecuentes al momento de diagnosticar incontinencia urinaria:

Incapacidad para orinar: en ocasiones esta dificultad para orinar se debe a que al sentir la sensación no puede retener la orina, y sufre escapes debido a que el piso pélvico se encuentra debilitado.

Dolor relacionado con el llenado de la vejiga: este síntoma aparece cuando se da una infección urinaria, debido a que la mujer al sufrir escapes de orina utiliza compresas o pañales con los que si permanece mucho tiempo pueden provocar infección.

Dolor relacionado con la micción sin comprobarse infección de la vejiga: se da porque después de realizar exámenes de laboratorio no muestran infecciones presentes.

Debilidad progresiva del chorro urinario con sensación de completo vaciado de la vejiga o sin ella: la mujer con incontinencia suele sufrir de este síntoma porque durante el día presenta escapes de orina o al tener el deseo imperioso de miccionar sufre pérdidas, por esta causa al llegar al baño, el chorro es débil y siente que la vejiga todavía está llena.

Aumento de la frecuencia al orinar sin que haya infección de la vejiga: se da por un aumento del volumen de orina o el volumen normal pero con la necesidad de ir más a menudo, y puede deberse porque la vejiga no se vacía por completo al ir al baño.

Necesidad de alcanzar el baño rápidamente o derrame de orina si no alcanza el baño a tiempo: es un síntoma importante en la incontinencia de urgencia, debido al tenesmo vesical puede sufrir de pérdidas de orina.

Cambio o anormalidad al orinar relacionados con el sistema nervioso: la enfermedad neurológica y daño cerebral como el ictus, la demencia y la enfermedad de Parkinson pueden ser factores para que aparezcan síntomas de incontinencia urinaria.

Derrame de orina que impide realizar las actividades: se da por el aumento de la presión intra-abdominal que ejerce fuerza sobre la vejiga, produciendo escapes de orina.

Derrame de orina que comenzó o continuó después del parto o episiotomía: posterior a las primeras ocho semanas del parto, es normal que la mujer presente este síntoma ya que todos los tejidos tienen que volver a su posición natural, por lo que se recomienda a las mujeres evitar ejercicios que aumenten la presión intra-abdominal y realizar ejercicios que fortalezcan el suelo pélvico.

Derrame de orina que ocasiona incomodidad social: este síntoma ocasiona aislamiento social, y afectan en la calidad de vida de la mujer.

Infecciones frecuentes de la vejiga: se da por el uso de pañales o barreras absorbentes para que no pase la orina, por lo que deben de cambiarse cuando se mojen.

Goteo posmiccional: ocurre cuando la vejiga al momento de la micción no se vacía por completo quedando residuos que posteriormente van a salir como gotas al realizar esfuerzos.

La pérdida de orina es un síntoma importante al realizar un aumento en la presión intra-abdominal como la maniobra de Valsava, toser, reírse o pujar siendo más frecuente en mujeres caucásicas que en mujeres de otras razas, por el contrario en las mujeres afro estadounidenses el síntoma que aparece con mayor frecuencia es la necesidad de alcanzar el baño rápidamente o derrame de orina si no llega a tiempo al baño ⁽³³⁾.

Las mujeres con altos índices de masa corporal pueden presentar síntomas como escape de orina al realizar aumentos de la presión intra-abdominal, necesidad repentina e intensa de miccionar, goteo frecuente o constante debido a que la vejiga no se vacía por completo, puede presentar nicturia y polaquiuria.

Los síntomas dependen del tipo de incontinencia que se de produzcan, existen manobras específicas que inducen o causan la fuga, los factores que produzcan aumento de la presión intra-abdominal como la tos, maniobra de Valsava o penetración durante el coito dan lugar a la incontinencia de esfuerzo, la salida de orina ante la necesidad imperiosa de ir al baño es un síntoma de la incontinencia de esfuerzo.

Las mujeres con incontinencia urinaria presentan polaquiuria, que es la necesidad de orinar muchas veces durante el día o la noche (nicturia), pero en volúmenes normales o inferiores a lo normal. La polaquiuria puede estar acompañada por una sensación de necesidad urgente de orinar (tenesmo vesical). La polaquiuria es diferente de la poliuria, que es la diuresis de >3 L/día. El signo más importante es observar la pérdida involuntaria de orina en forma sincrónica con urgencia miccional, escapes de orina al realizar maniobras como toser o pujar,

goteo continuo de orina durante el día o en la noche, además de pérdida de orina por gotas después de la micción.

Morilla ⁽¹⁴⁾ menciona que dentro de los signos y síntomas de la incontinencia urinaria de urgencia se encuentra la urgencia urinaria, frecuencia superior a una micción cada 2 horas, incapacidad para llegar al servicio sanitario a tiempo, contractura o espasmo vesical, nicturia, micciones menores a 100 cc o mayores a 550 cc.

La percepción de la necesidad de miccionar y capacidad para vaciar la vejiga, así como la pérdida de orina antes de llegar al inodoro, son signos y síntomas de la incontinencia funcional. Dentro de la incontinencia urinaria total está presente la nicturia, incontinencia refractaria al tratamiento, flujo continuo de orina sin contracciones o espasmos, falta de conciencia de la incontinencia y del llenado vesical.

2.1.1.3 Factores de riesgo asociados a la incontinencia urinaria

Rincón ⁽⁷⁾ refiere que existe evidencia internacional sobre factores de riesgo que se asocian al desarrollo o presencia de incontinencia urinaria entre los que se encuentran la edad avanzada porque con el paso de los años los músculos del suelo pélvico se van debilitando siendo más frecuente la incontinencia de urgencia que la de esfuerzo, el aumento del índice de masa corporal ya que las mujeres con obesidad generan un aumento de presión en la vejiga y en los músculos del piso pélvico, esto se correlaciona con una mayor prevalencia de incontinencia de esfuerzo y mixta.

Los embarazos y partos son los factores más importantes, posiblemente por las lesiones neurológicas o musculares asociadas. Sin embargo, el embarazo puede causar cambios mecánicos u hormonales.

Garro y Esquivel ⁽²¹⁾ mencionan que los factores que predisponen a las mujeres son la edad, el número de partos, la obesidad y los partos vaginales; sin embargo, señalan que los daños que dan en el soporte anatómico o la inervación de los músculos también son causa para esta sufrir de esta enfermedad.

Fortuny et al., ⁽⁵⁾ clasifican los factores predisponentes según los tipos de incontinencia, la paridad (partos vaginales y episiotomías amplias), alteraciones en el suelo pélvico, la obesidad, fumado, estreñimiento crónico, alteraciones en la pared abdominal son factores para la incontinencia de esfuerzo; en la de urgencia las bebidas estimulantes, la fitoterapia, las infecciones urinarias repetitivas, los malos hábitos urinarios y poli-medicación juegan un papel muy importante para la aparición de este tipo. La incontinencia por rebosamiento puede ser neurógena por un accidente cerebro vascular, obstructiva o secundaria a algunos fármacos.

Robles ⁽³⁶⁾ concuerda que la paridad es un factor de riesgo para la incontinencia de esfuerzo y mixta, además menciona que las mujeres blancas tienen una prevalencia de incontinencia de esfuerzo tres veces más que las mujeres negras, atribuyéndose a diferencias raciales en el tejido conjuntivo o en los músculos.

La frecuencia de la incontinencia urinaria aumenta de forma gradual en la madurez después de los 65 años, sin embargo no es considerada una consecuencia del envejecimiento. La obesidad, el parto y el embarazo debilitan el piso pélvico provocando mayor incidencia de esta

patología, la histerectomía y el tabaquismo también son factores de riesgo ya que la tos crónica del fumador eleva la presión intra-abdominal en forma constante ⁽³³⁾.

2.1.1.4 Estrategias terapéuticas para la incontinencia urinaria

Juarranz et al., ⁽³¹⁾, dividen el tratamiento en conservador, farmacológico y quirúrgico. Para el primer tipo sugiere como medidas generales la ingesta moderada de líquidos, menos de un litro y medio por día, evitar la cafeína, el alcohol y utilizar prendas holgadas. También recomienda el fortalecimiento de los músculos pélvicos mediante ejercicios de Kegel, terapia física biofeedback, la utilización de conos vaginales y el entrenamiento vesical.

Además, menciona que en el tratamiento farmacológico se recomienda utilizar anticolinérgicos, que inhiben las contracciones involuntarias e incrementan la capacidad vesical, los antidepresivos como la imipramina también disminuyen la contractibilidad vesical y los antidiuréticos.

López ⁽¹⁾ refiere que las mujeres que experimentan incontinencia de leve a moderada se benefician con tratamientos como ejercicios de Kegel, conos vaginales, estimulación eléctrica funcional intra-vaginal y la terapia conductual. Dentro el tratamiento farmacológico los estrógenos tienen un efecto directo en los músculos del piso pélvico.

El tratamiento quirúrgico para la incontinencia urinaria se considera adecuado cuando el tratamiento conservador no ha funcionado, y su objetivo es incrementar la resistencia uretral.

2.1.2 Prácticas de evacuación vesical

2.1.2.1 Registro de micción

Las mujeres al asistir a la consulta usualmente no tienen un recuerdo exacto de sus hábitos urinarios, por lo que con esta técnica se educa a la mujer para que aprenda a registrar durante una semana los volúmenes de consumo de líquidos, los escapes de orina, la cantidad de orina y los factores que precipitaron esos episodios. Se debe tomar en cuenta las veinticuatro horas incluyendo los horarios de sueño, esto permite registrar patrones de micción nocturnos. Aunque se recomienda realizarlos durante una semana con tres días de registro se puede identificar la tendencia general de la incontinencia ⁽³³⁾.

2.1.2.2 Micción programada

El objetivo de esta técnica es la reeducación de la vejiga y prolongar la micción al principio en intervalos de 30 min y después cada 2 horas, la micción regular programada hace que la vejiga este vacía durante la mayor parte del día.

2.1.2.3 Modificación de la dieta o utilización de fármacos

Reducir la ingesta de líquidos en especial bebidas como el alcohol, café o té ya que al ser excitantes pueden provocar episodios de urgencia miccional, en casos de nicturia se puede limitar la ingesta de líquidos a partir de la cena. Además si toma medicamentos como diuréticos o anticolinérgicos puede consultar al médico si puede reemplazarlo o disminuir la dosis ⁽³⁷⁾.

2.1.2.4 Reentrenamiento vesical

Consiste en restablecer el patrón miccional normal de la mujer después del parto, vaciando la vejiga periódicamente y tratando de corregir la polaquiuria, la periodicidad del vaciamiento

vesical se establecerá dependiendo de la mujer, usualmente se utiliza cada 2 horas. Esto permite que el paciente este seco durante mayor tiempo.

El re-entrenamiento vesical comprende tres componentes, educación a la paciente, agenda de vaciado y refuerzo positivo. La hora de la micción se irá retrasando semana a semana progresivamente, comenzando por intervalos pequeños, que deben ser ajustados para cada paciente y que pueden ir alargándose de quince en quince minutos. El objetivo final es que la paciente orine cada tres o cuatro horas y que desaparezcan los episodios de incontinencia por urgencia. La duración del programa es variable para cada paciente y oscila alrededor de seis semanas ⁽³⁸⁾.

2.1.2.5 Doble Vaciamiento

Esta técnica consiste en mantener a la paciente sentada unos minutos después de la primera micción e incentivarla a realizar otra micción, porque en muchas ocasiones queda un volumen residual mayor a 100 cc lo que provoca escapes involuntarios ⁽³⁹⁾.

2.1.2.6 Pad Test o Test de la compresa

Este consiste en dar a la mujer 500 ml de agua en 15 minutos, a la media hora de haber comenzado el test se coloca una compresa previamente pesada y se le pedirá a la mujer realizar actividades como subir escaleras, toser, agacharse, correr, sentarse y levantarse de 10 a 5 veces cada una y al final lavarse las manos con agua fría. Al terminar la hora se pesará la compresa, 1 ó 2 gramos más se considera normal por la sudoración o el flujo vaginal; más de 20 gramos se considera incontinencia urinaria ⁽¹⁴⁾.

2.1.3 Situación actual del uso de la episiotomía en Costa Rica

“La episiotomía es una palabra derivada de los términos griegos “epision” que significa región púbica y “tomé” que significa corte. Por lo tanto consiste en la incisión del orificio externo de la Vulva con el objetivo de facilitar la expulsión fetal”⁽⁴⁰⁾

Fielding Ould en 1742 define la episiotomía como un procedimiento para favorecer la expulsión del feto y disminuir la resistencia del periné, sin embargo, desde el principio el uso de este procedimiento obstétrico creó múltiples controversias. Como por ejemplo, Braun en 1857 que propone el término episiotomía y además es el primero que critica esta técnica, como innecesaria y que las únicas indicaciones que justificaban la realización de esta era un parto dificultoso e intentar salvar la vida del feto. A pesar de las críticas para el siglo XX Lee y Pomeroy aconsejan que se utilice de manera sistemática en los partos, creando un aumento del uso de la práctica obstétrica en 1920 ⁽⁴¹⁾.

En su estudio refiere que la posición de litotomía y la anestesia epidural incrementan la necesidad de una episiotomía. Y que al realizar la incisión de manera temprana incrementa el riesgo de hemorragia y que si se hace demasiado tarde la distensión de los músculos perineales puede ser tal que no pueda evitarse un desgarro, y que el momento perfecto debe ser cuando la cabeza del feto sea visible.

Los obstetras han cambiado a través de los años la visión de la utilización de la episiotomía de forma rutinaria, el doctor Carlos Castro Echeverri publicó un estudio llamado “Riesgos y Beneficios de la Episiotomía” donde explica que esta técnica no aporta beneficios y no es necesaria en ningún caso, que el riesgo más frecuente es que se prolongue hasta el ano y solo un especialista en cirugía colo-rectal pueda resolverlo, además la mujer puede presentar hematomas, dolor, infección, incontinencia urinaria y fecal. Además hace referencia a que la

Guía de Atención Integral de las Mujeres, Niños y Niñas en el periodo prenatal, parto y postparto se encuentran desactualizadas, guiando al personal a realizarla en pacientes primigestas, con episiotomía previa y para prevenir desgarros ⁽⁴²⁾.

2.1.1.1 Clasificación de la episiotomía

La episiotomía se clasifica como media o central, medio lateral y lateral. La primera es conocida también como perineotomía, se realiza de forma vertical desde la vagina hasta el ano, la ventaja de este tipo es que cicatriza más rápido, ya que la zona no posee tantos vasos sanguíneos y es más de tejido conjuntivo, además provoca menos hemorragia es más fácil de suturar y provoca menos dolor en el post parto, sin embargo no es muy utilizada porque puede complicarse causando lesiones del esfínter anal. Rodríguez et al ⁽⁴³⁾ la clasifican en primer, segundo, tercer y cuarto grado dependiendo si involucra mucosa, músculo, esfínter anal y mucosa rectal respectivamente.

La episiotomía medio lateral es la que prefieren los obstetras, se realiza en ángulo de 45° hacia el glúteo, seccionando piel, vagina y el haz pubo-rectal, se puede realizar a lado derecho o izquierdo. Guzmán et al ⁽⁴⁴⁾ mencionan que existe evidencia de que el ángulo con el cual se practica el procedimiento incide en la aparición de desgarros de tercer y cuarto grado, que por cada 6° que se aleje de la línea media hay una reducción de un 50% de lesiones del esfínter.

La episiotomía lateral es un corte hacia el glúteo pero de más de 45° y se puede realizar en ambos lados, no se realiza con frecuencia ya que afecta a casi todos los músculos de esa zona y la pérdida de sangre es más abundante. Vargas Baldares ⁽²⁰⁾ en su estudio estima que la episiotomía más utilizada en América del Norte es la media, mientras que América Latina y Europa emplean la incisión medio lateral.

2.1.1.2 Indicaciones para realizar una episiotomía

Los factores determinantes para realizar la episiotomía varían dependiendo de los estudios, a pesar de que todos concuerdan que no debe realizarse rutinariamente, si mencionan diversas causas donde el enfermero obstetra utilizando el criterio profesional, podrá utilizar el procedimiento obstétrico.

Vargas ⁽²⁰⁾ refiere que la nuli-paridad, el peso y el perímetro cefálico fetal son los principales determinantes para realizar la episiotomía en un parto vía vaginal, justificando que con estos criterios se previenen desgarros perineales de tercer y cuarto grado.

Gavilán et al ⁽⁴⁵⁾ en su artículo destacan que dentro de los factores se encuentran anoxia fetal, macrosomía fetal, posición podálica y prematuridad para evitar lesión neurológica por inmadurez. Para Gabbe et al., ⁽⁴⁶⁾ la detención o prolongación del descenso relacionado con anomalías en la frecuencia cardíaca son indicaciones profilácticas para el uso de la episiotomía.

V. González ⁽⁴⁷⁾ establece que según las Clínicas de Obstetricia y Ginecología de Norteamérica, las principales indicaciones para la realización de la episiotomía son: agotamiento materno, parto operatorio, parto de nalgas, distrés fetal y distocia de hombros. Lo anterior muestra que las primi-gestas no es una indicación para la utilización del procedimiento. Sin embargo menciona que se encuentra contraindicado en fistulas recto-perineales, antecedentes de perineoplastia, cáncer ano-rectal, relajación y flacidez del piso pélvico.

2.1.1.3 Complicaciones del uso de la episiotomía

Las complicaciones que se pueden presentar a corto y largo plazo son dehiscencia de sutura, riesgo de infección, sangrado vaginal, dolor perineal, dispareunia, fistula recto vaginal, e incontinencia fecal o urinaria, pero para efectos de esta investigación se enfocará en la incontinencia urinaria. Todas son consideradas un problema de salud pública ya que afectan la calidad de vida de las mujeres tanto en el puerperio como a lo largo de los años.

2.1.1.4 Métodos para fortalecer el periné

2.1.1.4.1 Masaje Perineal

El masaje perineal aumenta la flexibilidad de los tejidos en el embarazo y disminuye la resistencia muscular, sin embargo si el masaje se realiza en el período del expulsivo no hay evidencia de beneficios.

Gómez ⁽⁴⁸⁾ realiza una revisión de varios estudios, concluyendo que el masaje disminuye el número de traumas que necesitan sutura esto si se realiza por más de 35 semanas, es más exitoso en primíparas y con menor frecuencia de dolor en el post parto, además es una práctica bien aceptada por las mujeres. En su estudio recomienda que se realice solo de una a dos veces por semana.

El masaje perineal antes del parto se ha sugerido como un método para disminuir la incidencia del traumatismo perineal, a las mujeres que realizaron el masaje tuvieron un 15% menos de probabilidad de requerir una episiotomía. Sólo el subgrupo de las mujeres que practicaron masajes hasta un promedio de 1,5 veces por semana experimentaron una reducción estadísticamente significativa de la incidencia de episiotomía ⁽⁴⁹⁾.

El masaje se debe realizar con un espejo y lubricante, Gómez ⁽⁴⁸⁾ recomienda aceite de rosa mosqueta (re-generante, da firmeza y elasticidad a la piel), aceite de almendras dulces (suaviza y da elasticidad a la piel), aceite de germen de trigo y aceite de oliva (protege y tonifica la piel). Seguidamente, de lavarse las manos y colocarse en un lugar cómodo, poner lubricante abundante en los dedos y en la vagina, introducir los pulgares en la vagina unos 3-4 cm, y hacerlos deslizar hacia los lados suavemente durante 3-4 minutos, cuando se nota sensación de calor en la zona, hacer presión con los pulgares en la horquilla del periné hacia abajo durante 3-4 minutos. Este tipo de masaje está contraindicado en infecciones y lesiones vaginales, placenta previa, ruptura prematura de membranas.

