

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

PROGRAMA DE ESTUDIOS DE MEDICINA HUMANA



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO

“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A INCONTINENCIA URINARIA POSTPARTO EN PRIMÍPARAS”

Área de Investigación:

Cáncer y enfermedades no transmisibles

Autor (es):

Br. Pantoja Burga, Kevin Kenyi

Jurado Evaluador:

Presidente: Urteaga Vargas, Patricia

Secretario: Mesta Corcuera, Félix

Vocal: Lozada Caceda, Jorge

Asesor:

Hashimoto Pacheco, Humberto Víctor

Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0445-0503>

Trujillo – Perú

2018

Fecha de sustentación: 2022/08/08

DEDICATORIA

Dedicado a mis padres: Mirna y Grimaldo a quienes siempre los tuve a mi lado de manera absoluta.

También a mi enamorada Helen Lastaunado Icho
que me apoyo en todo momento.

Para mis hermanos Anthony, Steven, Alberto, Dana y Adara.

A mis amigos
quienes me acompañaron ciclo a ciclo,
estudiando y forjando
una gran amistad.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi familia por su amor y confianza en mí para así culminar esta etapa de mi vida de manera satisfactoria.

También expresar mi sincero agradecimiento a mi asesor por su orientación y aporte a lo largo de este trabajo.

ÍNDICE

CONTENIDO

CARATULA.....	1
DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTO.....	3
RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	6
INTRODUCCION.....	7
MARCO TEORICO.....	13
MATERIAL Y METODO.....	15
RESULTADOS.....	25
DISCUSION.....	35
CONCLUSIONES.....	39
RECOMENDACIONES.....	40
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	41
ANEXOS.....	45

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores de riesgo para desarrollar incontinencia urinaria de esfuerzo en pacientes primíparas con antecedente de parto vaginal.

Material y métodos: Fue elaborado un estudio retrospectivo de casos y controles en donde contamos con 99 pacientes primíparas con antecedente de parto vaginal con antecedente de parto vaginal, de acuerdo a los criterios de selección los cuales se obtuvieron en función de la presencia o no de incontinencia urinaria de esfuerzo, han sido calculados el estadígrafo odds ratio y el chi cuadrado.

Resultados: La macrosomía fetal es un factor de riesgo para la incontinencia urinaria de esfuerzo en pacientes primíparas con antecedente de parto vaginal cuya razón de probabilidad obtenida fue de 11,1, siendo esta significativa ($p < 0,05$); el perímetro cefálico aumentado también es un factor de riesgo para la incontinencia urinaria de esfuerzo en pacientes primíparas con antecedente de parto vaginal con antecedente de parto vaginal cuya razón de probabilidad obtenida fue de 4,1 siendo esta significativa ($p < 0,05$); El desgarró perineal también es un factor de riesgo para la incontinencia urinaria de esfuerzo en pacientes primíparas con antecedente de parto vaginal con antecedente de parto vaginal, cuya razón de probabilidad obtenida fue de 8,9, siendo esta significativa ($p < 0,05$); el antecedente de aborto es un factor de riesgo para la incontinencia urinaria de esfuerzo en pacientes primíparas con antecedente de parto vaginal cuya razón de probabilidad obtenida fue de 4,81, siendo esta significativa ($p < 0,05$); Se realizó análisis multivariado reconociendo: macrosomía fetal, perímetro cefálico aumentado, desgarró perineal y antecedente de aborto como factores de riesgo para incontinencia urinaria de esfuerzo en pacientes primíparas con antecedente de parto vaginal.

Conclusión: La macrosomía fetal, perímetro cefálico aumentado, desgarró perineal e historia de aborto son factores de riesgo para incontinencia urinaria de esfuerzo en pacientes primíparas con antecedente de parto vaginal.

Palabras claves: Factores de riesgo, incontinencia urinaria de esfuerzo, primíparas con antecedente de parto vaginal.

ABSTRACT

Objective: To determine the risk factors for developing stress urinary incontinence in primiparous patients with a history of vaginal delivery.

Material and methods: A retrospective case-control study was carried out in which we had 99 primiparous patients with a history of vaginal delivery with a history of vaginal delivery, according to the selection criteria which were obtained based on the presence or absence of stress urinary incontinence, have The statistician odds ratio and chi square have been calculated.

Results: Fetal macrosomia is a risk factor for stress urinary incontinence in primiparous patients with a history of vaginal delivery, whose probability ratio obtained was 11.1, this being significant ($p < 0.05$); increased head circumference is also a risk factor for stress urinary incontinence in primiparous patients with a history of vaginal delivery with a history of vaginal delivery whose probability ratio obtained was 4.1, this being significant ($p < 0.05$); Perineal tear is also a risk factor for stress urinary incontinence in primiparous patients with a history of vaginal delivery with a history of vaginal delivery, whose probability ratio obtained was 8.9, this being significant ($p < 0.05$). ; history of miscarriage is a risk factor for stress urinary incontinence in primiparous patients with a history of vaginal delivery, whose probability ratio obtained was 4.81, this being significant ($p < 0.05$); Multivariate analysis was performed recognizing: fetal macrosomia, increased head circumference, perineal tear and history of abortion as risk factors for stress urinary incontinence in primiparous patients with a history of vaginal delivery.

Conclusion: Fetal macrosomia, increased head circumference, perineal tear, and history of abortion are risk factors for stress urinary incontinence in primiparous patients with a history of vaginal delivery.

Keywords: Risk factors, stress urinary incontinence, primiparous women with a history of vaginal delivery.

I. INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria (IU) es la queja de pérdida involuntaria de orina. Los principales subtipos son IU de urgencia, IU de esfuerzo, IU mixta. La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) es la fuga de orina cuando el paciente tose o estornuda. La IUE es más común en mujeres más jóvenes¹. Las estimaciones de la prevalencia de la IU en las mujeres varían entre un 25% y un 45% en la mayoría de los estudios. La incontinencia urinaria de esfuerzo aislada (IUE) representa la mitad de todas las IU, y la mayoría de los estudios informan una prevalencia del 10% al 39%²⁹.

Los factores de riesgo bien establecidos para la IU incluyen el aumento de la edad, la paridad, la obesidad, los antecedentes de histerectomía y el aumento de la comorbilidad médica². Existe evidencia que reconoce que la perineotomía, el periodo expulsivo prolongado del parto, el parto instrumentado y la edad materna avanzada después del primer parto aumentan las tasas de IUE. El parto vaginal espontáneo se asocia con un aumento de incontinencia urinaria posparto comparado con el parto por cesárea¹¹. Esto quiere decir que debemos intervenir de manera oportuna teniendo como objetivo prevenir y / o tratar la IUE¹².

Anatómicamente el piso pélvico es un sistema complejo interdependiente que se compone de músculo (liso y estriado) y tejido conectivo. El músculo elevador del ano contiene músculo estriado, este viene a ser la porción inferior del piso pélvico y está conformado por el músculo pubococcígeo, ileococcígeo y coccígeo. El pubococcígeo es el componente anterior de los músculos elevadores del ano, se origina en la parte posterior del pubis y se adhiere al cuerpo perineal. Las contracciones tónicas de las fibras musculares tipo 1 (contracción lenta) del pubococcígeo mantienen cerrado el hiato urogenital al

comprimir la vagina, la uretra y el recto hacia el hueso púbico, elevando así los órganos pélvicos. Esto tiene un papel muy importante en la competencia de los esfínteres uretral y rectal, particularmente durante períodos de aumento de la presión abdominal²⁶.

El parto aumenta el riesgo de presentar incontinencia urinaria debido al daño de estructuras importantes del tracto urinario. Durante el parto, el feto empuja hacia abajo causando daño a las estructuras del piso pélvico o los nervios que controlan la función de la vejiga^{9,10}.

El parto vaginal produce tirones abdominales prolongados durante la expulsión fetal ocasionando una denervación limitada del suelo pélvico produciendo una lesión del nervio pudiendo agregándose lesiones del tejido conjuntivo parauretral y estructuras fasciales que en conjunto dan como resultado IUE. La fibrosis y los daños al músculo elevador del ano durante el parto vaginal también pueden contribuir a esta afección²⁷.

Los síntomas de la IUE afectan la calidad de vida, la función sexual e impiden la participación en actividades físicas y de ejercicio y se asocian con depresión mayor, aislamiento social y angustia en mujeres mayores^{7,8}.

Las mujeres a menudo experimentan la IUE como vergonzosa y humillante, lo que resulta en una disminución su bienestar. La IUE también causa considerables costos socioeconómicos⁵. La IUE puede provocar efectos adversos en la salud y relacionarse con la calidad de vida de las mujeres en el periodo posparto. La mayoría de los estudios solo han estimado generalmente los efectos de la IUE en el estado físico general de la salud, sin indagar en los efectos específicos de este trastorno en la salud mental⁶.

Dado que las mujeres con IUE sintomática tienden a buscar más ayuda, los profesionales de la salud son los encargados de formular políticas y los investigadores necesitan cifras de prevalencia fiables para especificar las

causas del problema de salud y ayudar a establecer prioridades y la planificación del tratamiento^{3,4}.

El primer tratamiento que se usa para la IUE son ejercicios para el suelo pélvico y existen pruebas sólidas que demuestran que esta estrategia puede curar o mejorar los síntomas¹³. También hay evidencia de que las intervenciones de este tipo pueden mejorar el conocimiento y las habilidades sobre la IU, lo que sugiere que debería ser una parte rutinaria de las actividades de ejercicio en las mujeres¹⁴. El entrenamiento de los músculos del suelo pélvico se refiere a la realización de contracciones voluntarias repetidas de los músculos del suelo pélvico, de acuerdo con un protocolo que describe la frecuencia, intensidad y progresión de los ejercicios, así como la duración del período de entrenamiento. Un programa de ejercicios de los músculos del suelo pélvico generalmente incluye uno o más conjuntos de ejercicios por día, realizados al menos varios días de la semana, durante al menos ocho semanas²⁹.

Se han desarrollado una variedad de intervenciones posnatales que tienen como objetivo mejorar la actividad física en esta población¹⁷. Las directrices internacionales, alientan a las mujeres a realizar actividad física con regularidad, se recomiendan 150 minutos de actividad física de intensidad moderada a vigorosa por semana, y se recomienda a las mujeres en el posparto que trabajen gradualmente hacia este objetivo alrededor de las cuatro a seis semanas posteriores al parto¹⁵. Estas pautas tienden a fomentar las actividades aeróbicas, el fortalecimiento, el estiramiento y la marcha, pero también incluyen ejercicios del suelo pélvico. El cumplimiento de estas pautas se asocia con una serie de beneficios para la salud, como un mejor bienestar psicológico, una mejor condición cardiovascular y control del peso¹⁶.

La IUE de las mujeres embarazadas siempre ha sido un problema médico clínico preocupante. Si los factores de riesgo no se identifican en el embarazo temprano y los factores de riesgo no se intervienen lo antes posible, el

pronóstico tardío será malo y el costo del tratamiento será alto, lo que traerá una pesada carga para las embarazadas, las familias y sociedad²¹.

Waqjah N, et al (Indonesia, 2019); determinaron los factores que afectan la aparición de IUE posterior al parto; A través de una investigación transversal en madres que experimentaron incontinencia urinaria de esfuerzo 3 meses luego del parto por vía vaginal o cesárea, 84 madres con incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) después del parto vaginal o cesárea se inscribieron en el estudio. Hubo una diferencia significativa entre el modo de parto y la IUE después del parto ($p < 0,05$). El desgarro perineal (grado 1-2), el peso del recién nacido y el perímetro cefálico del recién nacido afectan significativamente la IUE después de una cesárea o vaginal. El desgarro perineal aumenta la IUE después del parto 7 veces en comparación con otros factores (OR = 7.367; IC del 95% = 1.815-29.904)¹⁹.

Langeland S, et al (Escandinavia, 2017); evaluaron la asociación entre la incidencia de incontinencia urinaria seis meses después del parto y factores de riesgo obstétricos únicos, en un estudio de cohorte materno infantil noruego, en 7561 mujeres primíparas que eran continentes antes y durante el embarazo. Los datos se obtuvieron de cuestionarios respondidos en las semanas 15 y 30 del embarazo y 6 meses después del parto. El peso al nacer se relacionó con un riesgo significativamente elevado para presentar incontinencia urinaria seis meses después del parto (3541 - 4180 g; OR 1,4; IC del 95%: 1,2-1,6;> 4180 g: OR 1,6; IC del 95%: 1,2-2,0). Las siguientes combinaciones de factores de riesgo entre mujeres que dieron a luz por parto vaginal espontáneo aumentaron el riesgo de IUE 6 meses luego del parto; peso al nacer ≥ 3540 g y ≥ 36 cm de perímetro cefálico al nacer ($p < 0.05$)²⁰.

Gao J, et al (China, 2021); investigaron los factores relacionados con IUE luego del parto en primíparas en un estudio de casos y controles. Se realizaron

pruebas de regresión logística para identificar los factores relacionados con IUE posparto en primíparas. Se incluyeron un total de 612 primíparas, la incidencia de IUE en primíparas fue 32.03%. Los análisis de regresión logística indicaron que el IMC antes del embarazo ≥ 24 kg / m² (OR: 2,109, IC 95%: 1,042-4,394), diabetes (OR: 2,250, IC del 95%: 1,891-3,544), antecedentes de aborto (OR: 3,909, IC del 95%: 1,187-5,739), parto vaginal (OR: 2,262, IC del 95%: 1,042-4,011), peso del recién nacido ≥ 3 kg (OR: 1,613, IC del 95%: 1,095-2,316) , fueron los factores de riesgo de IUE posparto en primíparas ($p < 0,05$)²¹.

ShiW, et al (Korea, 2019); investigaron la incidencia de incontinencia urinaria posparto precoz en parturientas y los factores de alto riesgo de referencia; en un total de 9 918 parturientas. La prevalencia de incontinencia urinaria a las 6 semanas posparto se investigó mediante un cuestionario. Se investigaron 9 550 parturientas. La prevalencia de incontinencia urinaria fue del 15,53% (1 483/9 550) a las 6 semanas posparto. El análisis de regresión logística multivariante mostró que la cesárea puede reducir el riesgo de incontinencia urinaria comparada con el parto vaginal (OR) = 0,373, P <0,00. La edad ≥ 35 años (OR = 1,803, P = 0,001), antecedentes de cirugía pélvica (OR = 1,260, P = 0,003), IMC ≥ 28 kg / m² durante el embarazo (OR = 1,694, P = 0,025), peso al nacer ≥ 4 kg (OR = 2,307, P = 0,040), y laceración perineal (OR = 1,372, P = 0,035) fueron factores de riesgo independientes de incontinencia urinaria a las 6 semanas posparto²².

1.1 Justificación:

Considerando que la IUE luego del parto es una limitación cuya prevalencia e incidencia es amplia en nuestro medio, siendo responsable de un cambio en el bienestar de las puérperas condicionando un aumento de infecciones, privación funcional, trastornos del estado de ánimo; por ello resulta el afán de explicar los factores que se pueden modificar, en los cuales habría que trabajar y que posibiliten disminuir la aparición de esta enfermedad; considerando que los antecedentes obstétricos durante la edad fértil pueden tener impacto en la aparición de desenlaces adversos, resulta necesario verificar la influencia de estas condiciones por ser variables que podrían controlarse por medio de estrategias educativas; Es necesario explorar los factores de riesgo de IUE posparto para proporcionar evidencia que respalde la prevención y reducción de la IUE²¹. Dado que no hay estudios similares, consideramos efectuar este estudio.

1.2 Problema:

¿Cuáles son los factores de riesgo para desarrollar incontinencia urinaria de esfuerzo en pacientes primíparas con antecedente de parto vaginal?

1.3 Objetivos

Objetivo general:

Determinar los factores de riesgo para desarrollar incontinencia urinaria de esfuerzo en pacientes primíparas con antecedente de parto vaginal.

Objetivos específicos:

Determinar si la macrosomía fetal es factor de riesgo para incontinencia urinaria de esfuerzo en pacientes primíparas con antecedente de parto vaginal.

Determinar si el perímetro cefálico mayor de 35cm es factor de riesgo para incontinencia urinaria de esfuerzo en pacientes primíparas con antecedente de parto vaginal.

Establecer si el desgarro perineal es factor de riesgo para incontinencia urinaria de esfuerzo en pacientes primíparas con antecedente de parto vaginal.