2.1.1.4.2 Ejercicios de Kegel

El objetivo de los ejercicios es fortalecer los músculos del piso pélvico y disminuir las pérdidas de orina, así como recuperar el tono de los músculos de la vagina después de un parto. Se ha demostrado que las mujeres que realizan los ejercicios tienen partos con menos tendencia a sufrir desgarros o episiotomía ⁽³¹⁾.

Los ejercicios no necesitan ningún tipo de preparación especial pueden ser realizados por cualquier persona, solo se debe de contraer y relajar el musculo pubo--coccígeo ⁽⁴⁷⁾. Para realizarlo se puede colocar en cualquier postura, sin apretar los músculos de los glúteos y abdomen; debe de contraer el esfínter anal, sin aguantar la respiración y se debe de repetir el movimiento quince veces, posterior a los ejercicios debe de miccionar dejando salir un chorro y detenerse a la mitad, para después continuar miccionando.

2.1.4 Rol de enfermería enfocado en atención primaria y signos y síntomas de incontinencia urinaria en mujeres con y sin episiotomía en relación con las prácticas de evacuación vesical

En el primer nivel de atención se da el primer contacto y organización de los recursos, que permite resolver las necesidades de atención básica, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. En este nivel es donde se debe realizar el diagnóstico oportuno y es la puerta de entrada al sistema de salud ⁽⁵⁰⁾.

Las citas de control prenatal y las posteriores al parto son de vital importancia, para que el enfermero obstetra pueda dar educación a la mujer sobre medidas preventivas, para evitar que al momento de realizar el parto se necesite de una episiotomía o que si se realiza el procedimiento el periné pueda tener una mejor recuperación en menos tiempo.

La mujer se debe de valorar de forma holística mediante una historia clínica tanto a nivel físico como psicológico, ya que estas citas de control permiten identificar factores de riesgo que tiene la mujer embarazada, la anamnesis debe ir acompañada de un examen físico completo en búsqueda de signos o síntomas de incontinencia urinaria que es el objetivo de esta investigación o bien de alguna otra patología ⁽³⁴⁾.

Fortuny et al., ⁽⁵⁾ mencionan que la incontinencia urinaria es una patología poco abordada desde la atención primaria, ya que no se realiza una buena exploración física y solo se ofrecen medidas paliativas como el uso de pañales. Además, hacen referencia que la incontinencia debería abordarse desde el primer nivel de atención porque es el primer lugar donde las mujeres consultan y se puede realizar pruebas complementarias para llegar a un diagnóstico y poder brindar el tratamiento adecuado.

En la exploración física se debe valorar el soporte pélvico, para esto se puede utilizar la prueba del aplicador, se coloca a la paciente en posición de litotomía y se coloca un aplicador con punta de algodón lubricado estéril (hisopo) en la uretra hasta el nivel de la unión uretrovesical, se efectúa la maniobra de Val-salva, lo que hará que la cola del aplicador describa un arco de 0 a 30 grados en mujeres continentales, y de 30 a 60 grados si experimenta incontinencia de esfuerzo, se puede utilizar un transportador para medir el arco ⁽³³⁾.

La prueba de esfuerzo se realiza con la paciente en posición de litotomía o de pie, y con la vejiga llena se le pide que realice un esfuerzo como toser, se observa si hay salida de orina y si se da pérdida de orina la prueba es positiva.

La valoración de la incontinencia urinaria se comienza con la descripción de los síntomas urinarios, durante la investigación el número de micciones, el tipo, cantidad y frecuencia de cambio de apósitos utilizados son consideraciones importantes. Además valorar si al realizar aumentos de la presión abdominal como toser o reírse tienen pérdidas de orina, o si describen escapes de orina después de sensaciones de urgencia ⁽³³⁾.

Es importante que la consulta prenatal sea dada por un enfermero obstetra porque tiene el conocimiento necesario para que desde la primera consulta prenatal incorpore técnicas o ejercicios que favorezcan el fortalecimiento del piso pélvico y que después del parto en la cita del tamizaje se aborde de manera oportuna a la madre.

En la consulta prenatal además de medir altura uterina, frecuencia cardíaca fetal, realizar las Maniobras de Leopold, se debe realizar el tacto vaginal para poder valorar si la mujer es candidata para un parto vía vaginal, tactando el tipo de pelvis que tiene, si es estrecha o como está la laxitud del piso pélvico, para saber si necesitará una episiotomía. Si es una mujer

primi-gesta se deben realizar las revisiones ginecológicas rutinarias e incluir una exploración funcional del suelo pélvico que valore el tono, fuerza y elasticidad del periné ⁽⁵¹⁾.

Brindar educación acerca de que posturas son más favorables para la protección del periné, como mencionan Morales et al., ⁽⁵¹⁾ la posición de litotomía no es la mejor para proteger la integridad del suelo pélvico, no obstante la posición en cuchillas ayuda más al momento del expulsivo porque la gravedad es un factor importante.

Las semanas posteriores al parto se debe realizar una anamnesis detallada, dentro de la cual se indagará la historia ginecológica u obstétrica haciendo énfasis en la paridad y características del parto, así como del peso del recién nacido. También, interrogar las características de la pérdida urinaria, la duración, frecuencia e intensidad y si se acompaña de nicturia o pérdida durante el acto sexual ⁽³⁰⁾.

Las primeras ocho semanas del post parto es frecuente que se de incontinencia urinaria, porque en este tiempo se da la involución de los tejidos y el útero hacia la normalidad, en este periodo se debe dar educación acerca de los beneficios de realizar los ejercicios de Kegel para fortalecer el piso pélvico y evitar realizar ejercicios que aumenten la presión intra-abdominal. Pasado el puerperio se debe realizar una valoración pelvi-perineal para identificar posibles episodios de incontinencia urinaria ⁽⁵¹⁾.

La historia debe hacer énfasis en la percepción e impacto de la incontinencia sobre la calidad de vida del paciente. Para ello es recomendable el uso de cuestionarios de calidad de vida, además el examen físico debe de incluir la palpación abdominal para detectar la presencia del globo vesical y pedir a la paciente que realice la maniobra de Valsava ⁽⁵²⁾.

En la atención primaria se debe de brindar educación acerca de factores o conductas que propicien el aumento de los episodios de incontinencia urinaria como lo son la obesidad, el tabaco, bebidas estimulantes como la cafeína, etc. Además de pueden utilizar medidas complementarias como lo es el diario de la micción o un test para poder determinar si la mujer presenta incontinencia, como lo es el de la compresa. El profesional debe de preguntar la duración de la incontinencia, severidad, nicturia, presencia de infecciones urinarias o tratamientos por otros problemas urinarios ⁽¹⁴⁾.

2.1.5 Teorizante de Sor Callista Roy

Sor Callista Roy nace el 14 de octubre de 1939 en Los Ángeles, California, cuando trabaja como Enfermera Pediatra observa la capacidad de recuperación y adaptación que tenían los niños. Roy desarrolla los conceptos básicos. En 1963 inicia la carrera de Enfermería, cuando empieza a trabajar como enfermera pediatra observa la capacidad que tenían los niños para adaptarse a cambios psicológicos y fisiológicos importantes.

La teoría de Callista es una meta-teoría ya que se basa en teorías como la general de sistemas de Rapoport y la teoría de adaptación de Helson. Roy menciona en su modelo el trabajo de Helson donde hace referencia que el estímulo provoca una respuesta y que el nivel de adaptación tiene tres tipos de estímulos: focales que son los que se presentan ante el individuo, contextuales y residuales que son los efectos del entorno. La adaptación es el proceso de responder ante cambios en el entorno y tiene tres niveles el integrado, el compensatorio y el comprometido ⁽⁵³⁾.

Roy se centra en la adaptación de la persona la cual está en expuesta a diversos estímulos del entorno, para posteriormente efectuar una reacción y poder adaptarse. Esta reacción puede ser eficaz y ayudar adaptarse al entorno o no, enfermería tiene como propósito ayudar a las personas a tener bajo control el entorno. Enfermería mejora la interacción entre la persona y el entorno para fomentar la adaptación.

El modelo establece cuatro modos de adaptación, el fisiológico que se relaciona con los procesos físicos y químicos que participan en la función y en las actividades de los organismos vivos, donde se puede valorar el patrón de eliminación, utilizando métodos como los horarios de micción o la maniobra de Valsava. La función de rol, aquí se puede valorar si las pérdidas de orina afectan en la calidad de vida como madre ⁽⁵⁴⁾.

Los estímulos focales que menciona Callista están la duración de la enfermedad, falta de adherencia y en los contextuales el afrontamiento de la condición, tanto individual como familiar, mediado por condiciones como la edad, sexo, estado civil, creencia religiosa, condición económica, condición psicológica, su experiencia previa con la enfermedad, habilidad para tolerar el stress, conductas de promoción de la salud, participación en programas de educación para la salud ⁽⁵⁴⁾.

Brindar educación antes del parto a la mujer para que realice ejercicios que fortalezcan el piso pélvico y mecanismos o tratamientos que ayuden a la mujer adaptarse a su nueva condición, ya que solo el hecho de ser madre provoca una serie de cambios en su estilo de vida.

La valoración inicial de enfermería comprende el primer paso que debe realizar el profesional en Enfermería en el proceso de atención al paciente, el cual debe ser integral e individualizado

para cada una de las mujeres, la valoración comprende la búsqueda de información relacionada con aspectos fisiopatológicos y psicológicos del paciente, permitir al profesional en Enfermería identificar factores de riesgo y prácticas incorrectas de evacuación vesical durante esta fase el profesional en Enfermería debe ser crítica y tratar de obtener datos objetivos más que subjetivos que le permitan establecer un cuidado de enfermería más asertivo y beneficioso para la mujer.

La valoración desarrollada por el profesional en Enfermería es de gran importancia para el proceso de recuperación del paciente pues permite establecer un plan de intervención focalizado en las necesidades del paciente, además evita la protocolización de la atención de enfermería pues obliga a que cada paciente se trate como un ser humano diferente.

El modelo de adaptación de Callista Roy contiene cinco elementos esenciales, el paciente que es la persona que recibe los cuidados en el caso de esta investigación la mujer sería la persona que debe de adaptarse, la meta que es la mujer se adapte al cambio no solo a su cambio de vida sino a la posible patología que puede desarrollar si posee determinados factores de riesgo como lo son la edad, número de gestas y utilización de la episiotomía en múltiples ocasiones.

La salud es el elemento donde se da educación a la mujer, acerca de cómo fortalecer los músculos del piso pélvico y como tratar la incontinencia con medidas conservadoras, el entorno son condiciones o circunstancias que rodean y afectan el desarrollo de la persona, la incontinencia es una patología que afecta el estilo de vida, porque puede desarrollar el aislamiento social y evitar tener relaciones sexuales por miedo a escapes de orina durante el coito ⁽⁵⁵⁾.

La dirección de las actividades, que serán estrategias para prevenir o tratar la incontinencia urinaria. Para tratar los elementos la mujer debe de generar mecanismos de afrontamiento y adaptación por medio de los estímulos focales, residuales y contextuales.

Callista Roy menciona los conceptos de salud, cuidado, persona y entorno estas definiciones tienen relación con la investigación porque la salud no solo se trata de eliminarle la enfermedad a la mujer sino poder dar las herramientas necesarias para que se pueda integrar a la sociedad sin que las pérdidas de orina le afecten al realizar actividades de la vida diaria, mediante la educación de forma holística para que afronte los cambios de la mejor manera posible ⁽⁵⁵⁾.

El cuidado de enfermería, es una disciplina dirigida a las personas y a sus respuestas ante los estímulos y la adaptación al entorno, el enfermero obstetra debe de captar a la mujer desde consulta prenatal valorando de manera integral a la mujer, identificando problemas y brindando educación acerca de las alternativas para su patología como lo es la incontinencia urinaria. La persona es un ser adaptable, en un entorno que está cambiando constantemente.

Actualmente, no existe una consulta por parte de enfermería en la que se aborde a la mujer de forma holística, en todas las etapas de la vida. Si a la mujer se le realiza dicho procedimiento se debe de dar educación de las formas de realizar la curación, como volver a recuperar el tono del piso pélvico y que prácticas son incorrectas durante las primeras ocho semanas, ya que cuando asisten a la consulta del tamizaje sólo se da énfasis al peso y al recién nacido, dejando de lado que es un ser holista como hace referencia Callista.

En las consultas se puede preguntar a la mujer si después de las ocho semanas la incontinencia ha evolucionado, si tiene antecedentes de incontinencia urinaria, frecuencia miccional diurna o nocturna, número de escapes por día, urgencia miccional, edad, índice de masa corporal, consumo de medicamentos y antecedentes obstétricos.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

Para esta investigación se utiliza el enfoque cuantitativo ya que se plantea un problema concreto que sería identificar cuantas de las mujeres de Barrio Jiménez tienen signos y síntomas de incontinencia urinaria relacionado a la realización o no de la episiotomía y a las prácticas de evacuación vesical.

Debido a esto se realiza una recolección de datos mediante la aplicación de un instrumento y se analizarán los resultados para poder concluir si este procedimiento puede afectar la calidad de vida de las mujeres.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

En el presente estudio el tipo de investigación es descriptiva, ya que de acuerdo con Pazos et al ⁽⁵⁶⁾ este tipo selecciona una serie de cuestiones y mide cada una de ellas independientemente, además tiene la finalidad de especificar las características y propiedades de las situaciones en comunidades, grupos, personas o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis.

La investigación es descriptiva porque pretende especificar los signos y síntomas para desarrollar incontinencia urinaria en mujeres que son sometidas al procedimiento de la episiotomía y a las que no se les realiza, así como la relación que tienen las prácticas de evacuación vesical en el desarrollo de esta enfermedad.

3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO

3.3.1 Área de estudio

La presente investigación se realiza en la provincia de Cartago en el distrito número 5, Agua Caliente el cual posee un área de 104,15 km² y una población de 33,737 según estimaciones del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos para el año 2014.

Este cantón se ubica al sur de Cartago, en el Valle del Guarco con el 36% de la superficie se convierte en el distrito más grande y poblado del cantón central. Este consta de comunidades como Lourdes, Pitahaya, Cocorí, Barrio Jiménez, etc. Para este estudio se utilizará la población del Barrio Jiménez, que posee una población total de 3271 habitantes distribuidos en 1754 mujeres y 1517 hombres en el grupo etáreo de 0 a 100 años. En el grupo etáreo de 20 a 65 años hay 1148 mujeres, según información brindada por el Área de Salud de Manuel de Jesús Jiménez.

3.3.2 Población

La población total del estudio es de 1148 mujeres que pertenecen a Barrio Jiménez, Agua Caliente según la base de datos del Área de Salud de Manuel Jesús Jiménez ⁽⁵⁷⁾.

3.3.3 Muestra

En la investigación se utiliza una muestra por conveniencia de 288 mujeres y es no probabilística ya que no se puede utilizar la población total, y son mujeres entre 20 a 65 años de edad, que sean multíparas o primigestas.

3.3.4 Criterios de inclusión y exclusión

Cuadro 1. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Mujeres de 20 a 65 años de edad	Mujeres en estado de embarazo
Mujeres que pertenezcan al Barrio Jiménez	Nulíparas
Multíparas o primi-gestas	
Con o sin episiotomía	

Fuente: Elaboración propia, 2018

3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

El alfa de Cronbach es la binarización de las preguntas con respuestas de si y no, que se convierten en unos y ceros, respectivamente. La medida de la fiabilidad mediante el alfa de Cronbach asume que los ítems miden un mismo constructo y que están altamente correlacionados. Cuanto más cerca se encuentre el valor del alfa a 1 mayor es la consistencia interna de los ítems analizados. En las primeras fases de la investigación un valor de fiabilidad de 0.6 o 0.5 puede ser suficiente ⁽⁵⁸⁾.

El estudio inicialmente se realiza con un plan piloto de 38 encuestas, cada una contenía 30 preguntas de las cuales nueve fueron binarias que tenían como respuesta sí o no, el alfa-de Cronbach la cual da como resultado 61%.

Item	Obs	Sign	average			alpha
			item-test correlation	item-rest correlation	interitem covariance	
p10	38	-	0.6027	0.4099	.0149106	0.5460
p12	38	-	0.5209	0.2317	.0167903	0.6109
p16	38	+	0.1806	0.0000	.0220738	0.6392
p18	38	-	0.4200	0.2301	.0184668	0.5950
p22	38	+	0.4412	0.2540	.0181112	0.5894
p23	38	+	0.6134	0.4589	.0152154	0.5397
p24	38	+	0.3215	0.2208	.0201941	0.6003
p25	38	+	0.6486	0.4215	.0135389	0.5386
p26	40	+	0.6125	0.4589	.0152154	0.5380
Test scale					.0171685	0.6085

Fuente: Elaboración propia

3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación se clasifica como no experimental transversal, ya que medirán las variables sin manipularlas, sólo observando y midiendo en su forma natural. Además se hará la recolección de datos en un solo momento.

3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
Caracterizar socio demográficamente a la población en estudio	Características Sociodemográficas	Son un conjunto de características medibles las cuales pueden ser biológicas, sociales, económicas o culturales que se encuentran presentes en la población	Estudio de la población basada en la medición de características como lo es antecedentes gineco-obstétricos, edad, hijos y otras características sociales.	Social	Nacionalidad	¿Cuál es su nacionalidad?
					Lugar de residencia	¿Cuál es su lugar de residencia?
					Estado Civil	¿Cuál es su estado civil?
					Escolaridad	¿A qué grado académico llego?
					Ocupación	¿Cuál es su ocupación?
					Familia	¿Cuántas personas viven en su hogar?
					Embarazos	Cantidad de embarazos
					Partos vía vaginal	Número de partos vaginales
				Demográfico	Edad	¿Qué edad tiene?

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
Identificar los signos y síntomas de incontinencia urinaria en la población estudiada.	Signos y síntomas de incontinencia urinaria	Un signo es cualquier manifestación que pueda relacionarse a una enfermedad o trastorno que altere la salud y un síntoma es un fenómeno subjetivo que revela una enfermedad.	Manifestaciones o fenómenos que se relacionan con la aparición de incontinencia urinaria como lo es la pérdida de orina al toser, estornudar, etc.	Signos de incontinencia urinaria	Pérdida de orinar al toser, estornudar o pujar Nicturia Poliuria Necesidad de llegar rápido al baño Episiotomía o desgarro Relaciones personales	Con que frecuencia sufre de pérdida de orina ¿Sufrir de escapes de orina durante la noche? ¿Va al baño más de ocho veces al día? ¿Qué tan frecuente siente la necesidad de llegar rápido al baño? ¿Presento algún desgarro o episiotomía? ¿La pérdida de orina afecta sus relaciones personales?

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
				Síntomas de incontinencia urinaria	Incapacidad para orinar Dolor al orinar Debilidad progresiva del chorro urinaria Aumento de la frecuencia al orinar Infecciones frecuentes	¿Presenta incapacidad para orinar? ¿Presenta dolor al orinar? ¿El chorro urinario se ha debilitado? ¿Con que frecuencia siente ganas de orinar? ¿Con que frecuencia presenta infecciones urinarias?