Determinar si la historia de aborto es factor de riesgo para incontinencia urinaria de esfuerzo en pacientes primíparas con antecedente de parto vaginal.

1.4 Hipótesis

Hipótesis nula:

La macrosomía fetal, el perímetro cefálico aumentado, el desgarro perineal y la historia de aborto no son factores de riesgo asociados a incontinencia urinaria de esfuerzo en pacientes primíparas con antecedente de parto vaginal.

Hipótesis alterna:

La macrosomía fetal, el perímetro cefálico aumentado, el desgarro perineal y la historia de aborto son factores de riesgo asociados a incontinencia urinaria de esfuerzo en pacientes primíparas con antecedente de parto vaginal.

II. MATERIAL Y MÉTODOS:

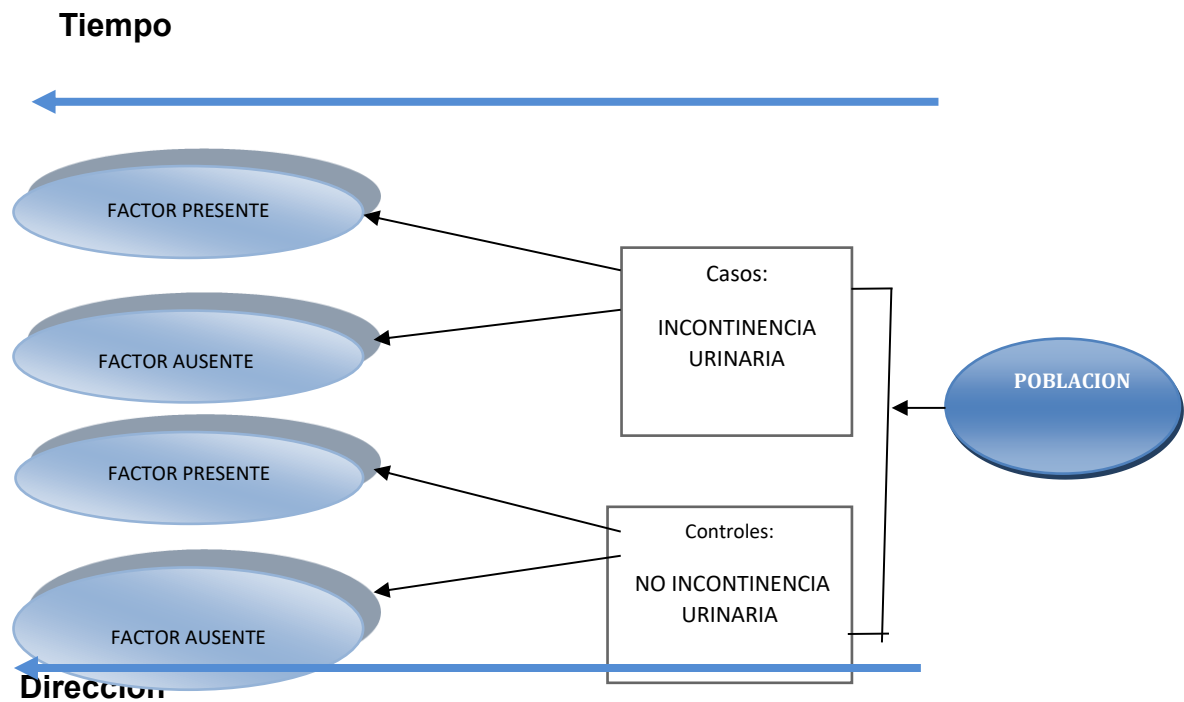
2.1 Modelo de estudio:

El estudio elegido es observacional, de casos y controles, analítico, retrospectivo.

Diseño:

G1	X1,X2,X3, X4,X5
G2	X1,X2,X3, X4,X5

- G1 : Incontinencia urinaria de esfuerzo
 G2: : No incontinencia urinaria de esfuerzo
 X1 : Macrosomía fetal
 X2 : Perímetro cefálico aumentado
 X3 : Desgarro perineal
 X4 : Historia de aborto



2.2 Población

Poblaciones Universo:

Pacientes primíparas con antecedente de parto vaginal atendidas por el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital La Caleta de Chimbote atendidas durante el periodo del 1 de julio hasta el 31 de diciembre del 2021.

Poblaciones de Estudio:

Pacientes primíparas con antecedente de parto vaginal atendidas en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital La Caleta de Chimbote durante el periodo del 1 de julio hasta el 31 de diciembre del 2021 y que hayan cumplido los siguientes criterios de selección:

Selección:

➤ **Criterios de Inclusión para los Casos:**

Pacientes primíparas con antecedente de parto vaginal que presentan incontinencia urinaria de esfuerzo.

Pacientes con edad entre 18 a 35 años.

Pacientes que hayan tenido gestación única.

Pacientes con historias clínicas con información requerida completa.

➤ **Criterios de Inclusión para los controles:**

Pacientes primíparas con antecedente de parto vaginal que no presentan incontinencia urinaria de esfuerzo.

Pacientes con edad entre 18 a 35 años.

Pacientes que hayan tenido gestación única.

Pacientes con historias clínicas con información requerida completa.

➤ **Criterios de exclusión (Ambos grupos):**

Pacientes con antecedente de parto por cesárea.

Pacientes con obesidad.

Pacientes con diabetes.

Pacientes que hayan tenido gestación gemelar.

Pacientes que hayan tenido preeclampsia.

Pacientes con miomatosis uterina.

Muestra:

Unidad de Análisis

Pacientes primíparas con antecedente de parto vaginal atendidas por el Departamento de Gineco Obstetricia perteneciente al Hospital La Caleta de Chimbote durante el periodo entre 1 de julio y 31 de diciembre del 2021 que correspondan con estos criterios de selección.

Unidad de Muestreo

La misma que la unidad de análisis

Tamaño muestral:

Se utilizó la siguiente fórmula de tamaño de muestra para estudios de casos y controles²³:

Fórmula: (RJ, 1987)

$$n_1 = \frac{\left(z_{1-\alpha/2} \sqrt{(1+\varphi)\bar{P}(1-\bar{P})} + z_{1-\beta} \sqrt{\varphi P_1(1-P_1)P_2(1-P_2)} \right)^2}{\varphi(P_1-P_2)^2}; n_2 = \varphi n_1$$

Donde:

φ es el número de controles por caso,

P_1 es la proporción de casos expuestos,

P_2 es la proporción de controles expuestos,

$\bar{P} = \frac{P_1 + \varphi P_2}{1 + \varphi}$ es el promedio ponderado

$z_{1-\alpha/2} = 1,96 =$ Coeficiente de confiabilidad del 95 %

$z_{1-\beta} = 0,8416 =$ Coeficiente asociado a una potencia de la prueba del 80 %

Cálculo de la muestra: Uso de Epidat 4.2 (Referencia: Gao J. Risk factors of postpartum stress urinary incontinence in primíparas. Medicine 2021; 100:20.)

Razón= $416/196 = 2$ esta razón de controles con respecto a casos es 2

P1= 42,86%

P2= 16,35%

Datos:

Proporción de casos expuestos:	42,860%
Proporción de controles expuestos:	16,350%
Odds ratio a detectar:	3,838
Número de controles por caso:	2
Nivel de confianza:	95,0%

Resultados:

Potencia (%)	Tamaño de la muestra*		
	Casos	Controles	Total
80,0	33	66	99

Se necesitaron 33 pacientes primíparas con antecedente de parto vaginal con incontinencia urinaria de esfuerzo y 66 pacientes primíparas con antecedente de parto vaginal sin incontinencia urinaria de esfuerzo en total 99 pacientes primíparas atendidas en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital La Caleta de Chimbote durante el año 2021.

VARIABLE DEPENDIENTE:	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INDICADORES	INDICES
Incontinencia urinaria de esfuerzo	Escape de orina involuntaria generado por el incremento de la presión intraabdominal cuando se tose, ríe o estornuda,	Cualitativa	Nominal	>0 puntos obtenidos en el cuestionario (ICIQ-SF)	Si – No
INDEPENDIENTE:					
Macrosomía fetal	Peso al nacer mayor a 4000 gramos	Cualitativa	Nominal	Peso fetal > 4000 gr	Si – No
Perímetro cefálico aumentado	Perímetro cefálico mayor a 35 centímetros	Cualitativa	Nominal	Perímetro cefálico >35cm	Si – No
Desgarro perineal	Los desgarros de 1º grado se definen como lesiones en la piel del periné con o sin mucosa vaginal. Los desgarros de 2º grado se definieron como una lesión del perineo afectando los músculos perineales exceptuando el esfínter anal. Los desgarros del 3º grado incluyen al esfínter anal externo y 4º grado se define como una lesión de la mucosa rectal ²⁸ .	Cualitativa	ordinal	1 ^{er} Grado 2 ^{do} Grado 3 ^{er} Grado 4 ^{to} Grado	Si-No Si-No Si-No Si-No

Historia de aborto	Corresponde a la historia de aborto en cualquier momento del periodo de edad fértil de la paciente	Cualitativa	Nominal		Si – No
INTERVINIENTES					
Edad materna	Edad de la madre al momento del parto.	Cuantitativa	De Razón		Años
Edad gestacional	Numero de semanas desde la fecha de ultima regla hasta el parto	Cuantitativa	De Razón	< 37 semanas 37 – 41 semanas >42 semanas	Semanas
Procedencia	Lugar del que procede la madre sea esté rural o urbano	Cualitativa	Nominal		Rural Urbano

2.3 Definición operacional de variables:

Incontinencia urinaria de esfuerzo: Constituye el escape de orina involuntaria generado por el incremento de la presión intraabdominal cuando se tose, ríe o estornuda, en el presente estudio se valorará por medio del Cuestionario Internacional de Consulta sobre Incontinencia forma corta (ICIQ-SF) (Anexo 2), cuyo resultado mayor de 0 puntos se considerará IUE¹⁹.

Macrosomía fetal: Peso al nacer mayor a 4000 gramos²⁰.

Perímetro cefálico aumentado: Perímetro cefálico mayor a 35 centímetros.

Desgarro perineal: Se define de acuerdo con la guía Green-top No. 29¹⁶. Los desgarros de 1º grado se definen como lesiones en la piel del periné con o sin mucosa vaginal. Los desgarros de 2º grado se definieron como una lesión del perineo afectando los músculos perineales exceptuando el esfínter anal. Los desgarros del 3º grado incluyen al esfínter anal externo y 4º grado se define como una lesión de la mucosa rectal²⁸.

Historia de aborto: Corresponde a la historia de aborto en cualquier momento del periodo de edad fértil de la paciente²¹.

Edad gestacional: Numero de semanas desde la fecha de ultima regla hasta el parto.

Edad materna: Edad de la madre al momento del parto.

Procedencia: Lugar del que procede la madre sea esté rural o urbano.

Primípara: Para este estudio será una paciente con antecedente de parto por vía vaginal y que haya sido su primer parto.

2.4 Procedimientos y Técnicas

- 1.- En primer lugar, se presentó una solicitud de permiso dirigida al director del Hospital La Caleta de Chimbote para la ejecución del proyecto de investigación y acceder a las historias clínicas y registros computarizados de los pacientes. Se debe tener en cuenta que en este hospital se dan aproximadamente 100 a 150 partos por mes de los cuales 80 a 100 son partos vaginales.
- Obtenida la autorización, se solicitó acceso al Sistema Informático Perinatal (SIP) del cual se seleccionaron las pacientes primíparas con antecedente de parto vaginal del 1 de julio y 31 de diciembre del año 2021 que cumplieron los criterios de selección y se aplicó el estudio a las pacientes que se encontraban entre la sexta semana y sexto mes después del parto.
- Se realizó una entrevista a las pacientes por llamada telefónica y se solicitó su participación en el estudio mediante un consentimiento informado (anexo 3), a las pacientes que aceptaron se les aplicó el Cuestionario Internacional de Consulta sobre Incontinencia forma corta (ICIQ-SF) por llamada telefónica sin ningún problema en la comunicación (Anexo 2).
- Se obtuvieron los resultados de dicho cuestionario diferenciando las pacientes primíparas con antecedente de parto vaginal con incontinencia urinaria de esfuerzo o sin incontinencia urinaria de esfuerzo, después se distribuyeron a las pacientes a nivel de casos y controles a través de un muestreo aleatorio simple.

- Posteriormente se revisaron las historias clínicas de los pacientes seleccionados para obtener los datos necesarios para caracterizar los factores de riesgo en estudio. Así mismo se recogieron los datos correspondientes de las variables intervinientes, los cuales fueron registrados en la ficha de recolección de datos (Anexo1).
- Los datos recolectados fueron trasladados a una base de datos Excel a partir de la cual se hizo un análisis estadístico.

2.5 Plan de análisis de datos (Procesamiento y análisis de la información:

Los datos se procesaron en el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 26.

Estadística Descriptiva:

Fueron encontrados datos de distribución de frecuencias de las variables cualitativas y medidas de centralización y de dispersión de las variables cuantitativas. Los resultados se presentaron en tablas simples y cruzadas con frecuencias absolutas y porcentuales con su respectivo gráfico de barras comparativo.

Estadística Analítica

En el análisis estadístico se hizo uso de la prueba Chi Cuadrado (X^2) para variables cualitativas; las asociaciones fueron consideradas significativas si la posibilidad de equivocarse fue menor al 5% ($p < 0.05$).

Estadígrafo de estudio: Calculamos el odds ratio (OR) de los factores de riesgo en estudio respecto al riesgo de incontinencia urinaria de esfuerzo entre las variables cualitativas. Luego procedimos a realizar el cálculo del intervalo de confianza al 95%. Se realizó el análisis multivariado con regresión logística para las variables intervinientes.

2.6 Aspectos éticos:

El presente estudio estuvo autorizado por el comité de Investigación y Ética del Hospital La Caleta de Chimbote y de la Universidad Particular Antenor Orrego. Dado que fue un estudio de casos y controles se recogieron solo datos del paciente, se guardó la confidencialidad de la información tomando en cuenta la declaración de Helsinki II (Numerales: 11, 12, 14, 15,22 y 23)²⁴ y la ley general de salud (D.S. 017-2006-SA y D.S. 006-2007-SA)²⁵.

III.- RESULTADOS:

Tabla N° 01: Características de pacientes primíparas con antecedente de parto vaginal atendidas en el Hospital La Caleta de Chimbote durante el año 2021:

Variables intervinientes	Incontinencia (n=33)	No incontinencia (n=66)	OR (IC 95%)	Valor p
Edad materna:	22.42 +/- 5.24	20.84 +/- 4.79	NA	0.16
Edad gestacional:	38.24 +/- 2.10	38.59 +/- 2.66	NA	0.37
Procedencia:				
Urbano	25 (76%)	45 (68%)	OR : 1.45 (IC 95% 0.7 – 3.1)	0.28
Rural	8 (24%)	21 (32%)		

FUENTE: Hospital La Caleta de Chimbote - Fichas de recolección: 2021.

Tabla N° 02: Macrosomía fetal como factor de riesgo de incontinencia urinaria de esfuerzo en pacientes primíparas con antecedente de parto vaginal del Hospital La Caleta de Chimbote durante el año 2021:

Macrosomía fetal	Incontinencia urinaria de esfuerzo		Total
	Si	No	
Si	5 (15%)	1 (2%)	6
No	29 (85%)	64 (98%)	93
Total	33 (100%)	66 (100%)	99

FUENTE: Hospital La Caleta de Chimbote - Fichas de recolección: 2021.

- Chi cuadrado: 10.8
- $p < 0.05$.
- Odds ratio: 11.1
- Intervalo de confianza al 95%: (3.2 – 19.7)

Entre la macrosomía fetal y la presencia de incontinencia urinaria de esfuerzo, determinamos asociación a nivel muestral teniéndose el odds ratio > 1 ; se determina la misma asociación a nivel poblacional con un intervalo de confianza al 95% > 1 y por último se determina significancia de esta tendencia cuando comprobamos que la influencia del azar es decir el valor de p es inferior al 5%.