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
Describir las prácticas de evacuación vesical en la población y periodo establecido.	Prácticas de evacuación vesical	Son acciones al momento de la eliminación urinaria mediante el conocimiento previo de algunas prácticas al miccionar como por ejemplo la retención de la orina	Son las técnicas correctas para miccionar en las que se incluye la retención de orina o aguantar el deseo de orinar.	Ejercicios vesicales Retraso de la orina Horarios para ir baño Retención de la orina	Ejercicios de Kegel No retrasa la micción 10 min 30 min más de 30 min Frecuencia al orinar 10 min después de ir al baño 30 min después de ir al baño 30 min o más después de ir al baño	¿Realiza usted ejercicios de Kegel? ¿Cuánto tiempo pospone el ir al baño cuando sienten la necesidad de orinar? ¿Tiene horas establecidas para ir al baño? ¿Siente que la vejiga aún queda llena después de orinar?

CAPÍTULO IV:
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

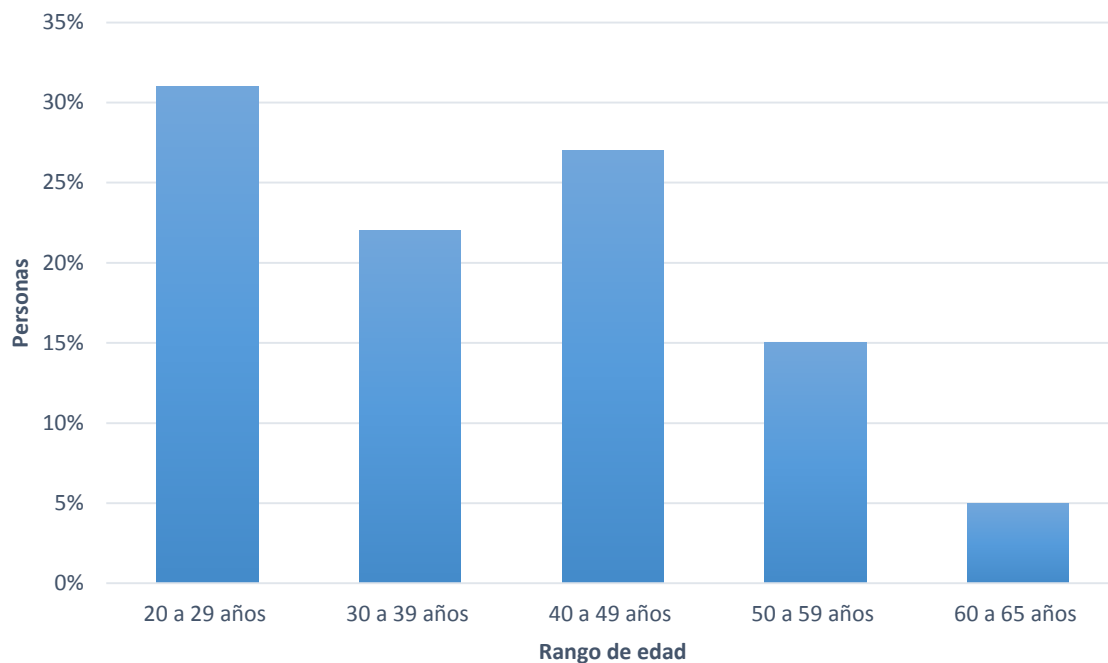


Figura N° 1. Distribución de la población según rango de edad en mujeres de 20 a 65 años, Barrio Jiménez Cartago, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

El 80% de la muestra corresponde a mujeres de 20 a 49 años y el 20% tienen entre 50 a 65 años de edad.

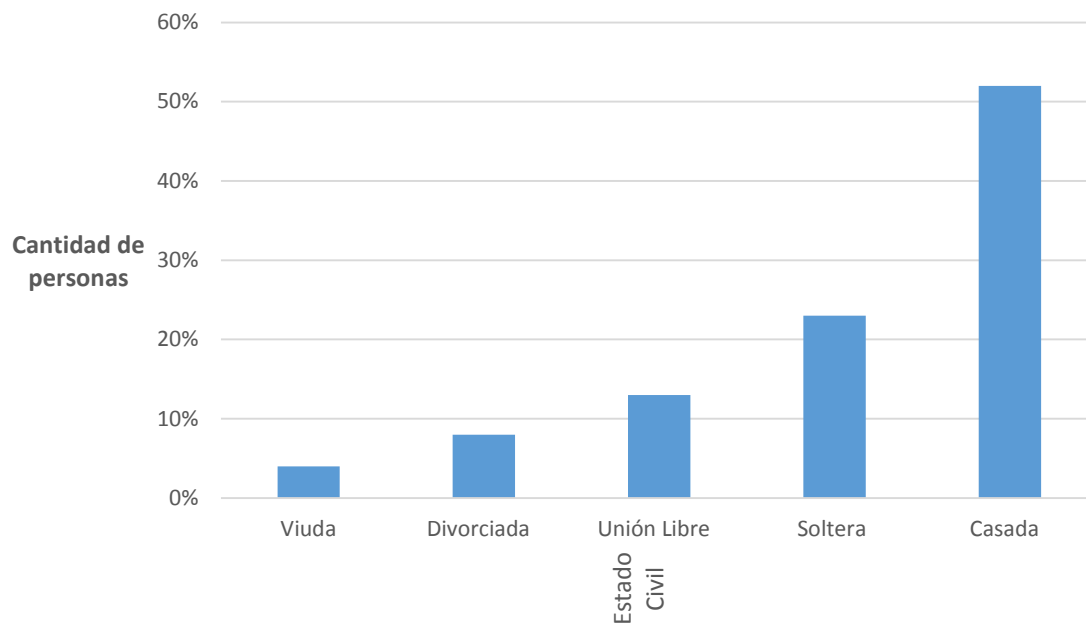


Figura N° 2. Distribución de las mujeres de 20 a 65 años según estado civil, Barrio Jiménez Cartago, 2018. Fuente: Elaboración Propia, 2018

Más del 65% de las mujeres presentan relaciones de pareja (casadas en unión libre) y las restantes refieren un estado civil sin una pareja.

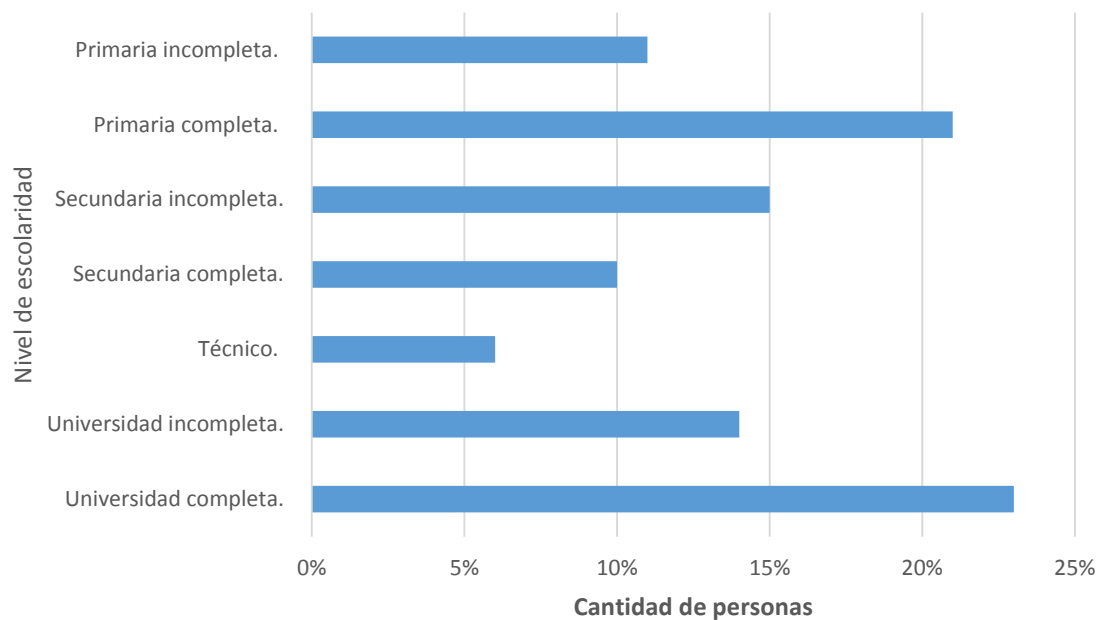


Figura N° 3. Distribución de la población según nivel de escolaridad, para mujeres de 20 a 65 años, Barrio Jiménez Cartago, 2018. Fuente: Elaboración Propia, 2018.

El 53% de la muestra cuenta con alta escolaridad mientras que el 47% restante poseen una baja escolaridad.

Cuadro N°2 Distribución según cantidad de embarazos y partos vía vaginal, para mujeres de 20 a 65 años, Barrio Jiménez Cartago, 2018

Cantidad	Embarazos		Partos Vaginales	
	Personas	%	Personas	%
1	110	38	121	42
2	72	25	66	23
3	68	24	47	16
4 o más	39	13	26	9
Otro(cesárea)	0	0	29	10
	289	100	289	100

Fuente: Elaboración propia, 2018

El 37% de la muestra tienen más de 3 embarazos y el 63% menos de 2 embarazos. Más del 75% de las mujeres tienen menos de 2 partos vía vaginal. Lo que muestra que menos del 25% la muestra tienen más de 3 partos vía vaginal.

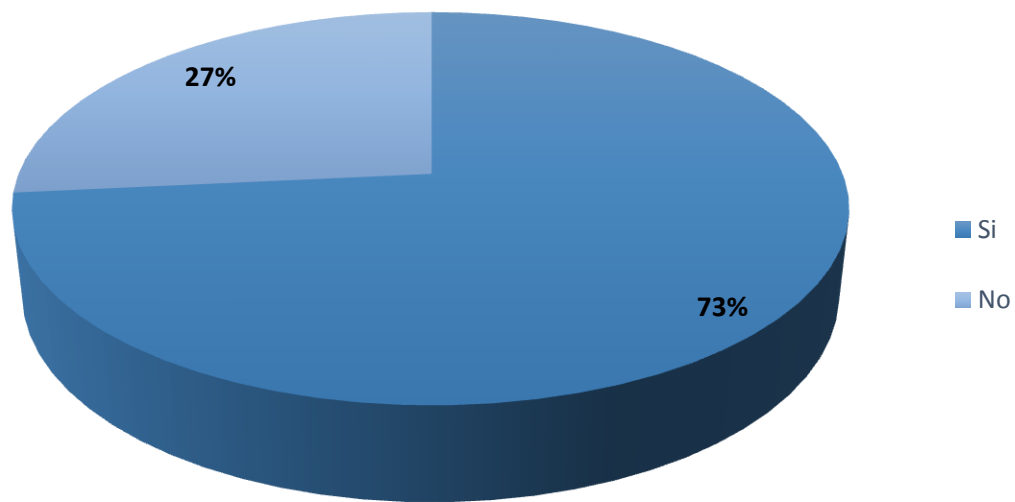


Figura N°4. Distribución de la población según uso de la episiotomía en mujeres de 20 a 65 años, Barrio Jiménez, Cartago, 2018. Fuente: Elaboración Propia, 2018

Al 90% de la muestra que tienen partos vía vaginal a la tercera parte se le realiza episiotomía.

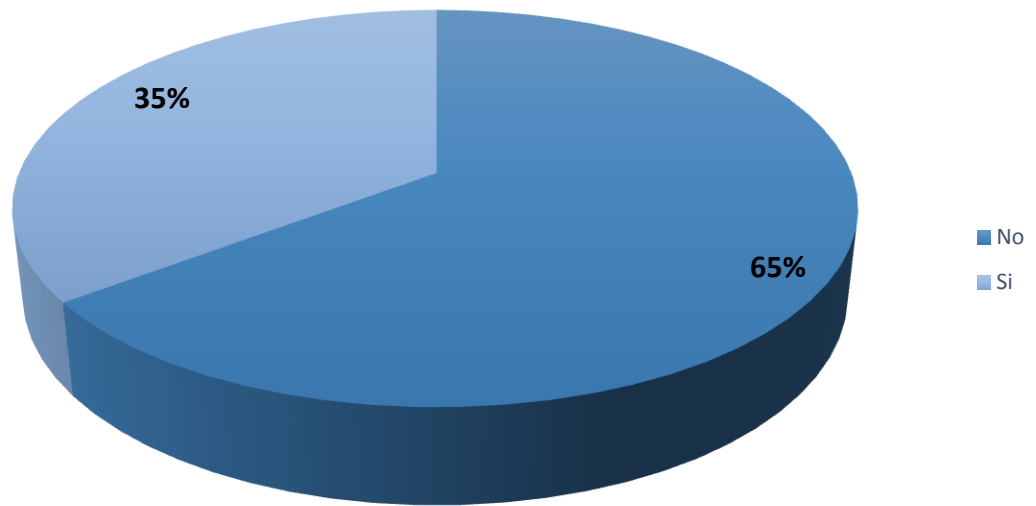


Figura N°5. Distribución de la población según presencia o no de escapes de orina en mujeres, Barrio Jiménez Cartago, 2018. Fuente: Elaboración Propia, 2018

Más de la mitad de la muestra no presenta escapes de orina.

Cuadro N° 3 Comparación entre las mujeres con y sin episiotomía en relación a la

	Con episiotomía				Sin episiotomía			
	Sí presenta escapes		No presenta escapes		Sí presenta escapes		No presenta escapes	
	Cantidad episiotomías	%	Cantidad episiotomías	%	Partos Vaginales	%	Partos Vaginales	%
1	6	20	24	60	8	47	34	64
2	7	23	3	8	4	24	10	19
3	13	43	12	30	2	12	8	15
4 o más	4	14	1	2	3	17	1	2
	30	100	40	100	17	100	53	100

Presencia de incontinencia urinaria, Barrio Jiménez Cartago, 2018

Fuente: Elaboración Propia, 2018

En relación con la presencia de incontinencia urinaria en mujeres con episiotomía el 43% presentan escapes y el 57% no los presentan, sin embargo, al realizar la comparación en base a la cantidad de episiotomías realizadas del 43% que si presentan las pérdidas de orina, tres terceras partes tienen más de dos episiotomías y los que no presentaban los escapes menos de la mitad tienen 3 o más episiotomías.

En las mujeres sin episiotomía se realiza la comparación con base en los partos vaginales demostrando que el 53% de las mujeres que presentan los escapes tienen 2 o más partos vaginales y el 64% de las que no presentan escapes sólo tienen un parto vía vaginal.

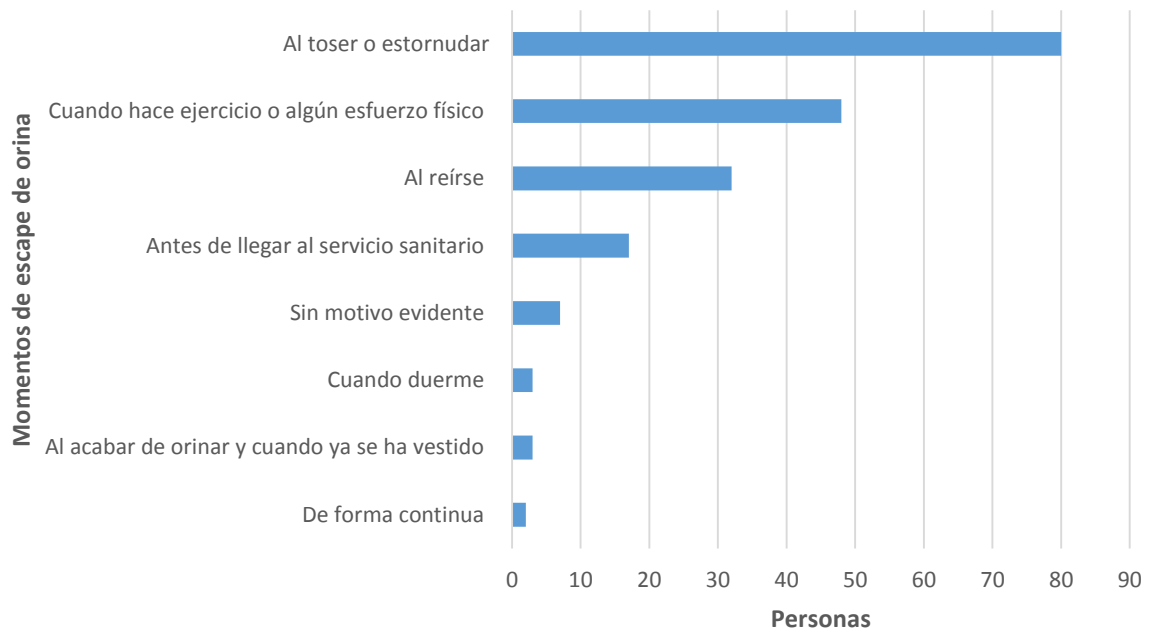


Figura N° 6. Distribución de la población según momentos en los que se presentan escapes de orina en mujeres, Barrio Jiménez Cartago, 2018. Fuente: Elaboración Propia, 2018

El 35% de la muestra que presenta escapes de orina, el 84% presentan incontinencia de esfuerzo, mientras que el 16% restante presentan otros tipos de incontinencia.

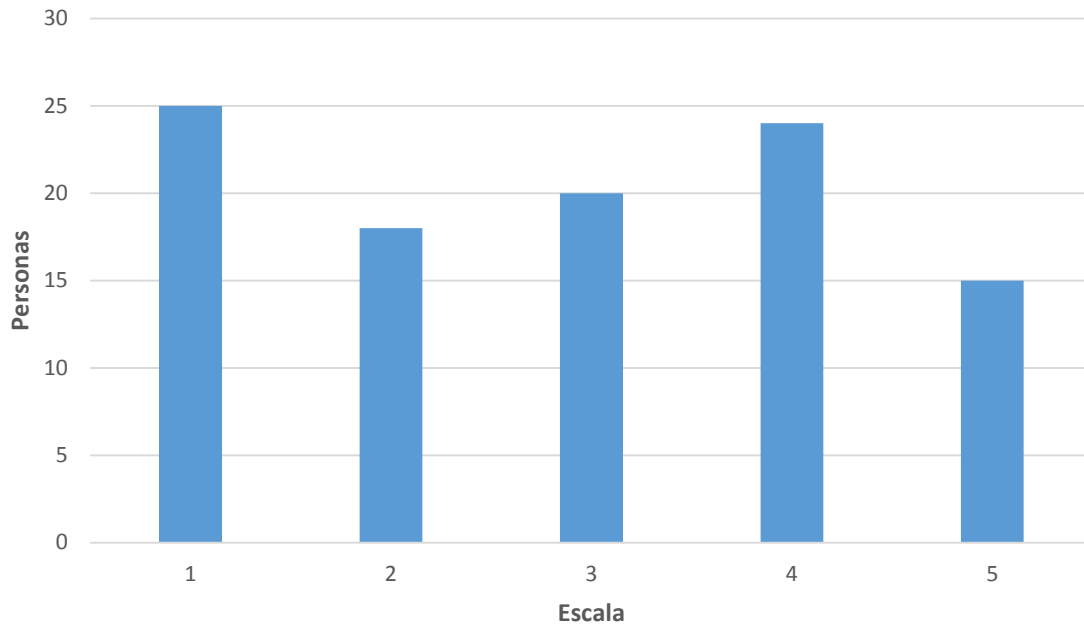


Figura N° 7. Distribución de la población según la afectación en la calidad de vida de la mujer en la escala del 1 al 5, Barrio Jiménez Cartago, 2018. Fuente: Elaboración Propia, 2018

El 62% de la muestra manifiesta que los escapes de orina no afectan en la calidad de vida y el 38% refieren que afecta en gran cantidad la calidad de vida.