Grafico 1: Macrosomía fetal como factor de riesgo de incontinencia urinaria de esfuerzo de esfuerzo en pacientes primíparas con antecedente de parto vaginal del Hospital La Caleta de Chimbote durante el año 2021:

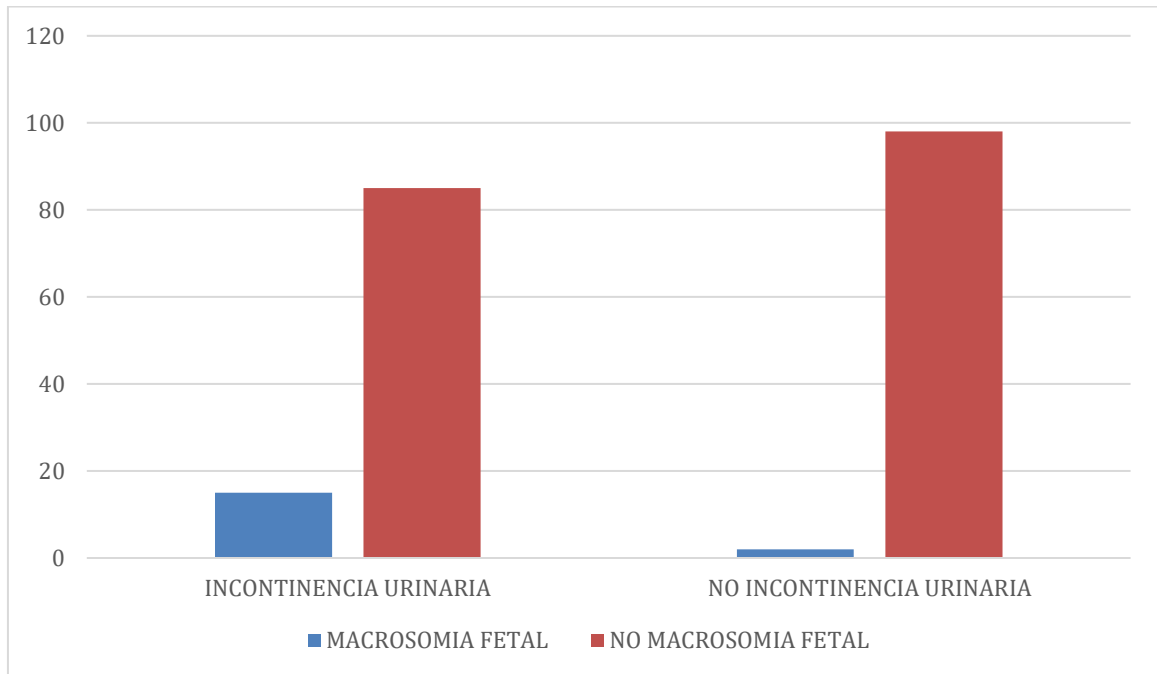


Tabla N° 03: Perímetro cefálico aumentado como factor de riesgo de incontinencia urinaria de esfuerzo en pacientes primíparas con antecedente de parto vaginal del Hospital La Caleta de Chimbote durante el año 2021:

Perímetro cefálico aumentado	Incontinencia urinaria de esfuerzo		Total
	Si	No	
Si	13 (39%)	9 (14%)	22
No	20 (61%)	57 (86%)	77
Total	33 (100%)	66 (100%)	99

FUENTE: Hospital La Caleta de Chimbote - Fichas de recolección: 2021.

- Chi cuadrado: 7.8
- $p < 0.05$.
- Odds ratio: 4.1
- Intervalo de confianza al 95%: (1.7 – 7.8)

Entre el perímetro cefálico aumentado y la presencia de incontinencia urinaria de esfuerzo, determinamos asociación a nivel muestral con un odds ratio > 1 ; se determina la misma asociación a nivel poblacional con un intervalo de confianza al 95% > 1 por último se determina significancia de esta tendencia cuando comprobamos que la influencia del azar es decir el valor de p es inferior al 5%.

Grafico 2: Perímetro cefálico aumentado como factor de riesgo de incontinencia urinaria de esfuerzo en pacientes primíparas con antecedente de parto vaginal del Hospital La Caleta de Chimbote durante el año 2021:

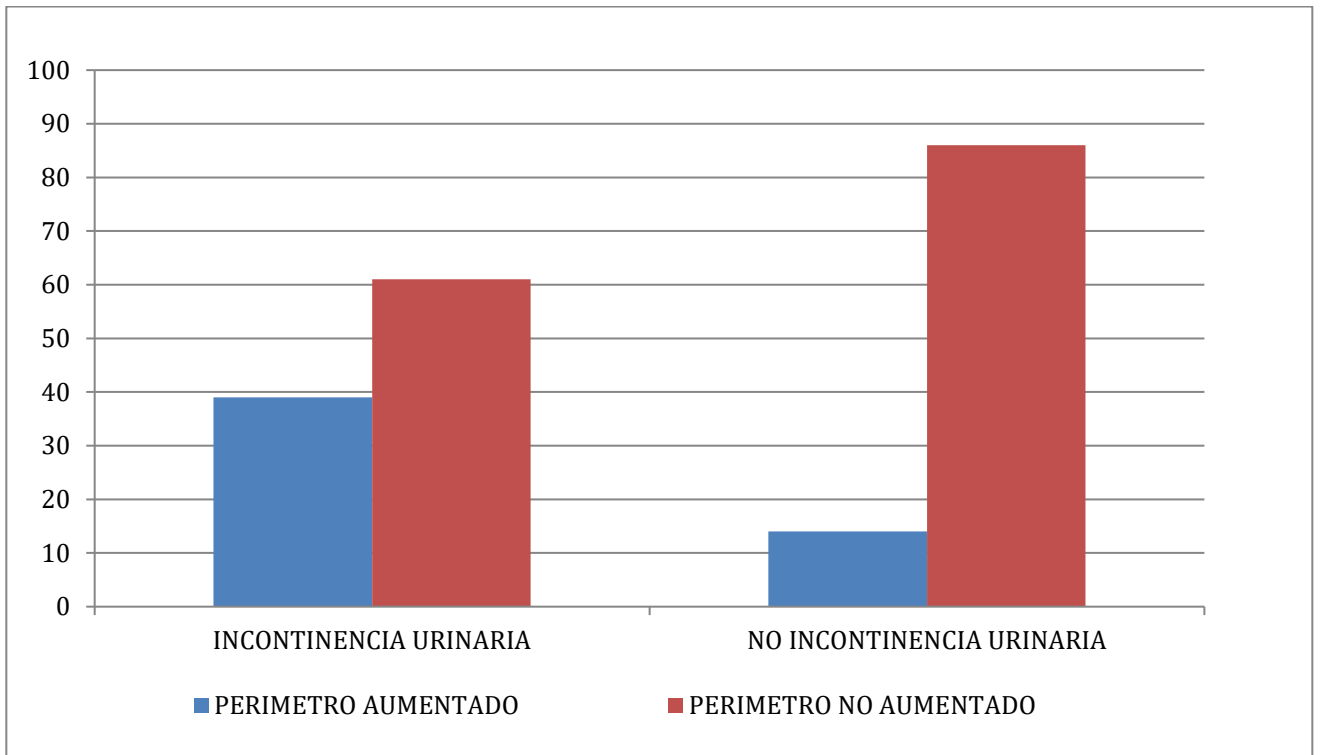


Tabla N° 04: Desgarro perineal como factor de riesgo de incontinencia urinaria de esfuerzo en pacientes primíparas con antecedente de parto vaginal del Hospital La Caleta de Chimbote durante el año 2021:

Desgarro perineal	Incontinencia urinaria de esfuerzo		Total
	Si	No	
Si	4 (12%)	1 (2%)	5
No	29 (88%)	65 (98%)	94
Total	33 (100%)	66 (100%)	99

FUENTE: Hospital La Caleta de Chimbote - Fichas de recolección: 2021.

- Chi cuadrado: 7.1
- $p < 0.05$.
- Odds ratio: 8.9
- Intervalo de confianza al 95%: (2.1 – 17.5)

Entre el desgarro perineal y la presencia de incontinencia urinaria de esfuerzo, determinamos asociación a nivel muestral con un odds ratio > 1 ; se determina la misma asociación a nivel poblacional con un intervalo de confianza al 95% > 1 y por ultimo se determina significancia de esta tendencia cuando comprobamos que la influencia del azar es decir el valor de p es inferior al 5%.