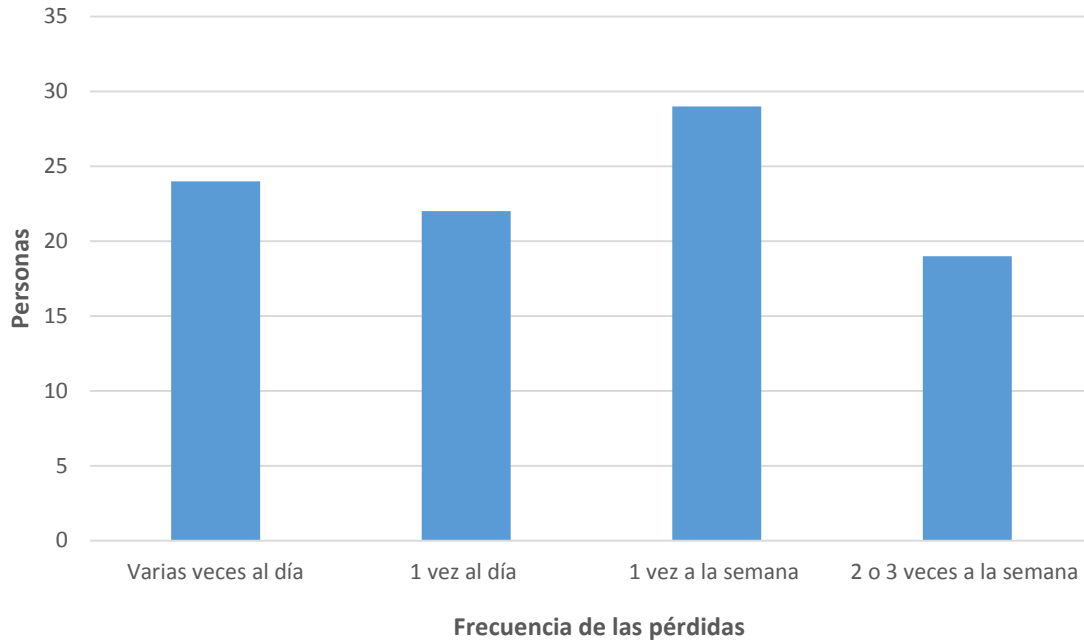


Figura N°8. Distribución de la población según la frecuencia de la pérdida de orina en mujeres de 20 a 65 años, Barrio Jiménez Cartago, 2018. Fuente: Elaboración Propia, 2018

El 49% de las mujeres tienen pérdidas durante el día, mientras que el 51% refieren tener pérdidas espontáneas durante la semana.

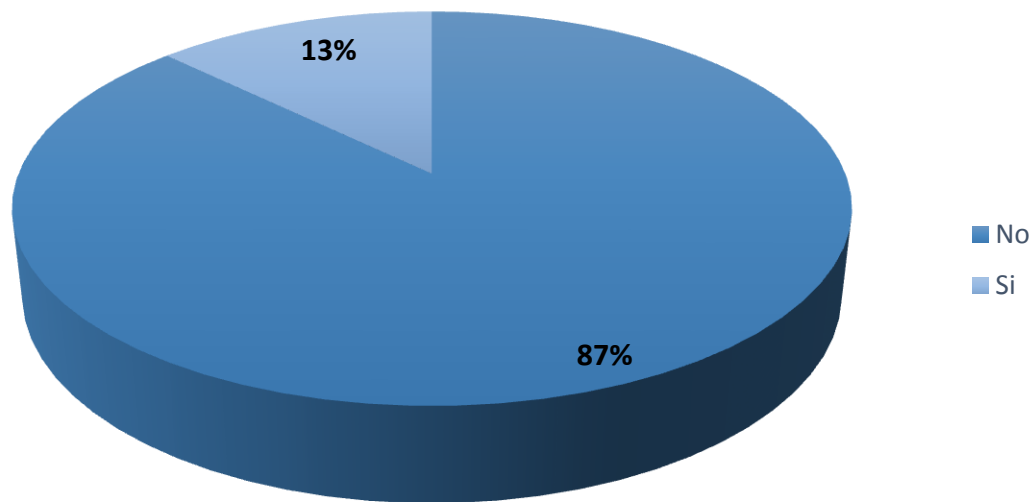


Figura N° 9. Distribución porcentual de la población según la dificultad para miccionar en mujeres de 20 a 65 años, Barrio Jiménez Cartago, 2018. Fuente: Elaboración Propia, 2018

La dificultad que presenta la mujer al miccionar del total de la muestra un 87% no presenta dificultad mientras un 13% sí la posee.

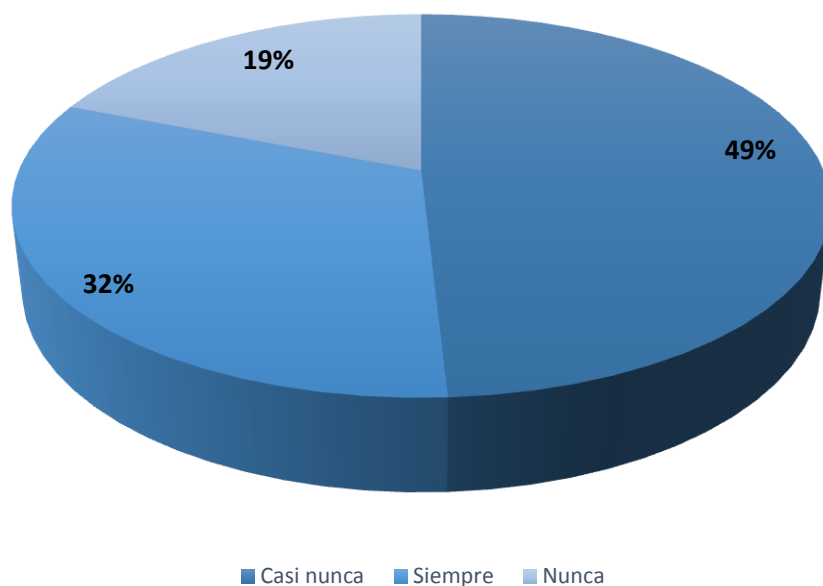


Figura N° 10. Distribución porcentual según frecuencia en que las mujeres asisten al baño más de 8 veces al día en Barrio Jiménez, Cartago, 2018. Fuente: Elaboración Propia, 2018

El 19% de las participantes del estudio indican que nunca asisten más de 8 veces por día, mientras que el 81% asisten 8 o más.

Cuadro N°4 Distribución de la población según presencia de nicturia, dolor al miccionar y de horas establecidas para miccionar en mujeres de 20 a 65 años, Barrio Jiménez Cartago,

2018

	Nicturia		Dolor		Horas	
	Personas	%	Personas	%	Personas	%
Sí	23	8	20	7	21	7
No	266	92	269	93	268	93
	289	100	289	100	289	100

Fuente: Elaboración Propia

Entre el 92% y 93% las mujeres de la muestra no presenta nicturia, dolor ni tienen horas establecidas

Cuadro N° 5 Distribución según frecuencia en que la mujer desea de miccionar, cuanto se ha debilitado el chorro urinario y la cantidad de orina que pierden. Barrio Jiménez Cartago, 2018

Frecuencia	Ganas de miccionar		Chorro Urinario		Pérdidas de orina	
	Personas	%	Personas	%	Personas	%
Poco	146	51	80	28	72	47
Mucho	114	39	21	7	13	8
Muy poco	29	10	0	0	69	45
Nada	0	0	188	65	0	0
	289	100	289	100	154	100

Fuente: Elaboración Propia

El 61% de la muestra indica que la frecuencia con la que siente ganas de miccionar es poca y el 39% mucha. Con respecto al chorro urinario el 65% de la muestra manifiesta que el chorro urinario no se le ha debilitado, el 28% en poca cantidad y el 7% mucha cantidad.

Las mujeres manifiestan que el 47% pierden poca cantidad de orina, 45% muy poca y 8% mucha cantidad.

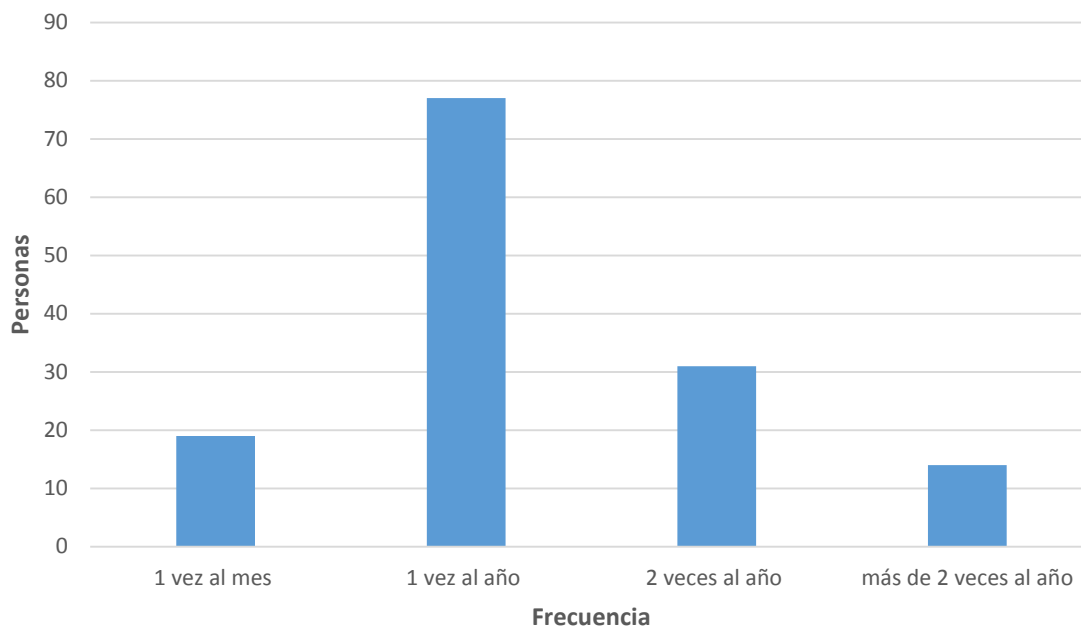


Figura N° 11. Distribución de la población según frecuencia en la presentan infecciones urinarias las mujeres de 20 a 65 años, Barrio Jiménez Cartago, 2018. Fuente: Elaboración Propia, 2018

El 48% de las mujeres presentan infecciones urinarias con la siguiente frecuencia: el 65% las presenta por lo menos 1 vez al año, el resto más de 2 veces al año.

Cuadro N° 6 Distribución de la población según frecuencia en que las mujeres de 20 a 65 años sienten la necesidad de llegar rápido a miccionar y el uso de pañales, Barrio Jiménez

Cartago, 2018

Frecuencia	Necesidad llegar rápido		Uso de pañales	
	Personas	%	Personas	%
Nunca	40	14	253	88
Algunas veces	171	59	32	11
Siempre	78	27	4	1
	289	100	289	100

El 86% indica que sienten la necesidad de llegar rápido al baño y el 14% nunca siente la necesidad de llegar rápido. Con respecto a la frecuencia con el que las mujeres utilizan pañales el 88% nunca los utiliza, mientras que el resto los utiliza siempre o en ocasiones.

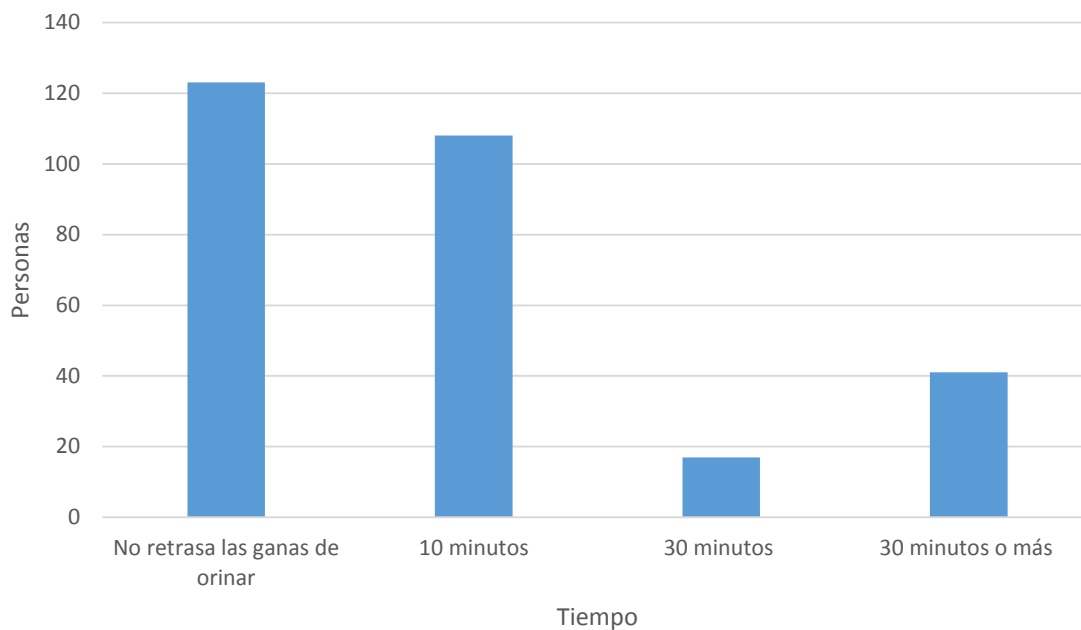


Figura N° 12. Distribución según el tiempo que las mujeres de 20 a 65 años posponen al sentir ganas de miccionar, Barrio Jiménez Cartago, 2018. Fuente: Elaboración Propia, 2018

El 43% de las mujeres no posponen las ganas de miccionar y el 57% refieren posponerla por más de 10 minutos.

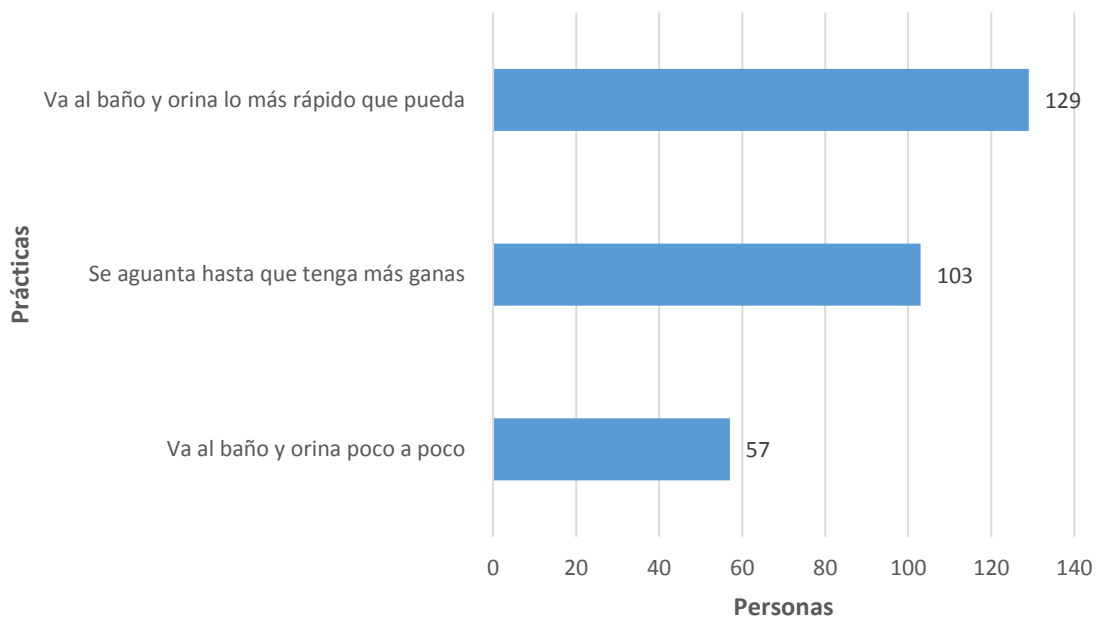


Figura N°13. Distribución de la población según las prácticas que tienen las mujeres de 20 a 65 años cuando sienten ganas de miccionar, Barrio Jiménez Cartago, 2018. Fuente: Elaboración Propia, 2018

Las prácticas que tienen las mujeres al momento de ir a miccionar es que el 44% va al baño y orina lo más rápido que pueda, el 36% se aguanta hasta que tenga más ganas y el 20% va al baño y orina poco a poco.

Cuadro N° 7 Distribución de la población según la educación, conocimiento y realización de los ejercicios de Kegel y la valoración previa a la episiotomía, Barrio Jiménez Cartago, 2018

	Educación sobre Kegel		Valoración para la episiotomía		Conocimiento sobre Kegel		Realización de Kegel	
	Personas	%	Personas	%	Personas	%	Personas	%
Sí	46	16	10	3	80	28	39	49
No	243	84	279	97	209	72	41	51
	289	100	289	100	289	100	80	100

Fuente: Elaboración Propia

El 84% de la muestra manifiestan no haber recibido educación en la consulta prenatal y posterior al parto sobre ejercicios para el fortalecimiento del piso pélvico. El 97% del total de la muestra indican que no se les realizó una valoración previa para saber si necesitaban episiotomía o no.

El 72% manifiesta no conocer los ejercicios de Kegel, sin embargo del 28% del total de la muestra que conoce que son los ejercicios de Kegel, sólo el 49% sí los realiza.

CAPÍTULO V
DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN O EXPLICACIÓN DE

En la presente investigación la mayor parte de la muestra la conforman mujeres en el grupo etáreo entre los 20 y 49 años, las cuales se caracterizan por qué, más del 60% son primigestas y poseen episiotomía, además no padecen de incontinencia urinaria.

Por lo tanto no se encuentra relación en que la episiotomía por si sola genera signos y síntomas de incontinencia urinaria pero al ser una población pequeña no se puede descartar la posibilidad de que a largo plazo este procedimiento sea un factor de riesgo para el desarrollo de esta patología, por lo que es de gran importancia realizar más investigaciones acerca de este tema porque no se han estudiado las variables que generan a largo plazo las pérdidas de orina en la mujer, ya que la investigación muestra que las mujeres que fueron sometidas más de dos veces a la episiotomía presentan escapes de orina más de dos veces al día.

Sin embargo se encuentra una relación importante entre otras variables como lo son el nivel educativo, la cantidad de partos y episiotomías para desarrollar incontinencia urinaria por que las mujeres más preparadas académicamente y con menos cantidad de partos, no presentan signos y síntomas de incontinencia urinaria, en comparación con aquellas que tuvieron más partos y menos preparación académica, ya que poseen más información acerca de métodos para fortalecer el suelo pélvico.

En la actualidad, las mujeres cada vez tienen menos hijos. En Estados Unidos, el 48% de las mujeres entre los 18 y 44 años es nulípara. Por su parte, en Colombia existe una relación directa entre nivel educativo y número de hijos ⁽⁵⁹⁾.

La Organización Mundial de la Salud menciona que las mujeres con mayor nivel educativo tienen menos hijos. Las mujeres alfabetizadas tienen muchas más probabilidades de tener mejores conocimientos sobre la salud ⁽⁶⁰⁾. Las personas con una formación básica tienen un 54% más riesgo de mortalidad que quienes poseen estudios superiores⁽⁶¹⁾.

Las mujeres que completaron los estudios universitarios tienen una esperanza de vida mayor a los siete años ya las personas con mayor nivel educativo se comportan de forma diferente: tienen un peso más cercano al ideal, van de forma más regular al médico y, en conjunto, terminan siendo más saludables y viviendo más tiempo ⁽⁶²⁾.

Los resultados de la investigación demuestran que del total de la muestra la mayoría no padecen incontinencia urinaria, esto se debe a que más de la mitad de la población tienen en el historial gineco-obstétrico solo una episiotomía o un parto. Además que se encuentran en un grupo etáreo joven, como lo menciona Trujillo ⁽⁶³⁾ múltiples embarazos causan aumento de la presión intra-abdominal y existe una distensión dañina de los ligamentos, músculos y nervios responsables del control del vaciamiento vesical y la edad debido a cambios en la vejiga y en la uretra ya que hay una disminución de la capacidad vesical, provocando incontinencia urinaria.

La minoría de la muestra sin embargo si presentaba escapes de orina, la mayoría de estos se daban al toser, reírse o al hacer algún esfuerzo físico, apoyando la teoría de Robles el cual muestra que la incontinencia urinaria de esfuerzo es el síntoma de IU más frecuentemente, el porcentaje de mujeres incontinentes con IUE alcanza un pico máximo alrededor de la quinta década⁽³⁶⁾.

En el estudio de Robles ⁽³⁶⁾ muestra que la incontinencia urinaria de esfuerzo es el síntoma más frecuentemente referido. La IUE pura afecta al 10-20% de las mujeres incontinentes, mientras que 30-40% tienen síntomas de IUM.

Quintana et al., ⁽⁴⁾ concuerda en que la incontinencia es más frecuente en mujeres de más de 60 años de edad, por factores como múltiples embarazos, y según su estudio el 9% presentó incontinencia urinaria de urgencia (relacionada con disfunciones del sistema nervioso), el 26.7% incontinencia urinaria de esfuerzo (relacionada con disfunciones de la musculatura estriada), y el 8.8% otro tipo de incontinencia. Demostrando que la incontinencia de esfuerzo es la que más se presenta.

Blanco ⁽⁶⁴⁾ menciona en su estudio que la media de edad fue de 52 años, con una prevalencia de IU del 15,4% (un 2,6% de esfuerzo, un 10,6% de urgencia y un 2,1% mixta) y se encontró una asociación con el número de partos vaginales.

El porcentaje de mujeres afectadas por los escapes el 23% manifiesta que afectan mucho su calidad de vida, ya que la mayoría sufre de escapes de orina varias veces a la semana o 1 vez a la semana, el otro 77% refieren que no interfiere en su calidad de vida. Herrera et al ⁽¹⁹⁾ concuerda con la presente investigación en que la mujer con escapes de orina tiene un deterioro de la calidad de vida, sin embargo, en su estudio refieren que las mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo presentaron un menor deterioro en su calidad de vida, ya que, serían capaces de adaptar su forma de vida para evitar situaciones que provoquen la pérdida involuntaria de orina, por ejemplo, actividades que impliquen ejercicio físico, cargar peso, etc.

La presente investigación concuerda con el estudio anterior ya que las mujeres que refirieron tener escapes de orina en su mayoría eran de esfuerzo y no interferían como la calidad de vida por que pueden adaptar las actividades para evitar pérdidas.

La mayoría de las mujeres que padecen incontinencia refieren tener pérdidas al toser, realizar algún esfuerzo físico, lo que indica que el tipo más frecuente es el de esfuerzo y por ende no afecta la calidad de vida en gran cantidad.

No obstante la incontinencia urinaria ha sido definida como un síntoma o condición, que constituye un problema social y familiar para la persona que lo sufre, reflejando en la actualidad un problema importante de salud en sus aspectos médicos, sociales y económicos, afectando a la calidad de vida de las personas que la padecen ⁽⁶⁵⁾.

La presencia de infección urinaria la mayoría de la muestra indica que no han presentado nunca infecciones, lo que demuestra que al ser mujeres más jóvenes y con mayor escolaridad, tienen acceso a mayor información sobre la prevención de infecciones. Por lo anterior el 93% de las mujeres afirman no tener dolor al miccionar.

La nicturia es otro síntoma que se encuentra presente sólo en el 8% de la población, esto puede deberse a que del 35% de mujeres que presentan escapes, la mayoría presentan incontinencia de esfuerzo, por esta razón al dormir no elevan la presión intra-abdominal que favorece a que se den los escapes de orina.

El 49% de las mujeres de la muestra afirman que nunca van al baño más de 8 veces al día, lo muestra que no poseen un diario de la micción que permita prevenir que grandes cantidades de orina se acumulen en la vejiga durante muchas horas produciendo distensión

los músculos, y que con el paso del tiempo junto con otros factores como son los múltiples partos y episiotomía se pueda desarrollar la incontinencia urinaria.

Pena et al., ⁽³⁸⁾ mencionan que si durante el reentrenamiento vesical no puede realizar el vaciado vesical con efectividad se pueden brindar métodos como enseñarle a vaciar su vejiga, relajada, con prensa abdominal, con maniobra de Credé, etc. Los resultados parecen ofrecer aproximadamente un 50% de respuesta definida ésta como permanecer seca o con un episodio de escape al día.

El 93% de las mujeres no tienen horarios establecidos para miccionar, lo que colabora a que con el paso de los años la musculatura de la vejiga se vaya distendiendo y provocando escapes de orina, además del porcentaje que presentaba la incontinencia la mayoría no poseían los horarios que son de gran importancia para el reentrenamiento vesical y así poder evitar los episodios de incontinencia.

Del 35% de mujeres incontinentes, el 28% refiere que tiene que utilizar pañales en ciertas ocasiones, un 4 % siempre tiene que utilizar algún tipo de absorbente por su incontinencia y el 68% no utilizan de estos, ya que limitan las actividades que provoquen estos escapes. No obstante del total de la muestra el 59% indica que en algunas ocasiones sienten la necesidad de llegar rápido al servicio sanitario, pero el 43 % menciona que al sentir las ganas de miccionar no retrasan la micción. Esto es de gran importancia porque al aguantar ganas de miccionar, colaboran a que los músculos se distiendan provocando a largo plazo junto con su historial Gineco-obstétrico, la incontinencia urinaria.

La investigación muestra que las mujeres no poseen prácticas correctas de evacuación vesical, esto aunado a las episiotomías y número de partos, provocan mayor riesgo de

padecer de incontinencia. Por lo que la mujer debería de realizar ejercicios que fortalezcan el suelo pélvico, porque si se ven como factores separados no provocan la patología pero con el paso del tiempo y con 3 o más procedimientos o gestas, se incrementa la posibilidad de padecerla.

Se escogieron aleatoriamente 70 mujeres con episiotomía y sin episiotomía, para realizar la comparación de la presencia o no de incontinencia urinaria en mujeres de 20 a 65 años, observando que: de las 70 mujeres con el procedimiento un 43% presenta escapes y un 57% no los presenta.

De las 70 mujeres sin episiotomía un 24% sí presentan incontinencia y 76% no presentan. A pesar de que en ninguno de los 2 grupos el tener episiotomía condicionaba a padecer de incontinencia, si se puede observar que en las mujeres con episiotomía hay un porcentaje más alto que si presentaron escapes. Vila ⁽⁵⁾ menciona que un factor de riesgo para la incontinencia urinaria es la paridad sobretodo en partos con episiotomía.

Si se compara pero en razón a la cantidad de partos e incontinencia urinaria, se puede determinar que de las 140 mujeres divididas en igual cantidad con y sin episiotomía, de las 70 mujeres con el procedimiento 43% presentan escapes y la mayor cantidad tuvieron 3 o más partos, del 57% que no los presenta se puede observar que un 52% tuvo menos de 2 partos vía vaginal. Esto comprueba la teoría de que un parto por sí solo no provoca la incontinencia pero múltiples gestas con el pasado de los años pueden desencadenar el padecimiento sino se previene con ejercicios que fortalezcan el suelo pélvico.

Romero y Prado ⁽⁶⁶⁾ mencionan que un estudio realizado en Valencia a 44 mujeres con diagnóstico de incontinencia urinaria, se encontró como factor relacionado con ésta la

paridad, el 40% habían tenido 3 o más partos vaginales, el 65% habían tenido antecedentes de episiotomía en sus partos y un 23% se habían complicado con desgarros. Sin embargo, en un estudio no relaciona la incontinencia urinaria con la episiotomía, aunque sí la relaciona con el proceso de embarazo, porque ésta aparecía inmediatamente después del parto.

González et al., ⁽⁶⁷⁾ mencionan que el tratamiento mediante diferentes técnicas rehabilitadoras de la incontinencia urinaria puede ser un primer paso, antes de iniciar tratamientos más invasivos, gracias a los buenos resultados obtenidos y a la gran aceptación por parte de las pacientes.

Asimismo los resultados de la investigación mostraron que la mujer carece de educación por parte de enfermería, ya que a la mayoría de las mujeres no se les brindó educación acerca de los ejercicios o medidas para fortalecer el piso pélvico durante la consulta prenatal y posterior al embarazo. De igual forma el 72% no conocen que son los ejercicios de Kegel y del 28% de los conocen, más de la mitad no los realizan por falta de conocimiento sobre las ventajas.

Álvarez et al., ⁽⁶⁸⁾ destacan la importancia de la educación por parte de enfermería en el primer nivel ya que es el más cercano a la población que permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación.

Lara et al., ⁽⁶⁹⁾ manifiestan que los ejercicios de Kegel tienen como objetivo la restauración de una estática pélvica equilibrada y la continencia urinaria y anal. No obstante, señalan

que la terapia física del suelo pélvico debe considerarse no sólo como tratamiento, sino como prevención de la incontinencia urinaria; la aplicación sistemática durante el embarazo y el puerperio evitarían la inmensa mayoría de las veces la aparición de los síntomas.

Es importante que el enfermero realice una previa valoración al uso de la episiotomía ya que como se observa en los resultados a la mayoría de las mujeres se les realizó el procedimiento pero a un alto porcentaje no se le realizó una valoración en la consulta prenatal.

CAPÍTULO VI:
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

Las características sociodemográficas de la población, el 80% corresponden a mujeres en el grupo etáreo entre los 20 a 49 años, el 100% son de nacionalidad costarricense. El 52% son casadas, el 23% tienen un grado máximo de universidad completa, el 100% residen en Jesús Jiménez.

Los signos y síntomas presentes en el 35% de la muestra que padecen de incontinencia urinaria se dan en su mayoría al toser, estornudar, reírse o al hacer algún esfuerzo físico. Lo que demuestra que se da más el tipo de incontinencia de esfuerzo y a las mujeres no les genera tanta afectación en la calidad de vida ya que pueden adaptarse a su patología evitando realizar aumentos de la presión intra-abdominal para evitar escapes. También manifiestan que casi nunca asisten más de 8 veces al baño y el 54% refieren tener infecciones urinarias 1 vez al año.

Las prácticas de evacuación vesical en la mujeres de 20 a 65 años muestran que el 93% de las mujeres no poseen horarios para miccionar, el 43% no retrasan la micción y el 37% retrasa la micción durante 10 minutos. El 44% va al baño y orina lo más rápido que pueda, lo que muestra que el poco tiempo que tienen las mujeres hacen que descarguen la vejiga y la distensión no sea poco a poco.

La comparación entre 70 mujeres con episiotomía que presentan o no de escapes de orina y 70 sin el procedimiento obstétrico con las mismas características, se puede observar que la episiotomía por sí sola no es un factor para desarrollar incontinencia urinaria, sin embargo al comparar las mujeres que solo presentan escapes con o sin el procedimiento, se puede

observar que al presentar más de 2 episiotomías y 3 o más partos, puede colaborar a que se presenten los síntomas de incontinencia.

Enfermería necesita captar a las mujeres en el primer nivel de atención para brindar información que sea eficaz para la prevención de patologías y enfermedades como lo es la incontinencia urinaria, ya que se observa que el 84% de la muestra no recibió educación acerca de los ejercicios de Kegel y el 72% no los conocían, estos no sólo son importantes para prevenir la incontinencia, sino, que también para disminuir los desgarros y el uso de la episiotomía. Brindar a la mujer métodos alternativos y eficaces como lo son el masaje perineal que ayuda a fortalecer el periné. A pesar de que un 28% conocían sobre los ejercicios de Kegel más de la mitad no los ponían en práctica.

La valoración previa durante la consulta prenatal ayuda a disminuir las episiotomías, ya que al 97% no se le realizó la valoración previa donde se puede hacer una anamnesis y revisión para determinar si el tipo de pelvis, laxitud de los tejidos, estatura y demás determinantes pueden impedir un parto vía vaginal o por lo contrario que se tengan las condiciones necesarias para el parto vía vaginal.

La consulta por parte de Enfermería es de vital importancia antes y después del parto porque se puede dar educación a la mujer en formas para evitar la incontinencia urinaria con el paso de los años, ya sea por más de 2 episiotomías o partos, ya que aunque la episiotomía por sí sola no es causa de incontinencia, al aumentar el número de procedimientos obstétricos y partos va a aumentar la posibilidad de sufrir este padecimiento.

Por lo tanto, el principal aporte de esta investigación consiste en que este estudio relaciona la incontinencia no solo con los factores que ya se sabían que predisponían a la mujer sino que también lo relaciona con las prácticas de evacuación vesical, ya que como se pudo observar las mujeres que no padecían de incontinencia urinaria poseían signos y síntomas como lo son las infecciones urinarias y nicturia que sumado a las incorrectas prácticas de evacuación como lo es no poseer horarios para miccionar, retener más de 30 minutos las ganas de orinar e ir al baño y evacuar la vejiga lo más rápido que podían, a lo largo de los años les van a generar esta patología.

Además una episiotomía no se considera un factor inminente para el desarrollo de la incontinencia pero mas de dos procedimientos y partos vía vaginal aumentan la posibilidad de desarrollar incontinencia urinaria, si las mujeres no realizan ejercicios para el fortalecimiento del suelo pélvico como lo es Kegel, la utilización de conos vaginales o el reentrenamiento vesical. Ya que esta patología se puede tratar con medidas conservadoras.

6.2 RECOMENDACIONES

Para el Profesional de enfermería en el primer nivel de atención

1. Brindar información acerca de la prevención de la incontinencia urinaria y métodos alternativos para fortalecer los músculos del suelo pélvico antes, durante y después del embarazo. Estos ejercicios o masajes se recomiendan realizarlos todos los días de 10 a 15 minutos masajeando el perineo.
2. Realizar la historia clínica esta debe ser completa para encontrar factores de riesgo para la incontinencia y la exploración física del suelo pélvico que valore fuerza, tono y elasticidad para así de acuerdo a cada mujer poder brindar la educación necesaria.
3. Asistir a los demás profesionales en el curso de preparación para el parto para instruir a la mujer en qué posición es más favorable tener el parto vía vaginal, ya que la mayoría de ellas no saben que tienen diferentes alternativas que provocan menos laceraciones, desgarros o utilización de la episiotomía. La posición de litotomía se asociado a mayores complicaciones, por el contrario la posición en cuclillas no provoca tantos efectos negativos.
4. Brindar herramientas a las mujeres para detectar los factores que las predisponen a padecer de incontinencia urinaria, porque, como ya se vio el parto y la episiotomía, por sí solos no generan la incontinencia, pero conforme pasen los años y tienen más partos y episiotomías este riesgo aumenta entre las mujeres.
5. Educar acerca de las prácticas correctas de evacuación vesical ya que como se encontró en la investigación este es un factor detonante para que se de la incontinencia urinaria.

Para la mujer

1. Evitar ejercicios clásicos para fortalecer la musculatura abdominal durante las primeras ocho semanas postparto porque en este tiempo se da la involución de los tejidos y dichos esfuerzos generan presión intra-abdominal que favorece al descenso de órganos pélvicos y el padecimiento de incontinencia urinaria de esfuerzo.
2. Realizar ejercicios para fortalecer el piso pélvico, como ejercicios de Kegel, utilización de conos vaginales, masajes perineales, entre otros.
3. No restringir la ingesta de líquidos para evitar mayores pérdidas de orina porque esto no está relacionado a la incontinencia urinaria como lo han demostrado estudios.
4. Efectuar la reeducación vesical, esta consiste en ir al servicio sanitario cada 2 horas para que la vejiga no contenga grandes cantidades de orina y así poder disminuir las pérdidas y en la mujer continente para evitar que por largos lapsos de tiempo no vayan a miccionar provocando un estiramiento de los músculos de la vejiga.
5. Incentivar a la mujer a realizar una doble evacuación después de miccionar, ya que en ocasiones no se vacía por completo, lo que genera escapes de orina
6. Utilizar un diario de la micción para que la mujer cuando vaya al primer nivel de atención lo lleve y así poder especificar cuándo sufre las pérdidas, con qué frecuencia y cuanta cantidad.
7. No ingerir bebidas estimulantes como el café, té o bebidas energéticas, ya que estas son diuréticas y van a colaborar a que se den escapes.

Para otros investigadores

1. Investigar mas acerca de esta patología, ya que los estudios se basan solo en que tipo de incontinencia presentan más las mujeres y no en que factores las predispuso a padecerla.
2. Realizar estudios transversales, donde se pueda dar seguimiento a la mujer para observar si con el transcurso de los años, el tener correctas prácticas de evacuación vesical y realizar ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico, resultan beneficiosos para prevenir o tratar la incontinencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. López AJG. Incontinencia urinaria. *Iatreia*. 15 de enero de 2002;15(1):22-34.
2. García-Astudillo E, Pinto-García MP, Laguna-Sáez J. Incontinencia urinaria: frecuencia y factores asociados. *Fisioterapia*. 1 de julio de 2015;37(4):145-54.
3. Espuña Pons M, Puig Clota M, Pérez González A, Rebollo Álvarez P. Nicturia en mujeres con síntomas de incontinencia urinaria: análisis de las variables clínicas y urodinámicas asociadas. *Actas Urol Esp*. abril de 2005;29(4):378-86.
4. Erendira Quintana, Víctor Fajardo, Jorge Rodríguez-Antolín, Ulises Aguilera, Margarita, Martínez-Gómez. *Fisiopatología de la incontinencia urinaria femenina*. 2009. 2009;15(1):839-44.
5. Vila i Coll MA, Roger MF. Diagnóstico de la incontinencia urinaria. (Spanish). *AMF Actual En Med Fam*. abril de 2017;13(4):46-51.
6. Gorbea-Chávez V, Hernández-Contreras R del C, Rodríguez-Colorado S, Velázquez-Sánchez M del P, Kunhardt-Rasch J. Factores de riesgo asociados a incontinencia urinaria y anal posterior a evento obstétrico. (Spanish). *Perinatol Reprod Humana*. enero de 2011;25(1):23-8.
7. Rincón Ardila O. Caracterización clínica de la incontinencia urinaria y factores asociados en usuarias de la Unidad de la Mujer del Centro de Salud Familiar "Ultraestación" en la ciudad de Chillán, Chile. *Rev Médica Chile*. febrero de 2015;143(2):203-12.
8. Paulina Abril-González F, Sofía Guevara-Villareal A, Ramos-Cruz A, Andrés Rubio-Romero J. FACTORES DE RIESGO PARA DESGARRO PERINEAL EN PARTOS SIN EPISIOTOMÍA ATENDIDOS POR PERSONAL EN ENTRENAMIENTO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BOGOTÁ (COLOMBIA) 2007. (Spanish). *Risk Factors Perineal Tearing Births Episiotomy Attend Pers Trained Teach Hosp Bogotá Colomb 2007 Engl*. abril de 2009;60(2):143-51.
9. Prevalence of Urinary Incontinence among Women at a Swedish Primary Health Care Centre: *Scandinavian Journal of Primary Health Care: Vol 8, No 4* [Internet]. [citado 24 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/02813439008994959>
10. Mauricio Velázquez-Magaña,* Gustavo Aguirre-Ramos,* Rolando Álvarez-Valero,* José Antonio Méndez-González,* Julio González-Cofrades*. Incontinencia urinaria en mujeres del Distrito Federal. *An Med*. 207d. C.;52(1):14-21.
11. Bernstein IT. The pelvic floor muscles: muscle thickness in healthy and urinary-incontinent women measured by perineal ultrasonography with reference to the effect of pelvic floor training. *Estrogen receptor studies. Neurourol Urodyn*. 1997;16(4):237-75.
12. L NP and B. Urinary incontinence in women. - PubMed - NCBI [Internet]. [citado 25 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16399154>
13. JO A-MJ and D. Functional anatomy of the female pelvic floor. - PubMed - NCBI [Internet]. [citado 25 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17416924>