Grafico 3: Desgarro perineal como factor de riesgo de incontinencia urinaria de esfuerzo en pacientes primíparas con antecedente de parto vaginal del Hospital La Caleta de Chimbote durante el año 2021:

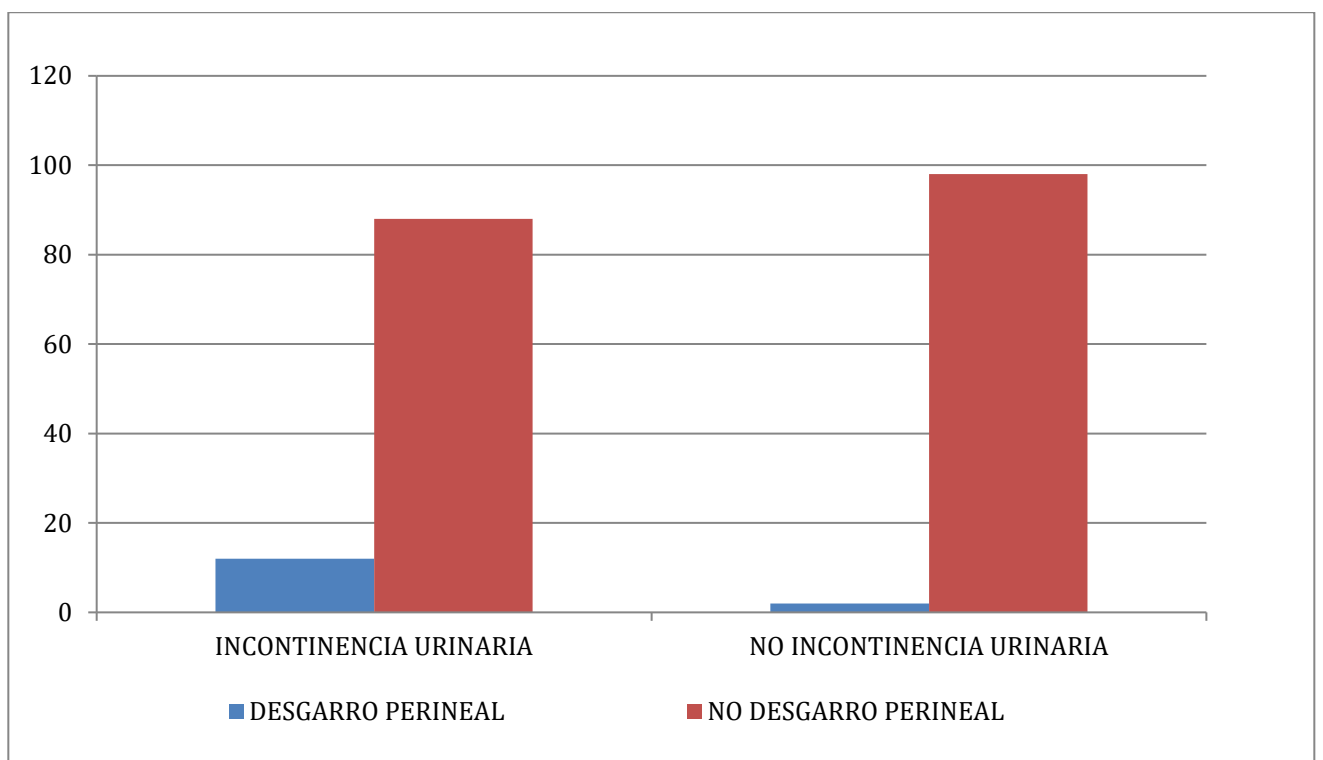


Tabla N° 05: Historia de aborto como factor de riesgo de incontinencia urinaria de esfuerzo en pacientes primíparas con antecedente de parto vaginal del Hospital La Caleta de Chimbote durante el año 2021:

Historia de aborto	Incontinencia urinaria de esfuerzo		Total
	Si	No	
Si	12 (36%)	7 (11%)	19
No	21 (64%)	59 (89%)	80
Total	33 (100%)	66 (100%)	99

FUENTE: Hospital La Caleta de Chimbote - Fichas de recolección: 2021.

- Chi cuadrado: 8.7
- $p < 0.05$.
- Odds ratio: 4.81
- Intervalo de confianza al 95%: (2.2– 8.3)

Entre la historia de aborto y la presencia de incontinencia urinaria de esfuerzo, determinamos asociación a nivel muestral con un odds ratio > 1 ; se determina la misma asociación a nivel poblacional con un intervalo de confianza al 95% > 1 y por ultimo se determina significancia de esta tendencia cuando comprobamos que la influencia del azar es decir el valor de p es inferior al 5%.

Grafico 4: Historia de aborto como factor de riesgo de incontinencia urinaria de esfuerzo en pacientes primíparas con antecedente de parto vaginal del Hospital La Caleta de Chimbote durante el año 2021:

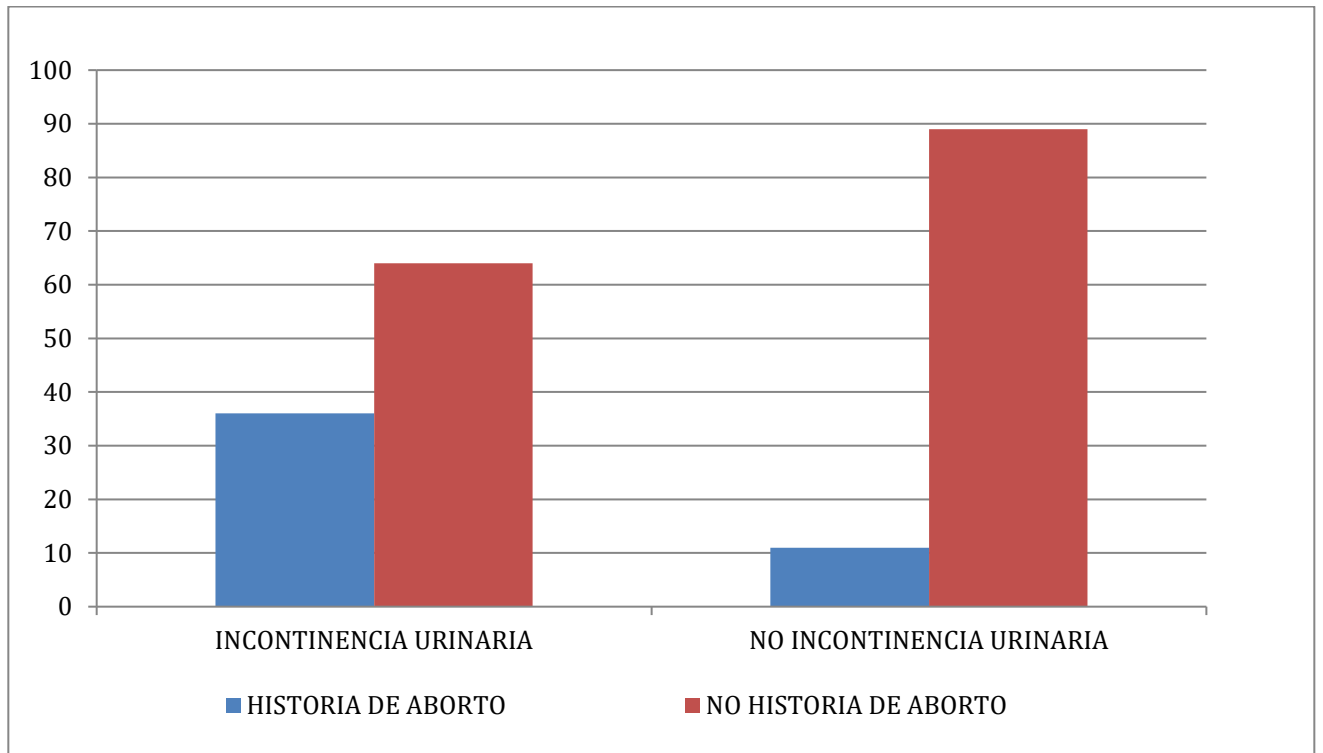


Tabla N° 06: Análisis multivariado de los factores de riesgo para incontinencia urinaria de esfuerzo en pacientes primíparas con antecedente de parto vaginal del Hospital La Caleta de Chimbote durante el año 2021:

Variable	Estadísticos				Valor de p
	OR	IC 95%	Wald	Coefficiente B	
Macrosomía fetal	7.2	(1.9 – 13.4)	8.9	0.89	p= 0.012
Perímetro cefálico aumentado	3.5	(1.3 – 5.5)	8.4	0.86	p= 0.021
Desgarro perineal	6.8	(1.8 – 11.7)	8.6	0.87	p= 0.018
Historia de aborto	3.8	(1.7 – 5.4)	8.2	0.83	p= 0.026

FUENTE: Hospital La Caleta de Chimbote - Fichas de recolección: 2021.