14. Juan Carlos Morilla Herrera. Guía de atención en a pacientes con incontinencia urinaria [Internet]. Asociación Andaluza de Enfermería; 2007. Disponible en: http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/222/22.%20GPC_402_Pacientes%20con%20incontinencia%20urinaria.01.07.pdf
15. Mauricio Velázquez Magaña, Héctor Hugo Bustos López, Gabriel Rojas Poceros, Gerardo Oviedo, Ortega, Eduardo S. Neri Ruz, et al. Prevalencia y calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria. Estudio en población abierta. 2007;75(6). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2007/gom076g.pdf>
16. Hajjar RR. Psychosocial impact of urinary incontinence in the elderly population. Clin Geriatr Med. agosto de 2004;20(3):553-64, viii.
17. Smith AR, Hosker GL, Warrell DW. The role of partial denervation of the pelvic floor in the aetiology of genitourinary prolapse and stress incontinence of urine. A neurophysiological study. Br J Obstet Gynaecol. enero de 1989;96(1):24-8.
18. Sandip P Vasavada. Urinary Incontinence Treatment & Management: Approach Considerations, Absorbent Products, Urethral Occlusion [Internet]. [citado 27 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/452289-treatment#d9>
19. Herrera Pérez A, Arriagada Hernández J, González Espinoza C, Leppe Zamora J, Herrera Neira F. Calidad de vida y función sexual en mujeres postmenopáusicas con incontinencia urinaria. Actas Urol Esp. junio de 2008;32(6):624-8.
20. María Jesús Vargas Baldares*. EPISIOTOMÍA. 2011;(LXVIII (599)):461-6.
21. Garro Espinoza MC, Gomez Gutierrez S. Atención brindada a mujeres con diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo que asisten a la consulta de Estática pélvica del Servicio de Ginecología en el área de Uroginecología del Hospital Mexico, durante el periodo del 2013- febrero 2015. [San Jose]: Universidad de Costa Rica; 2015.
22. Rodríguez DF, Orozco RZ. Características de la incontinencia urinaria en funcionarias de la sede Rodrigo Facio de la Universidad de Costa Rica. Rev Médica Univ Costa Rica. 17 de junio de 2015;9(1):42-9.
23. Cristina Rodríguez Gutiérrez, Luis Fernando Esquivel Vindas*. Incontinencia Urinaria en la mujer. Rev Med Costa Rica. 2010;151-7.
24. Irene Rodríguez. Aumenta número de ticos con incontinencia urinaria - La Nación [Internet]. [citado 27 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://www.nacion.com/ciencia/salud/aumenta-numero-de-ticos-con-incontinencia-urinaria/E32DXAZOFVH2HIOZI36UTEFUZQ/story/>
25. Día Mundial de la “Incontinencia Urinaria” | Crhoy.com [Internet]. CRHoy.com | Periodico Digital | Costa Rica Noticias 24/7. [citado 27 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.crhoy.com/dia-mundial-de-la-incontinencia-urinaria/nacionales/salud/>

26. HCB. 30% de las mujeres podrían sufrir incontinencia urinaria tras la menopausia [Internet]. Hospital Clínica Bíblica. [citado 27 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.clinicabiblica.com>
27. Torres M, Carmen J del. Caracterización de mujeres en edad mediana con incontinencia urinaria y respuesta al tratamiento rehabilitador. Rev Cuba Obstet Ginecol. marzo de 2014;40(1):102-18.
28. Katya Carrillo G, Antonella Sanguineti M. Anatomía del piso pélvico. Rev Médica Clínica Las Condes. 1 de marzo de 2013;24(2):185-9.
29. Ramírez JV. Seminario. 2011. :15.
30. Emil A. Tanagho, Jack W. McAninch. Urología general de Smith. 14.^a ed. Mexico: El Manual Moderno S.A; 2009. 792 p.
31. Juarranz Sanz M, Terrón Barbosa R, Roca Guardiola M, Soriano Llorca T, Villamor Borrego M, Calvo Alcántara MJ. Tratamiento de la incontinencia urinaria. Aten Primaria. 1 de enero de 2002;30(5):323-32.
32. Aguilera C, Chamorro R. Enuresis: concepto y manejo. Rev Chil Med Fam [Internet]. 2000 [citado 22 de enero de 2018];1(4). Disponible en: <http://revista.sochimef.org/index.php/revchimf/article/view/229>
33. Hoffman B. Williams Ginecología. 2da Edicion. McGraw-Hill Interamericana; 2013.
34. Danny Montero Valverde, Daniela Zamora Portuguez. Análisis de las complicaciones más frecuentes en la técnica De “sling”, para el tratamiento quirúrgico de la incontinencia Urinaria de esfuerzo en pacientes femeninas, entre 40 y 60 Años de edad, intervenidas en el servicio de urología del Hospital san vicente de paúl durante los meses de agosto 2006 A agosto del año 2010. [San Jose]: Universidad Hispanoamericana; 2011.
35. Jorge Enmanuel Ocampo Calderón, Alejandra Sánchez Quesada. Caracterización de las condiciones sociales, Físicas y psicológicas asociadas a la Incontinencia urinaria persistente en hombres y Mujeres mayores de 60 años atendidos en el Servicio de hospital de día del hospital nacional De geriatría y gerontología dr. Raúl blanco Cervantes durante el período comprendido de Enero del 2008 y diciembre del 2008. [San José, Costa Rica]: Universidad Hispanoamericana; 2009.
36. Robles E J. La incontinencia urinaria [Internet]. 2006 [citado 22 de enero de 2018]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272006000300006&script=sci_arttext&lng=pt
37. María Fernanda Rodríguez Barbarena. Relación de incontinencia y retención urinarias con el desarrollo de infección del tracto urinario en pacientes mayores de 60 años ingresados en el hospital San Vicente de Paúl durante el período de 1° enero del 2008 al 31 de diciembre del 2011. [San José, Costa Rica]: Universidad Hispanoamericana; 2012.

38. Pena Outeiriño JM, Rodríguez Pérez AJ, Villodres Duarte A, Mármol Navarro S, Lozano Blasco JM. Tratamiento de la disfunción del suelo pélvico. Actas Urol Esp. agosto de 2007;31(7):719-31.
39. Gregorio Marañón. Cuidados al enfermo con incontinencia urinaria [Internet]. 2009. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271685145355&ssbinary=true>
40. Ferrer RMR. Estudio comparativo de incidencia de episiotomía. REDUCA Enferm Fisioter Podol [Internet]. 2010 [citado 11 de noviembre de 2017];2(1). Disponible en: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/123>
41. Salas Sánchez E. Perspectiva crítica de los antecedentes históricos de la episiotomía. Enferm Actual En Costa Rica [Internet]. 2012 [citado 2 de enero de 2018];(23). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=44824928009>
42. La Nación Digital. Revista Dominical [Internet]. [citado 15 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://www.nacion.com/dominical/1999/agosto/08/dominical7.html>
43. Henry Rodríguez Retana, Juan Carlos Escalante Quirós. Situación actual del uso de episiotomía en pacientes primigestas y su relación con los resultados materno fetales inmediatos, en el primer semestre del 2007, en la Maternidad del Hospital Dr. R. A. Calderón Guardia. [San José, Costa Rica]: Universidad de Costa Rica; 2007.
44. episiotomia_y_disfunciones_piso_perlvico.pdf [Internet]. [citado 11 de noviembre de 2017]. Disponible en: https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/episiotomia_y_disfunciones_piso_perlvico.pdf
45. Episiotomía [Internet]. Revista Médica Electrónica PortalesMedicos.com. 2017 [citado 3 de octubre de 2017]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/episiotomia/>
46. Gabbe S, Niebyl J, Simpson J. Obstetricia. Tomo I. Madrid: Editorial Marbán; 2004.
47. Marling Vargas González. Analisis sobre los efectos materno - fetales más frecuentes, relacionados con el empleo, o no, de la episiotomía, en mujeres primigestas de termino, atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital Escalante Pradilla, durante el periodo setiembre - octubre del 2010 [Internet]. [San Jose]: Universidad Hispanoamericana; 2012 [citado 29 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://201.195.87.22:2056/lib/bibliouhsp/detail.action?docID=80194654>
48. Cuesta MEG de E. Masaje perineal durante el embarazo. RevistaEnfermeríaCyL. 4 de noviembre de 2009;1(2):40-3.
49. Masaje perineal antes del parto para la reducción del trauma perineal [Internet]. [citado 7 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD005123>

50. Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch Med Interna. abril de 2011;33(1):7-11.
51. A.Ferri Morales, C.Lilio De La Quintana, ML. Serra Llosa. Incontiencia Urinaria y otras lesiones del suelo pelviano: etiología y estrategias de prevención. 2004;48(4):18-31.
52. IncontinenciaUrinariaInterna_rev(1).pdf [Internet]. [citado 29 de enero de 2018]. Disponible en: [http://www.aeu.es/UserFiles/IncontinenciaUrinariaInterna_rev\(1\).pdf](http://www.aeu.es/UserFiles/IncontinenciaUrinariaInterna_rev(1).pdf)
53. Kenneth D. Phillips. Modelos de enfermería. España: Elsevier; 2011.
54. Luengo SR, Molina AS. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA SEGÚN EL MODELO DE ROY EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS. Enferm Glob [Internet]. 2008 [citado 29 de enero de 2018];7(3). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/36101>
55. Uns F. El Cuidado: CALLISTA ROY [Internet]. El Cuidado. 2012 [citado 30 de enero de 2018]. Disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/callista-roy.html>
56. E. Pazos Jiménez, M Gutiérrez, R. Evans Meza. Métodos de investigación para las ciencias de la salud. 1º Edición. San José, Costa Rica: Secade; 2012.
57. BAse de Datos CCSS. 2018.
58. AlfaCronbach.pdf [Internet]. [citado 26 de febrero de 2018]. Disponible en: <https://www.uv.es/~friasnav/AlfaCronbach.pdf>
59. Razones por las que las mujeres no quieren tener hijos [Internet]. [citado 13 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://www.fucsia.co/relaciones/familia/articulo/razones-por-las-que-las-mujeres-no-quieren-tener-hijos/67347>
60. OMS | La educación y la salud están íntimamente unidas [Internet]. WHO. [citado 14 de marzo de 2018]. Disponible en: http://www.who.int/dg/speeches/2010/educationandhealth_20100920/es/
61. A mayor nivel educativo, mejor salud y más años de vida [Internet]. En Positivo. 2012 [citado 14 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://enpositivo.com/2012/09/educacion-y-salud/>
62. Beneficios de la educación sobre el bienestar en salud de la población adulta en México, 2006 [Internet]. [citado 14 de marzo de 2018]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-40412013000200005
63. 15134.pdf [Internet]. [citado 13 de marzo de 2018]. Disponible en: http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/ginecologia_y_obstetricia/article/viewFile/17538/15134
64. Nieto Blanco E, Camacho Pérez J, Dávila Álvarez V, Ledo García MP, Moriano Bejar P, Pérez Lorente M, et al. Epidemiología e impacto de la incontinencia urinaria en mujeres de 40 a 65 años de edad en un área sanitaria de Madrid. Aten Primaria. 1 de enero de 2003;32(7):410-4.

65. García-Giralda Ruíz L, Guirao Sánchez L, Casas Aranda I, González A, Vicente J, Sánchez Pérez G, et al. Trabajando la incontinencia urinaria en atención primaria: satisfacción, sexualidad y cumplimiento terapéutico. Arch Esp Urol Ed Impresa. agosto de 2007;60(6):625-32.
66. J. Romero Martínez, M. de Prado Amián. Episiotomía: ventajas e inconvenientes de su uso. junio de 2002;8(8).
67. Tratamiento rehabilitador de la incontinencia urinaria femenina - ScienceDirect [Internet]. [citado 14 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S004871200373343X>
68. v33n1a03.pdf [Internet]. [citado 14 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>
69. NAPAL ROS, CARMEN; LARA BUENO, CRUZ; ECHEANDÍA VALENCIA, BENIGNO; EGAÑA GORRAIZ, CRISTINA; LEZAÚN ARRÓN, ROSA;; SANCHO REY, BLANCA; RECALDE YOLDI, ASUN. Pasado, presente y futuro de la incontinencia urinaria. ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN UROLOGÍA;

ANEXOS

ANEXO #1 DECLARACIÓN JURADA

DECLARACIÓN JURADA

Yo Priscilla Alexandra Fonseca Quirós, cédula de identidad número 1-1584-0861, en condición de egresada de la carrera de Enfermería de la Universidad Hispanoamericana, y advertido de las penas con las que la ley castiga el falso testimonio y el perjurio, declaro bajo la fe del juramento que dejo rendido en este acto, que mi trabajo de graduación, para optar por el título de licenciatura titulado “signos y síntomas de incontinencia urinaria en mujeres con y sin episiotomía en relación con las prácticas de evacuación vesical, Aguacaliente, Cartago 2018” es una obra original y para su realización he respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derechos de Autor y Derecho Conexos, número 6683 del 14 de octubre de 1982; especialmente el numeral 70 de dicha ley en el que se establece: “Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que estos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original”. Asimismo, que conozco y acepto que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. Firmo en fe de lo anterior, en la ciudad de San José, el ____ de ____ del

Firma



ANEXO #2 CARTAS DE APROBACIÓN

CARTA DEL TUTOR

San José, 27 de abril del 2018.

Máster Zaida Rodríguez Cordero
Carrera Enfermería
Universidad Hispanoamericana

Estimada señora:

La estudiante Priscila Fonseca Quirós, cédula de identidad número 115840861, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado **SIGNOS Y SÍNTOMAS DE INCONTINENCIA URINARIA EN MUJERES CON Y SIN EPISIOTOMÍA EN RELACIÓN CON LAS PRÁCTICAS DE EVACUACIÓN VESICAL, AGUA CALIENTE, CARTAGO 2018**, el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

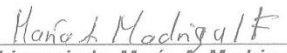
En mi calidad de tutora, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por el postulante, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	19
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	25
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	19
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	20
	TOTAL		93

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de lectura.

Atentamente,


Licenciada. María A. Madrigal Fernández
Cédula identidad 1-1190-0433
Carné Colegio Profesional 9020

CARTA DEL LECTOR

San José, 16 junio 2018.

Máster Zaida Rodríguez
Carrera Enfermería
Universidad Hispanoamericana

Estimada señora:

La estudiante **FONSECA QUIRÓS PRISCILLA**, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado “**SIGNOS Y SÍNTOMAS DE INCONTINENCIA URINARIA EN MUJERES CON Y SIN EPISIOTOMÍA EN RELACIÓN CON LAS PRÁCTICAS DE EVACUACIÓN VESICAL, AGUA CALIENTE, CARTAGO 2018**” el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.


En mi calidad de lectora metodológica, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por el postulante, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	8
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	20
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	28
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	16
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	18
	TOTAL		90

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de revisión filológica.

Atentamente,


MSc. Vanessa Aguilar Zeledón
Cédula identidad 1-0874-0329
Carné Colegio Profesional E-4368

San José, 20 de junio, 2018

MSc. Zaida Rodríguez Cordero

Directora de la Escuela de Enfermería

Universidad Hispanoamericana, Sede Aranjuez

Leí y corregí el Trabajo Final de Graduación: "Signos y síntomas de incontinencia urinaria en mujeres con y sin episiotomía en relación con las prácticas de evacuación vesical, Agua Caliente, Cartago 2018", elaborado por la estudiante Priscilla Alexandra Fonseca Quirós, cédula 1-1584-0861, para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

Corregí el trabajo en aspectos, tales como: construcción de párrafos, vicios del lenguaje que se trasladan a lo escrito, ortografía, puntuación y otros relacionados con el campo filológico, y desde ese punto de vista considero que está listo para ser presentado como Trabajo Final de Graduación, por cuanto cumple con los requisitos establecidos por la Universidad Hispanoamericana.

Atentamente,



MSc. Edgar Rojas González

Carné 2443

ANEXO #3 DEDICATORIA

A Dios, por haberme permitido llegar a este momento y por darme sabiduría en los momentos difíciles y salud para lograr todos los objetivos,

Además, de su infinito amor.

A mis familiares, por apoyarme durante todo el proceso, y por ayudarme

a superar, cada uno de los obstáculos que se me presentaron,

en especial, a mi madre, hermanas y novio.

Las amo

A mi tutora, la cual admiro y le agradezco por tanta ayuda,

durante este proceso.

ANEXO #4 ANÁLISIS DE RESULTADOS DEL PLAN PILOTO

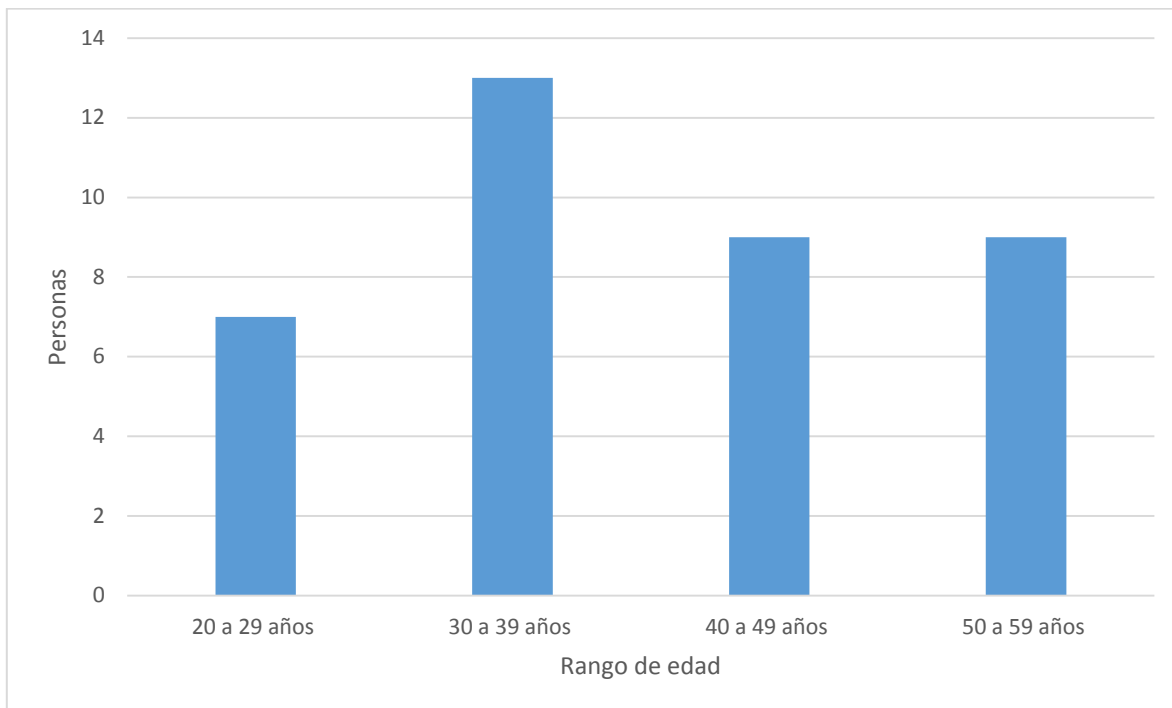


Figura N° 15. Distribución de la población según rango de edad en mujeres de 20 a 65 años, Barrio Jiménez Cartago, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018

El 76% de la muestra corresponde a mujeres de 20 a 49 años y el 24% tienen entre 50 a 59 años de edad.

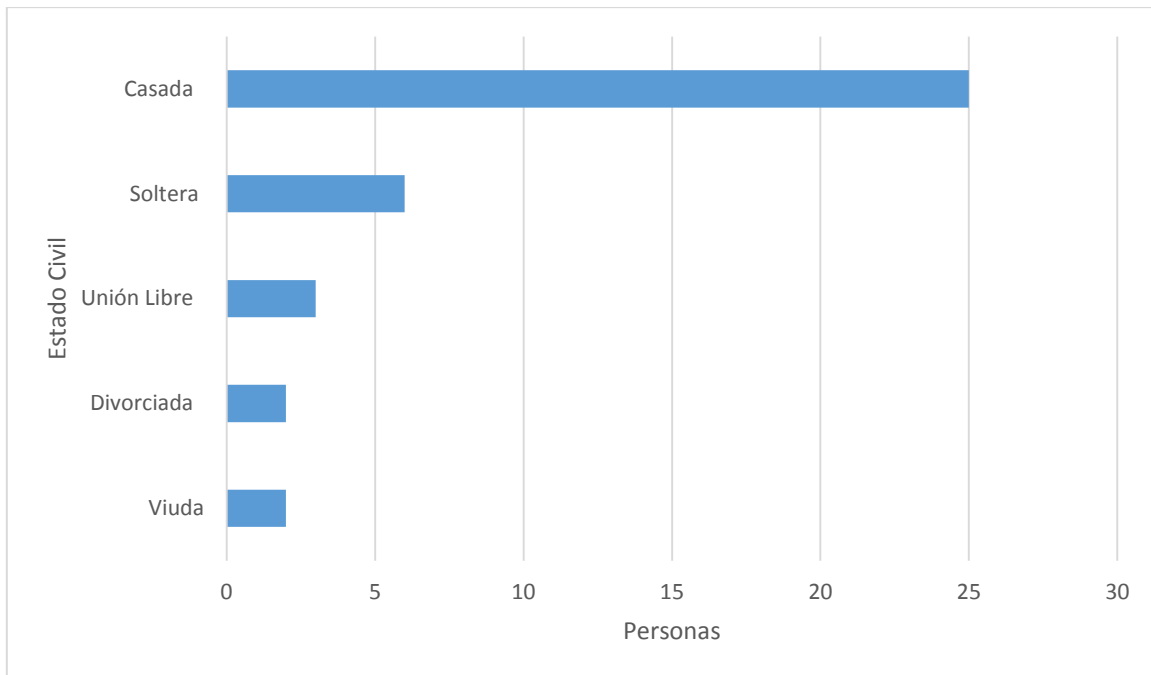


Figura N° 16. Distribución de las mujeres de 20 a 65 años según estado civil, Barrio Jiménez Cartago, 2018. Fuente: Elaboración Propia, 2018

El estado civil del total del plan piloto, el 66% son mujeres casadas, el 16% solteras, el 8% se encuentran en unión libre, 5% están divorciadas y un 5% de la muestra están viudas.

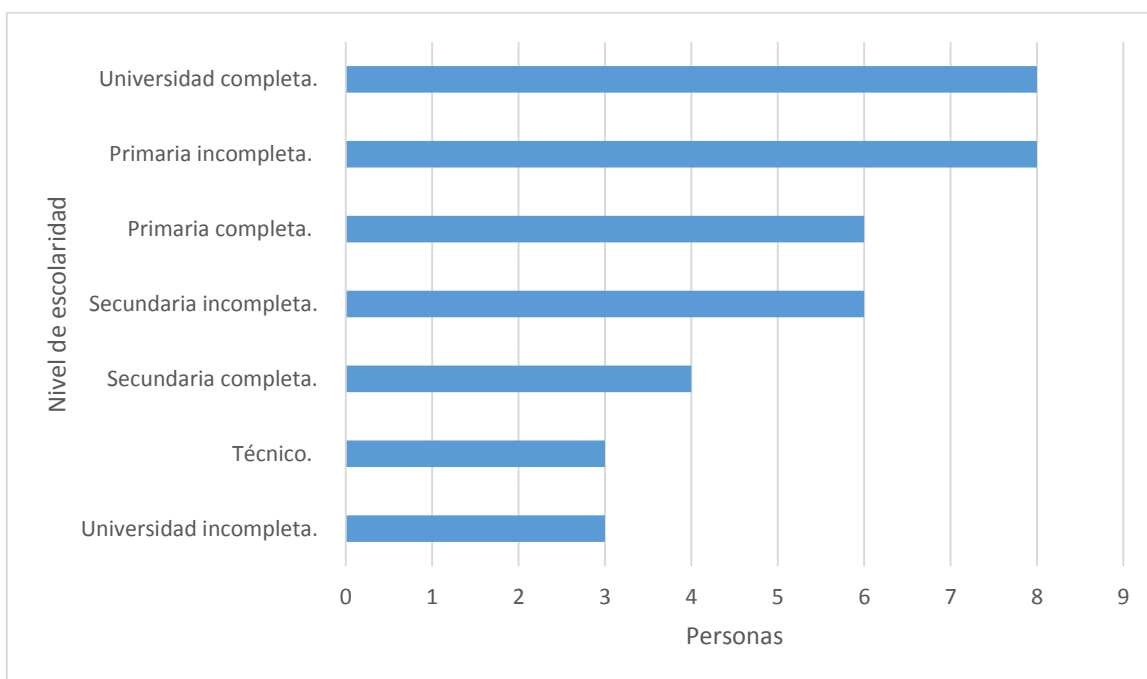


Figura N° 17. Distribución de la población según nivel de escolaridad, para mujeres de 20 a 65 años, Barrio Jiménez, Cartago, 2018. Fuente: Elaboración Propia, 2018.

El 21% del plan piloto cuenta con estudios de universidad completa, y en igual cantidad primaria incompleta, 16% poseen primaria completa y también secundaria incompleta, un 10% secundaria completa, y el 16% restante tienen universidad incompleta y técnico, 8% cada una.

Cuadro N° 8 Distribución según cantidad de embarazos y partos vía vaginal, para mujeres de 20 a 65 años, Barrio Jiménez Cartago, 2018

Cantidad	Embarazos		Partos Vaginales	
	Personas	%	Personas	%
1	15	40	17	45
2	9	24	7	18
3	7	18	4	11
4 o más	7	18	5	13
Otro:	0	0	5	13
	38	100	38	100

Fuente: Elaboración propia, 2018

La cantidad de embarazos del total del plan piloto un 40% sólo han tenido un embarazo, un 24% tuvieron dos gestas, 18% tres embarazos y el 18% de la muestra poseen cuatro o más embarazos. Y según la cantidad de partos vaginales el 45% de la muestra sólo han tenido un parto vía vaginal, el 18% posee dos partos vaginales, 11% de las mujeres tuvieron tres, 13% cuatro o más y del total de encuestadas al 13% se les realizó cesárea.

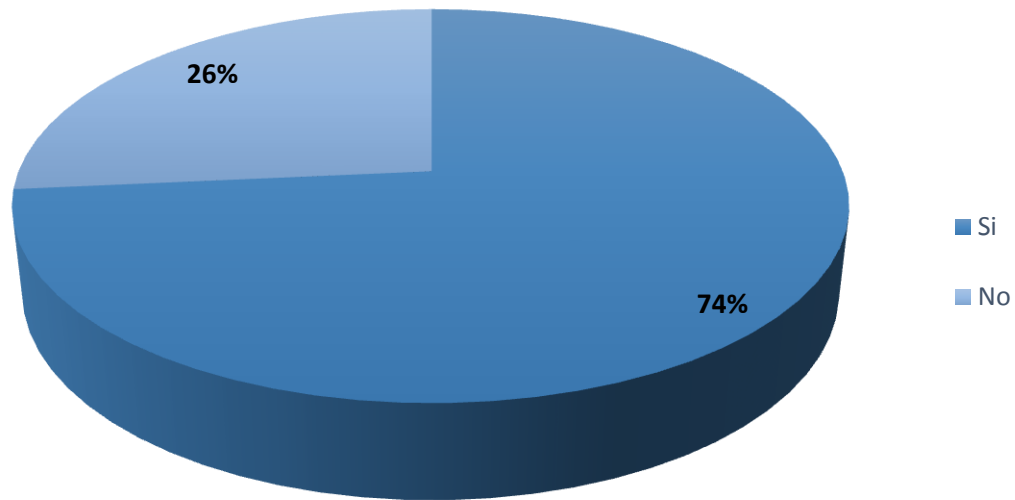


Figura N°18. Distribución de la población según uso de la episiotomía en mujeres de 20 a 65 años, Barrio Jiménez Cartago, 2018. Fuente: Elaboración Propia, 2018

El uso de la episiotomía del 87% de mujeres tuvieron partos vía vaginal, a un 74% se le realizó episiotomía y a un 26% no se le realizó el procedimiento obstétrico.

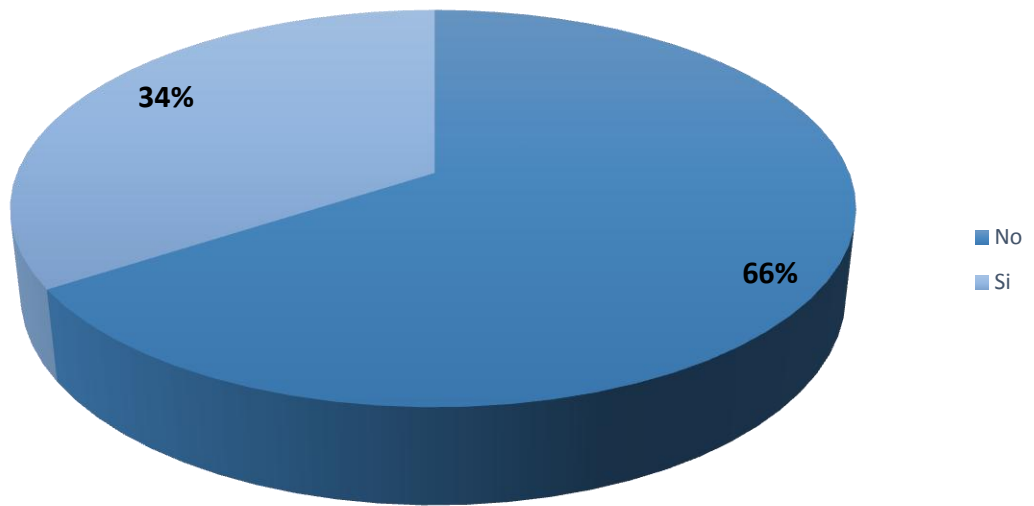


Figura N°19. Distribución de la población según presencia o no de escapes de orina en mujeres, Barrio Jiménez Cartago, 2018. Fuente: Elaboración Propia, 2018

El 66% de las participantes manifiestan que no presentan escapes de orina y un 34% sí tiene escapes de orina.

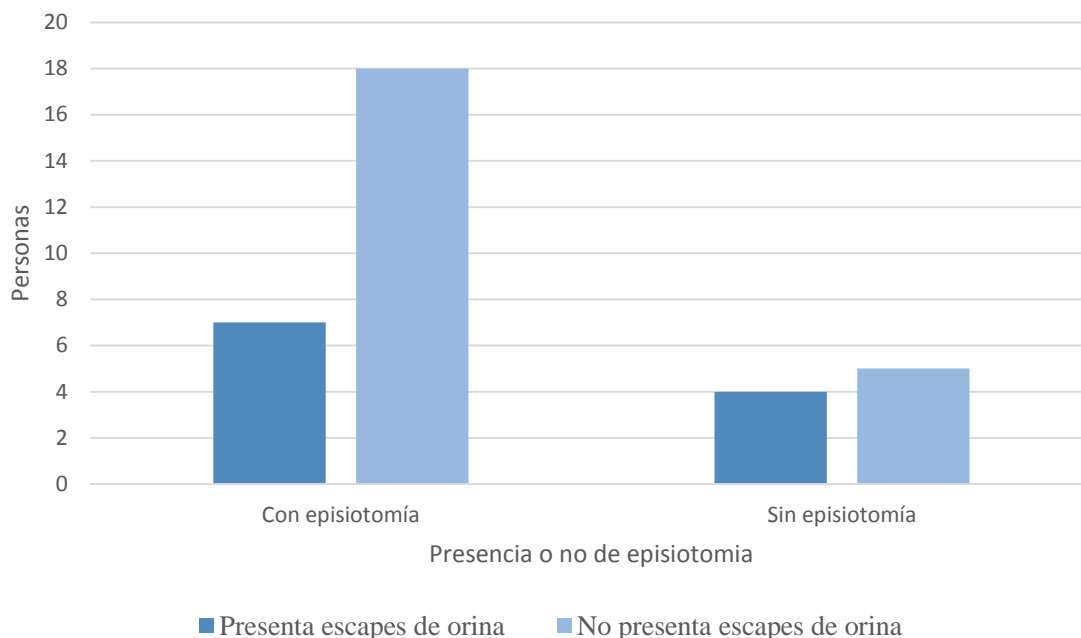


Figura N° 20. Distribución de la población según presencia o no de escapes en mujeres con o sin episiotomía de 20 a 65 años, Barrio Jiménez Cartago, 2018. Fuente: Elaboración Propia, 2018.

Se puede observar que de las que no presentan escapes el 72% le realizan episiotomía, un 20% sí se le realizó el procedimiento y el 8% restante corresponden a mujeres sin partos vía vaginal.

Sin embargo, las mujeres que sí presentan escapes el 54% fue sometida al procedimiento, el 31% no se le realizó la episiotomía y el 15% restante corresponde a mujeres con cesárea.

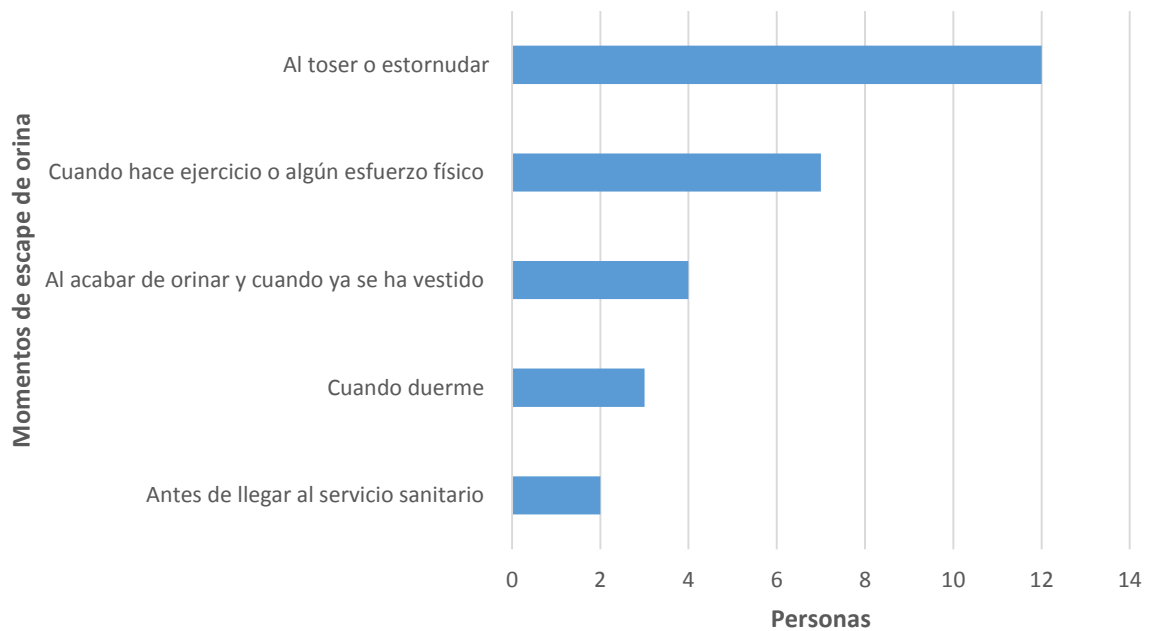


Figura N° 21. Distribución de la población según momentos en los que se presentan escapes de orina en mujeres, Barrio Jiménez, Cartago, 2018. Fuente: Elaboración Propia, 2018

El 34% de las mujeres encuestadas presentan escapes de orina, un 43% los tiene al toser o estornudar, 25% al realizar ejercicio o algún esfuerzo físico, 14% después de miccionar cuando ya se ha vestido, 11% cuando duermen y 7% antes de llegar al servicio sanitario.

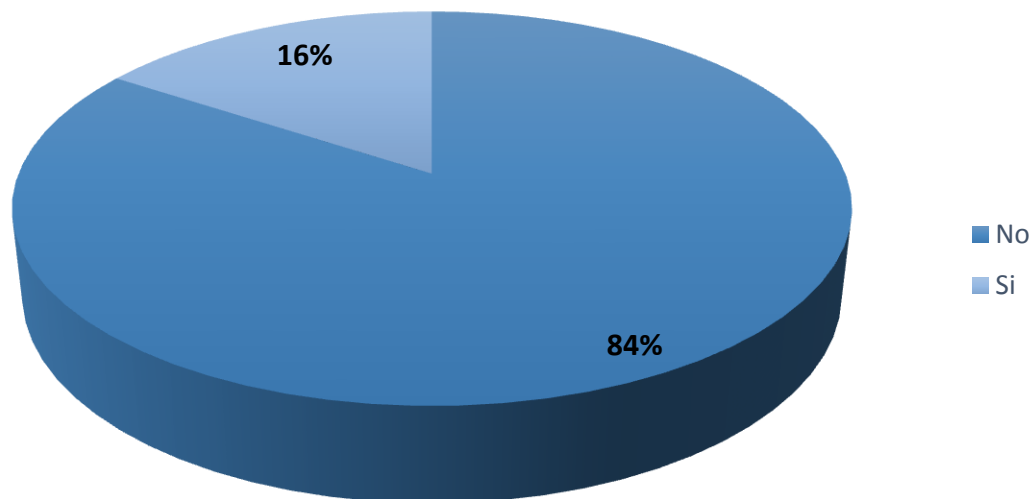


Figura N° 22. Distribución porcentual de la población según la dificultad para miccionar en mujeres de 20 a 65 años, Barrio Jiménez, Cartago, 2018. Fuente: Elaboración Propia, 2018

La dificultad que presenta la mujer al miccionar, un 84% no presenta dificultad mientras un 16% sí la tiene.

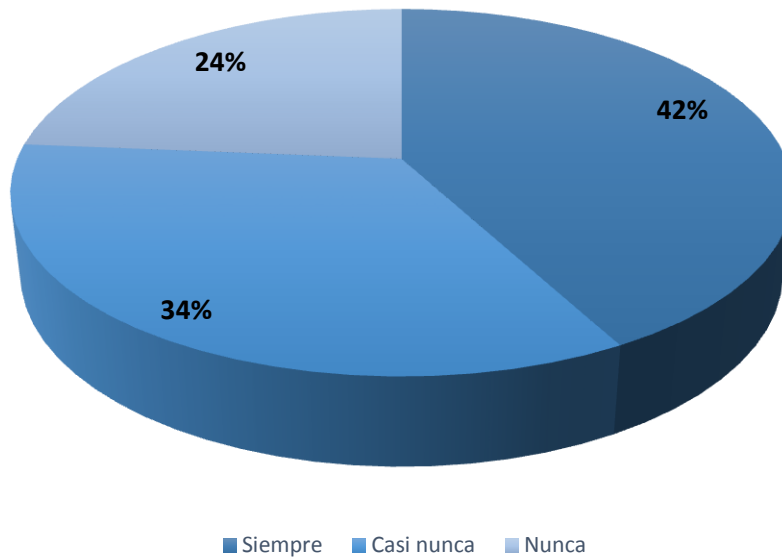


Figura N° 23. Distribución porcentual según frecuencia en que las mujeres asisten al baño más de 8 veces al día en Barrio Jiménez Cartago, 2018. Fuente: Elaboración Propia, 2018

La mayoría de las participantes del estudio indican que casi nunca asisten más de 8 veces por día a miccionar siendo un 34% la muestra, un 42% siempre asisten más de 8 veces al día y 24% indican que nunca van más de 8 veces.