En el análisis multivariado a través de regresión logística se comprueba la significancia del riesgo para las variables: macrosomía fetal, perímetro cefálico aumentado, desgarro perineal e historia de aborto como factores de riesgo para incontinencia urinaria de esfuerzo en pacientes primíparas con antecedente de parto vaginal.

V.- DISCUSIÓN:

Los síntomas de la IUE afectan la calidad de vida, la función sexual e impiden la participación en actividades físicas y de ejercicio y se asocian con depresión mayor, aislamiento social y angustia en mujeres mayores^{7,8}. Dado que las mujeres con IUE sintomática tienden a buscar más ayuda, los profesionales de la salud son los encargados de formular políticas y los investigadores necesitan cifras de prevalencia fiables para especificar las causas del problema de salud y ayudar a establecer prioridades y la planificación del tratamiento^{3,4}. La IUE de las mujeres embarazadas siempre ha sido un problema médico clínico preocupante. Si los factores de riesgo no se identifican en el embarazo temprano y estos no se intervienen lo antes posible, el pronóstico tardío será malo y el costo del tratamiento será alto, lo que traerá una pesada carga para las embarazadas, las familias y sociedad²¹. Los factores de riesgo para desarrollar IUE incluyen la obesidad, la presencia de comorbilidades, la perineotomía, el periodo expulsivo prolongado del parto, el parto instrumentado y la edad materna avanzada en el primer parto con un aumento en las tasas de IUE después del embarazo^{2,12}.

En la Tabla N° 1 son comparadas las variables intervinientes como edad materna, edad gestacional y procedencia sin comprobar diferencias significativas en relación a estas características; estos hallazgos son coincidentes con lo descrito por; Gao J²¹, et al en China en el 2021 y Shi W²², et al en Korea en el 2019; quienes tampoco registran diferencia respecto a la variable edad materna ni edad gestacional entre las pacientes con o sin incontinencia urinaria.

En la Tabla 2 se realiza el análisis bivariado entre macrosomía fetal e incontinencia urinaria de esfuerzo; se confirmó usando la prueba chi cuadrado un efecto de riesgo teniendo el odds ratio de 11.1, el intervalo de confianza

significativo, permitiéndonos concluir que existe asociación entre las variables en estudio, esto puede deberse a que normalmente el útero y el feto en crecimiento pesan únicamente sobre el musculo elevador del ano, lo que contribuye al estrés crónico de este musculo dando como resultado una debilidad muscular, concluyendo que a mayor peso mayor debilidad, esta debilidad causa la movilidad del cuello de la vejiga y la uretra, lo que puede llegar a la incompetencia del esfínter uretral por lo tanto, cuando la presión intraabdominal aumenta al toser, estornudar, reír o moverse, la presión dentro de la vejiga se vuelve mayor que la presión de cierre uretral y el esfínter uretral no es lo suficientemente fuerte para mantener el cierre uretral.

En este caso podemos registrar coincidencia con lo reportado por Shi W, et al en Korea en el 2019 quienes investigaron la incidencia de incontinencia urinaria posparto precoz en parturientas y factores de alto riesgo en 9 918 parturientas; el análisis de regresión logística multivariante mostró que la cesárea puede reducir el riesgo de incontinencia urinaria (OR) = 0,373; además el peso al nacer ≥ 4 kg (OR = 2,307, P = 0,040), y laceración perineal (OR = 1,372, P = 0,035) fueron factores de riesgo²

En la Tabla 3 se realiza el análisis bivariado entre el perímetro cefálico mayor de 35cm e incontinencia urinaria de esfuerzo; se confirmó usando la prueba chi cuadrado un efecto de riesgo con un odds ratio de 4.1, con un intervalo de confianza significativo, permitiéndonos concluir la asociación entre las variables estudiadas debido al descenso y expulsión de la cabeza grande del feto puede lesionar el musculo elevador del ano terminando en un debilitamiento de este, causando movilidad en el cuello de la vejiga y la uretra, lo que lleva a la incompetencia del esfínter uretra.

En la Tabla 4 se realiza el análisis bivariado entre desgarro perineal e incontinencia urinaria de esfuerzo; se confirmó con el uso de la prueba chi cuadrado un efecto de riesgo con un odds ratio de 8.9, con intervalo de confianza significativo, permitiéndonos concluir la asociación entre las variables en estudio debido al daño de estructuras como el nervio pudendo, los zonas

caudales del músculo elevador del ano, fascias; todo este daño debilita el músculo elevador del ano.

Estos resultados son concordantes con el estudio de Waqjah N, et al Indonesia en 2019 donde determinaron los factores que afectan la aparición de IUE de esfuerzo; en una investigación transversal; hubo una diferencia significativa entre el modo de parto y la IUE ($p < 0,05$); el desgarro perineal (grado 1-2), el perímetro cefálico aumentado afectan significativamente la IUE; el desgarro perineal aumenta la IUE después del parto 7 veces en comparación con otros factores (OR = 7.367; IC del 95% = 1.815-29.904)¹⁹.

En la Tabla 5 se realiza el análisis bivariado entre historia de aborto e incontinencia urinaria de esfuerzo; se confirmó con el uso de la prueba chi cuadrado un efecto de riesgo con un odds ratio de 4.81, con un intervalo de confianza significativo, permitiendo concluir que hay asociación entre las variables estudiadas debido a que durante el aborto se producen contracciones uterinas de alta intensidad lesionando y reduciendo la fuerza de musculo elevador del ano aumentando el nivel de debilidad de este musculo después del primer parto.

Observamos hallazgos similares descritos por Gao J, et al China en 2021 donde investigaron los factores relacionados de IUE luego del parto contando con 612 primíparas; la incidencia de IUE en primíparas fue 32.03%. Los análisis de regresión logística indicaron que el antecedente de aborto (OR: 3,909, IC del 95%: 1,187-5,739), parto vaginal (OR: 2,262, IC del 95%: 1,042-4,011), peso del recién nacido ≥ 3 kg (OR: 1,613, IC del 95%: 1,095-2,316), fueron los factores de riesgo de IUE posparto en primíparas ($p < 0,05$)²¹.

En la Tabla 6 se realizó el análisis multivariado a través de regresión logística se corrobora la significancia del riesgo para se corrobora la significancia del riesgo para las variables: macrosomía fetal, perímetro cefálico aumentado, desgarro perineal, parto vaginal e historia de aborto como factores de riesgo

para incontinencia urinaria de esfuerzo en pacientes primíparas con antecedente de parto vaginal.

En este caso podemos registrar coincidencia con lo reportado por Shi W, et al en Korea en el 2019 quienes investigaron la incidencia de incontinencia urinaria posparto precoz en parturientas y factores de alto riesgo en 9 918 parturientas; el análisis de regresión logística multivariante mostró que la cesárea puede reducir el riesgo de incontinencia urinaria (OR) = 0,373; además la masa corporal neonatal ≥ 4 kg (OR = 2,307, P = 0,040), y laceración perineal (OR = 1,372, P = 0,035) fueron factores de riesgo²

VI. CONCLUSIONES

1.-La macrosomía fetal es factor de riesgo de incontinencia urinaria esfuerzo en pacientes primíparas con antecedente de parto vaginal.

2.-El perímetro cefálico aumentado es factor de riesgo de incontinencia urinaria de esfuerzo en pacientes primíparas con antecedente de parto vaginal.

3.-El desgarro perineal es factor de riesgo de incontinencia urinaria de esfuerzo en pacientes primíparas con antecedente de parto vaginal.

4.-La historia de aborto es factor de riesgo de incontinencia urinaria de esfuerzo en pacientes primíparas con antecedente de parto vaginal.

5.-En el análisis multivariado se reconocen a las variables: macrosomía fetal, perímetro cefálico aumentado, desgarro perineal e historia de aborto como factores de riesgo para incontinencia urinaria de esfuerzo en pacientes primíparas con antecedente de parto vaginal.

VII. SUGERENCIAS

1.-Es conveniente considerar los hallazgos observados en nuestro análisis con la finalidad de desarrollar estrategias de prevención primaria para el monitoreo oportuno de la aparición de incontinencia urinaria de esfuerzo en esta población de gestantes en particular.

2.-Existe la necesidad de realizar estudios prospectivos y multicéntricos con la expectativa de verificar si las apreciaciones encontradas en nuestra muestra pueden generalizarse a toda la población de gestantes primíparas de nuestra jurisdicción.

3.-Es recomendable evaluar el impacto de otras características tales como variables sociodemográficas, clínicas y analíticas e integrar esta información con la finalidad de caracterizar el riesgo de este desenlace adverso en una población de gestantes primíparas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.-Linde J, Nijman R, Trzpis M, Broens P. Urinary incontinence in the Netherlands: prevalence and associated risk factors in adults. *Neurourol Urodyn*. 2017;36(6):1519–28.
- 2.- Hu JS, Pierre EF. Urinary incontinence in women: Evaluation and management. *Am Fam Physician*. 2019;100(6):339–48.
- 3.-Mendes A, HogaL ,Gonçalves B. Adult women's experiences of urinary incontinence: a systematic review of qualitative evidence. *JBI Database System Rev Implement Rep*. 2017;15(5):1350–408.
- 4.-Gartland D, MacArthur C, Woolhouse H, McDonald E, Brown SJ. Frequency, severity and risk factors for urinary and faecal incontinence at 4 years postpartum: a prospective cohort. *BJOG: Intl J Obstet Gynaecol*. 2017;123(7):1203–11.
- 5.-Johannessen HH, Stafne SN, Falk RS, Stordahl A, Wibe A, Mørkved S. Prevalence and predictors of double incontinence 1 year after first delivery. *Int Urogynecol J*. 2018;29(10):1529–35.
- 6.-Moosdorff-Steinhauser HFA, Berghmans BCM, Spaanderman MEA, Bols EMJ. Prevalence, incidence and bothersomeness of urinary incontinence in pregnancy: a systematic review and metaanalysis. *Int Urogynecol J*. 2021; 6(2):14-18.
- 7.-Wesnes S, Hannestad Y, Rortveit G. Delivery parameters, neonatal parameters and incidence of urinary incontinence six months postpartum: a cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2017;96(10):1214–22.
- 8.-Quiboeuf E, Saurel-Cubizolles MJ, Fritel X. Trends in urinary incontinence in women between 4 and 24 months postpartum in the EDENcohort. *Bjog*. 2016;123(7):1222–8.

- 9.-Qi, X.; Shan, J.; Peng, L.; Zhang, C.; Xu, F. The effect of a comprehensive care and rehabilitation program on enhancing pelvic floor muscle functions and preventing postpartum stress urinary incontinence. *Medicine* 2019, 98, e16907.
- 10.-Lin Y. Persistent stress urinary incontinence during pregnancy and one year after delivery; its prevalence, risk factors and impact on quality of life in Taiwanese women: An observational cohort study. *Taiwan J. Obstet. Gynecol.* 2018; 57: 340–345.
- 11.-Tähtinen R. Long-term risks of stress and urgency urinary incontinence after different vaginal delivery modes. *Am. J. Obstet. Gynecol* 2019; 220: 181.e1–181.e8.
- 12.-Tähtinen R. Long-term impact of mode of delivery on stress urinary incontinence and urgency urinary incontinence: A systematic review and meta-analysis. *Eur. Urol.* 2017; 70: 148–158.
- 13.-Jurazkova M. Association between Stress Urinary Incontinence and Depressive Symptoms after Birth: the Czech ELSPAC Study. *Scientific Reports* 2020; 10:6233.
- 14.-Dumoulin C, Cacciari L, Hay E. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;10:CD005654.
- 15.-Xing W, Zhang Y, Gu C, Lizarondo L. Pelvic floor muscle training for the prevention of urinary incontinence in antenatal and postnatal women: a best practice implementation project. *JB I Database System Rev Implement Rep.* 2017;15(2):567–83.
- 16.-Woodley J, Boyle R, Cody J, Mørkved S, Hay E. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;12:CD007471.

- 17.-Saligheh M, McNamara B, Rooney R. Perceived barriers and enablers of physical activity in postpartum women: a qualitative approach. BMC Pregnancy Childbirth. 2016;16(1):131.
- 18.-Asklund I, Samuelsson E, Hamberg K, Umefjord G, Sjöström M. User experience of an app-based treatment for stress urinary incontinence: qualitative interview study. J Med Internet Res. 2019;21(3):e11296.
- 19.-Waqjah N. Risk factors for stress urinary incontinence following vaginal and caesarean delivery. Indones J Obstet Gynecol 2019; 7(1):13-16.
- 20.-Langeland S. Delivery parameters, neonatal parameters and incidence of urinary incontinence six months postpartum: A cohort study Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica 2017; 96(10)
- 21.-Gao J. Risk factors of postpartum stress urinary incontinence in primíparas. Medicine 2021; 100:20.
- 22.-Shi W. A Study on the Risk Factors for Early Postpartum Urinary Incontinence in Chengdu. Sichuan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban 2019;50(4):598-603.
- 23.- RJ,C. (1987). Sample size for testing differences in proportions for the paired-sample design. Biometrics. 43:207-11.
- 24.-Di M. Declaración de Helsinki, principios y valores bioéticos en juego en la investigación médica con seres humanos. Revista Colombiana de Bioética 2015; 6(1): 125-145.
- 25.-.-Ley general de salud. N° 26842. Concordancias: D.S.N° 007-98-SA. Perú : 2012.

26.- Chermansky, C. J., & Moalli, P. A. (2016). Role of pelvic floor in lower urinary tract function. *Autonomic Neuroscience*, 200, 43–48.

27.- živković, k. (2016). Efecto del parto y episiotomía sobre la emergencia de incontinencia urinaria en mujeres: revisión de la literatura. *Acta clinica croatica*, 615–

28.- Gommesen D, Nøhr E, Qvist N, Rasch V. Desgarros perineales obstétricos, función sexual y dispareunia entre mujeres primíparas 12 meses después del parto: un estudio de cohorte prospectivo. *BMJ Open*. 2019; 9 (12): e032368.

29.- Woodley SJ, Lawrenson P, Boyle R, Cody JD, Mørkved S, Kernohan A, et al. Pelvic floor muscle training for preventing and treating urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;5(3):CD007471.

ANEXOS

ANEXO N° 01

Factores de riesgo asociados a incontinencia urinaria de esfuerzo en pacientes primíparas con antecedente de parto vaginal atendidas en el Hospital La Caleta de Chimbote en el año 2021

PROTOCOLO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha..... N°.....

o **DATOS GENERALES:**

Edad: _____

Edad gestacional: _____

Procedencia: _____

II.- VARIABLE INDEPENDIENTE:

Macrosomía fetal: Si () No ()

Perímetro cefálico aumentado: Si () No ()

Desgarro perineal: Grados 1() 2() 3() 4()

Historia de aborto: Si () No ()

III.- VARIABLE DEPENDIENTE:

Incontinencia urinaria de esfuerzo: Si: () No: ()

ANEXO 2: CUESTIONARIO DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

CUESTIONARIO SOBRE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO ICIQ-SF

CONFIDENCIAL

N° del
participante

Iniciales del
participante

___/___/___

FECHA

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

1. Por favor escriba la fecha de su nacimiento: / / (Día/Mes/Año).

2. Usted es(señale cual) ___ mujer _____ varón.

3. ¿Con que frecuencia pierde orina? (marque una)

0 Nunca

1 Una vez por semana o menos.

2 Dos o tres veces por semana

3 Una vez al día

4 Varias veces al día.

5 Continuamente.

4. Nos gustaría saber su impresión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa.

Cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no)

0 No se me escapa nada.

2 muy poca cantidad.

4 Una cantidad moderada

6 mucha cantidad

5. ¿Estos escapes de orina que tiene cuánto afectan en su vida diaria? Por favor marque en un circulo entre el numero 0(no me afecta nada) y 10 (me afecta mucho).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada

mucho

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

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

Muchas gracias por contestar estas preguntas

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este trabajo tiene como fin recopilar información para ser analizada estadísticamente y poder realizar con éxito una investigación, es anónimo y será utilizado en un proyecto de investigación para poder optar el título de médico cirujano, espero acepte usted responder el cuestionario siguiente.

Muchas gracias, Kevin Pantoja Burga