Cuadro N° 9 Distribución de la población según presencia de nicturia, dolor al miccionar y de horas establecidas para miccionar en mujeres de 20 a 65 años, Barrio Jiménez Cartago, 2018

	Nicturia		Dolor		Horas	
	Personas	%	Personas	%	Personas	%
Sí	3	8	4	11	4	11
No	35	92	34	89	34	89
	38	100	38	100	38	100

Fuente: Elaboración Propia

El 92% de la muestra manifiestan que no tienen presencia de nicturia, mientras que un 8% sí la presentan.

La presencia de dolor al miccionar no la presenta el 89%, sólo el 11% sí tiene dolor.

El 89% del total de la muestra indican que poseen horas establecidas para miccionar mientras que el 11% no tiene horas.

Cuadro N° 10 Distribución según frecuencia en que la mujer siente ganas de miccionar, cuanto se ha debilitado el chorro urinario y la cantidad de orina que pierden. Barrio Jiménez

Cartago, 2018

Frecuencia	Ganas de miccionar		Chorro Urinario		Pérdidas de orina	
	Personas	%	Personas	%	Personas	%
Poco	20	53	10	26	10	26
Mucho	17	44	2	5	1	3
Muy poco	1	3	0	0	10	26
Nada	0	0	26	69	17	45
	38	100	38	100	38	100

Fuente: Elaboración Propia

Del total de las encuestadas 53% indica que la frecuencia con la que siente ganas de miccionar es poca, 44% mucha y el 3% con muy poca frecuencia. Con respecto al chorro urinario el 69% de la muestra manifiesta que el chorro urinario no se le ha debilitado, el 26% en poca cantidad y el 5% mucha cantidad. Además, las mujeres manifiestan que el 26% pierden poca cantidad de orina, 26% muy poca y 3% mucha cantidad y 45% no pierden orina.

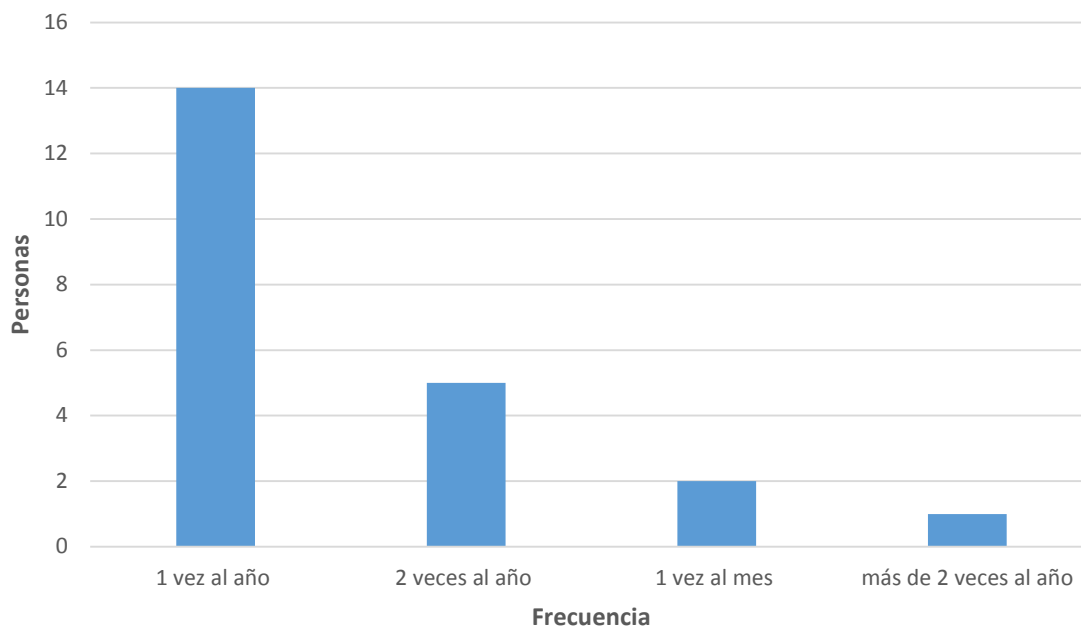


Figura N° 24. Distribución de la población según frecuencia en la presentan infecciones urinarias las mujeres de 20 a 65 años, Barrio Jiménez Cartago, 2018. Fuente: Elaboración Propia, 2018

El 57% de las mujeres presentan infecciones urinarias con la siguiente frecuencia: el 63% las presenta 1 vez al año, el 23% 2 veces al año, 5% más de 2 veces al año y el 9% 1 vez al mes.

Cuadro N° 11 Distribución de la población según frecuencia en que las mujeres de 20 a 65 años sienten la necesidad de llegar rápido a miccionar y el uso de pañales, Barrio Jiménez Cartago, 2018

Frecuencia	Necesidad llegar rápido		Uso de pañales	
	Personas	%	Personas	%
Nunca	3	8	33	87
Algunas veces	26	68	5	13
Siempre	9	24	0	0
	38	100	38	100

Fuente: Elaboración propia, 2018

El 68% indica que algunas veces sienten la necesidad de llegar rápido al baño, 24% siempre y el 8% nunca siente la necesidad de llegar rápido. Con respecto a la frecuencia con el que las mujeres utilizan pañales el 87% nunca los utiliza, 13% algunas veces.

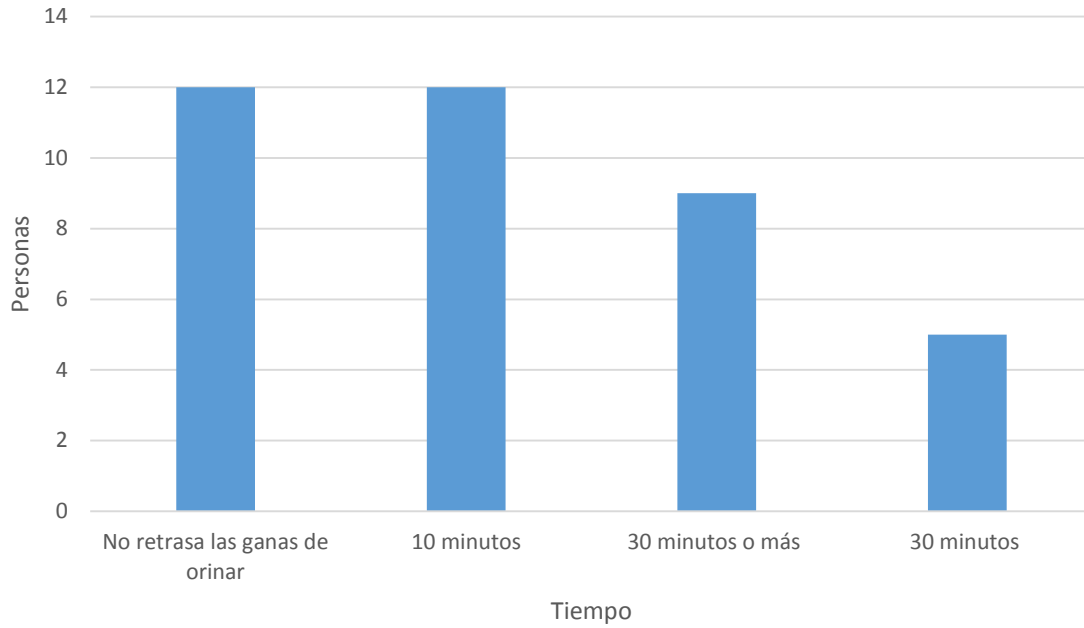


Figura N°25. Distribución según el tiempo que las mujeres de 20 a 65 años posponen al sentir ganas de miccionar, Barrio Jiménez Cartago, 2018. Fuente: Elaboración Propia, 2018

Las mujeres posponen las ganas de miccionar, el 32% no retrasa la micción, el 32% la retrasa por 10 minutos, 24% por 30 minutos o más y el 12% por 30 minutos.

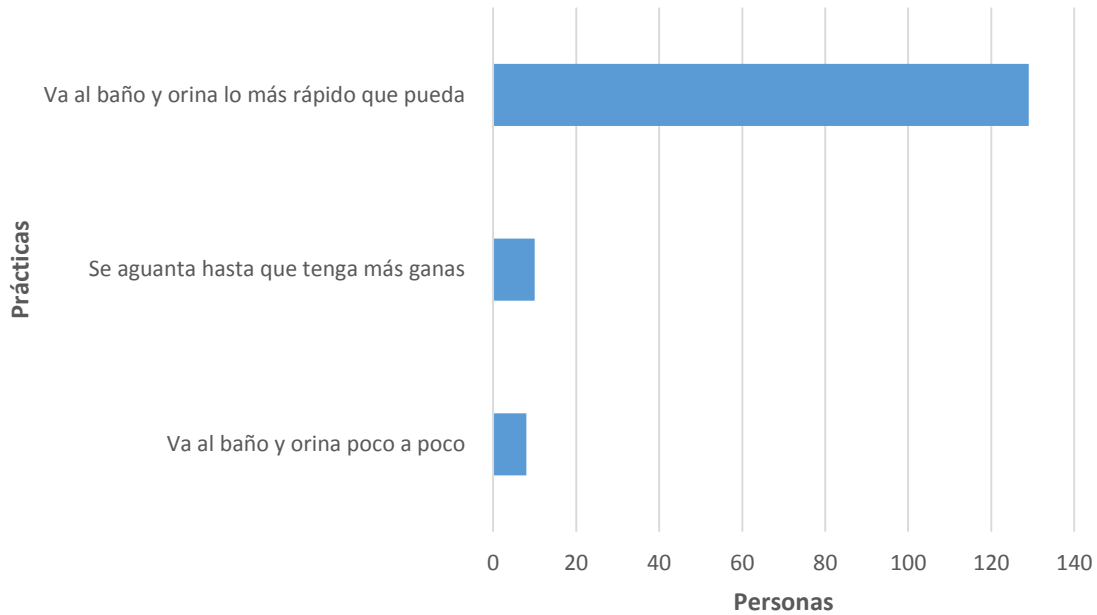


Figura N°26. Distribución de la población según las prácticas que tienen las mujeres de 20 a 65 años cuando sienten ganas de miccionar, Barrio Jiménez Cartago, 2018. Fuente: Elaboración Propia, 2018

Las prácticas que tienen las mujeres al momento de ir a miccionar es: 53% va al baño y orina lo más rápido que pueda, el 26% se aguanta hasta que tenga más ganas y el 21% va al baño y orina poco a poco.

Cuadro N° 12 Distribución de la población según la educación, conocimiento y realización de los ejercicios de Kegel y la valoración previa a la episiotomía, Barrio Jiménez Cartago, 2018

	Educación sobre Kegel		Valoración para la episiotomía		Conocimiento sobre Kegel		Realización de Kegel	
	Personas	%	Personas	%	Personas	%	Personas	%
Sí	4	11	1	3	10	26	4	40
No	34	89	37	97	28	74	6	60
	38	100	38	100	38	100	10	100

Fuente: Elaboración Propia

El 89% de la muestra manifiestan no haber recibido educación en la consulta prenatal y posterior al parto sobre ejercicios para el fortalecimiento del piso pélvico y el 11% sí obtuvo información.

El 97% del total de la muestra indican que no se les realizó una valoración previa para saber si necesitaban episiotomía o no, y al 3% sí se le realizó la valoración

El conocimiento que las mujeres tienen sobre los ejercicios de Kegel para el fortalecimiento del suelo pélvico el 74% manifiesta no conocer los ejercicios y el 26% sí los conocen. Sin embargo, del 26% del total de la muestra que conoce que son los ejercicios de Kegel el 60% no los practica mientras que el 40% sí los realiza.

ANEXO #5 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: Signos y síntomas de incontinencia urinaria en mujeres con y sin episiotomía en relación con las prácticas de evacuación vesical, Agua Caliente, Cartago 2018

Nombre de la investigadora: Priscilla Fonseca Quirós

Nombre del participante: _____

La presente investigación tiene como objetivo determinar los signos y síntomas de incontinencia urinaria en mujeres con y sin episiotomía (piquete) en relación con las prácticas de evacuación vesical, y forma parte del trabajo final de graduación para optar por grado académico de licenciatura en Enfermería de la Universidad Hispanoamericana en el año 2018. Además se pretende obtener información relacionada con la educación que se le brinda a la mujer en el control prenatal.

Deberá completar el formulario con la información que se le solicita, los requisitos es ser mujer entre los 20 a 65 años de edad, haber tenido uno o más partos vía vaginal y residir en Agua Caliente de Cartago. La participación en este estudio no presenta ningún riesgo para la salud física ni mental, ni la pérdida de la privacidad.

Como resultado de la participación en este estudio, no obtendrá beneficio directo, sin embargo, será posible que los investigadores aprendan más acerca de la valoración y educación a la mujer embarazada y posterior al parto, con el fin de evitar complicaciones relacionadas con el uso de la episiotomía.

Antes de dar su autorización para este estudio, usted debe haber hablado con la investigadora Priscilla Fonseca Quirós quien debió haber contestado de forma satisfactoria todas sus preguntas. Si quisiera mayor información más adelante, puede obtenerla llamando a la investigadora a cargo al teléfono 8466-9501 en el horario L-V 8am a 5 pm Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Universidad Hispanoamericana al teléfono 2211-3000, de lunes a viernes en el horario de 8 am a 5 pm.

Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho **de negarse a participar o a interrumpir** su participación en cualquier momento. Su participación en este estudio es confidencial por lo que en caso de publicarse los resultados de esta investigación o divulgarse en una reunión científica, se garantiza estrictamente el anonimato de todas las personas participantes en el estudio.

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de estudio en esta investigación.

Nombre, cédula y firma del sujeto

Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento

ANEXO #6 CUESTIONARIO DE APLICACIÓN UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA ESCUELA DE ENFERMERÍA

Instrucciones generales: Marque con una X la respuesta pertinente o la que considere se acerque más a su opinión personal. Solo se permite una respuesta por cada pregunta, excepto cuando indique lo contrario.

I Parte. Datos Generales

P1. ¿Qué edad tiene?

1. () 20 a 29 años
2. () 30 a 39 años
3. () 40 a 49 años
4. () 50 a 59 años
5. () 60 a 65 años

P2. ¿Cuál es su nacionalidad?

1. () Costarricense
2. () Nicaragüense
3. () Otra

P3. ¿Cuál es su lugar de residencia?

1. () Jesús Jiménez
2. () Lourdes
3. () Pitahaya
4. () Cocorí

P4. ¿Cuál es su estado civil?

1. () Casada
2. () Soltera
3. () Divorciada
4. () Unión Libre
5. () Viuda

P5. ¿A qué grado académico llego?

1. () Primaria incompleta.
2. () Primaria completa.
3. () Secundaria incompleta.
4. () Secundaria completa.
5. () Técnico.

- 6. Universidad incompleta.
- 7. Universidad completa.

II Parte. Información Ginecológica

P6. Cantidad de embarazos

- 1. 1
- 2. 2
- 3. 3
- 4. 4 o más

P7. Número de partos vaginales (Si su respuesta es otra especifique si fue cesárea, aborto, etc.)

- 1. 1
- 2. 2
- 3. 3
- 4. 4 o más
- 5. otra _____

P8. En alguno de los partos vaginales se le realizó episiotomía (piquete) (si no tuvo partos vaginales pase a la pregunta 10)

- 1. Sí, cuántas veces _____
- 2. No

P9. ¿Cuántas veces se le realizo el piquete?

- 1. 1
- 2. 2
- 3. 3
- 4. 4 o más

III Parte. Signos y síntomas de Incontinencia Urinaria

P10. ¿Presenta dificultad para orinar?

- 1. Sí
- 2. No

P11. ¿Va al baño más de ocho veces al día?

- 1. Siempre
- 2. Casi nunca
- 3. Nunca

P12. ¿Sufre de escapes de orina? (si su respuesta es no pase a la pregunta 16)

1. Sí
2. No

P13. ¿Cuándo presenta escapes de orina? (Puede marcar más de 1)

1. Antes de llegar al servicio sanitario
2. Al toser o estornudar
3. Al reírse
4. Cuando duerme
5. Cuando hace ejercicio o algún esfuerzo físico
6. Al acabar de orinar y cuando ya se ha vestido
7. Sin motivo evidente
8. De forma continua
9. Otra. _____

P14. ¿Cuánto afectan la calidad de vida y relaciones personales los escapes de orina en la escala del 1 al 5, considerando 1 como lo mínimo y 5 como lo máximo.

1. 1
2. 2
3. 3
4. 4
5. 5

P15. ¿Con qué frecuencia pierde orina?

1. 1 vez a la semana
2. 2 o 3 veces a la semana
3. 1 vez al día
4. Varias veces al día
5. Nunca

P16. ¿Sufre de escapes de orina durante la noche?

1. Sí
2. No

P17. ¿Con qué frecuencia siente ganas de orinar?

1. Mucha
2. Poca
3. Muy Poca

P18. ¿Presenta dolor al orinar?

1. Sí
2. No

P19. ¿El chorro urinario se ha debilitado?

1. Mucho
2. Poca
3. Nada

P20. ¿Con qué frecuencia presenta infecciones urinarias?

1. 1 vez al mes
2. 1 vez al año
3. 2 veces al año
4. más de 2 veces al año

P21. ¿Qué tan frecuente siente la necesidad de llegar rápido al baño?

1. Siempre
2. Nunca
3. Algunas veces

P22. ¿Tiene horas establecidas para ir al baño?

1. Sí
2. No

III Parte. Prácticas de evacuación vesical y episiotomía

P23. ¿En la consulta prenatal y citas posteriores al embarazo se le brindo educación acerca de ejercicios para fortalecer el piso pélvico?

1. Sí
2. No

P24. En el control prenatal se le realizó una valoración para saber si usted necesitaba de una episiotomía (piquete)

1. Sí
2. No

P25. Conoce que son los ejercicios de Kegel? (si su respuesta es No pase a la P27)

1. () Sí
2. () No

P26. ¿Realiza usted ejercicios de Kegel?

1. () Sí
2. () No

P27. ¿Cuánto tiempo pospone el ir al baño cuando sienten la necesidad de orinar?

1. () No retrasa las ganas de orinar
2. () 10 minutos
3. () 30 minutos
4. () 30 minutos o más

P28. ¿Cuáles son sus prácticas al momento que siente ganas de orinar?

1. () Se aguanta hasta que tenga más ganas
2. () Va al baño y orina lo más rápido que pueda
3. () Va al baño y orina poco a poco

P29. ¿Qué cantidad de orina pierde habitualmente?

1. () Nada
2. () Muy poca
3. () Moderada cantidad
4. () Mucha cantidad

P30. ¿Necesita usted usar pañales o toallas diariamente por su incontinencia urinaria?

1. () Nunca
2. () A veces
3. () Siempre

¡Muchas Gracias!

