

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

**PARTO VAGINAL COMO FACTOR DE RIESGO PARA INCONTINENCIA
URINARIA DE ESFUERZO DURANTE EL PUERPERIO**

AUTORA: PONCE DIAZ LAURA

ASESOR: DR. JUAN CARLOS ROJAS RUIZ

Trujillo – Perú

2019

MIEMBROS DEL JURADO

Dr. Luis Castañeda Cuba
PRESIDENTE

Dr. Javier Vásquez Alvarado
SECRETARIO

Dr. Javier Alarcón Gutiérrez
VOCAL

Dr. Juan Carlos Rojas Ruiz
ASESOR

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios por ser mi guía y compañero durante toda esta trayectoria, que siempre ha estado conmigo.

Especial dedicatoria a mis padres

Mi padre Carlos, por ser el mejor ejemplo que puedo tener de una persona de bien, con su admirable esfuerzo, nunca ha desmayado sus ganas de verme feliz y desarrollada íntegramente, estoy eternamente agradecida por ello; A mi madre Patty, mi gratitud es infinita porque desde mi nacimiento hasta el día de hoy, ha dedicado su vida entera a mi cuidado y velar por que no me falte nada, sinceramente es indescriptible la admiración que siempre tendré por ella. Este trabajo fue hecho por y para ustedes mis amados padres.

A mi Abuelito Julio Cesar

Que sé que desde el cielo me sigue cuidando y velando para que cumpla cada una de mis metas, estoy eternamente agradecida con él por todas sus enseñanzas y su amor, esto es por ti Cholito.

A mi Familia

A mi tía Miriam, por su inmenso cariño y apoyo incondicional a lo largo de mi carrera universitaria. A mi tía Sonia, por su amor y preocupación en todo momento. Y a mis abuelitas, abuelito y demás tíos, primos y toda mi familia en general, mi más sincero agradecimiento por enseñarme el significado de unión familiar y a nunca olvidar mis raíces de donde provengo.

A mi Amado Dieter

por todos estos años de amor, apoyo, contención y comprensión, por esas palabras de aliento aun en los momentos más difíciles, por ser el amor de mi vida y mi mejor amigo.

AGRADECIMIENTO

A mi asesor Dr. Juan Carlos Rojas Ruiz, por su esfuerzo y dedicación, quien con su conocimiento, experiencia, paciencia y motivación me guió. Agradezco a mis docentes que durante toda mi carrera profesional han aportado en mi formación como profesional y como ser humano.

A los miembros de mi jurado, quienes con sus conocimientos y sabiduría evaluaron mi trabajo.

ÍNDICE

PORTADA

PÁGINAS PRELIMINARES

PÁGINA DE AGRADECIMIENTO

PÁGINA DE DEDICATORIA

| | |
|---------------------------------|----|
| RESUMEN..... | 1 |
| ABSTRACT..... | 2 |
| INTRODUCCIÓN..... | 3 |
| MATERIAL Y MÉTODOS..... | 8 |
| RESULTADOS..... | 15 |
| DISCUSIÓN..... | 20 |
| CONCLUSIONES..... | 24 |
| RECOMENDACIONES..... | 25 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 26 |
| ANEXO..... | 30 |

I. RESUMEN

OBJETIVO: Determinar si el parto vaginal es factor de riesgo para incontinencia urinaria de esfuerzo durante el puerperio.

MATERIAL Y MÉTODO: Tuvo un diseño analítico, observacional, longitudinal, cohortes prospectivo. La población estuvo constituida por 213 puérperas atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Regional Docente de Trujillo, según criterios de inclusión y exclusión establecidos, se distribuyó en dos grupos: 71 por parto vaginal y 142 por parto por cesárea, para determinar la presencia de incontinencia urinaria en el periodo del puerperio, se empleó el cuestionario internacional de incontinencia urinaria.

RESULTADOS: se realizó un estudio desde octubre 2018 a febrero del 2019, en el cual se entrevistaron a 213 pacientes que fueron divididas en 2 grupos: 71 pacientes sometidas a parto vaginal y 142 pacientes sometidas a cesárea. Las mujeres que tuvieron parto vía vaginal tienen más riesgo de sufrir Incontinencia Urinaria de esfuerzo en comparación con las pacientes sometidas a cesárea (51% vs 46%), disminuyendo notoriamente en el puerperio inmediato, y en la 1° Semana y a los 42 días, volviendo a incrementarse a valores casi similares a la etapa de Gestación, a excepción de la etapa de puerperio inmediato que las mujeres con parto vía cesárea (18%) presentaron mayor IU que las de parto vía vaginal (7%), encontrándose diferencia significativa en ambos grupos ($p < 0.05$). Así mismo, se encontró que las mujeres expuestas tienen 1.73 veces más probabilidades de sufrir incontinencia urinaria de esfuerzo que las no expuestas (RR= 1.73; IC DEL 95%, 1.687-7.396).

CONCLUSIONES: Las mujeres con parto vía vaginal tienen mayor riesgo de sufrir Incontinencia Urinaria de esfuerzo que las pacientes que fueron sometidas a cesárea.

Palabras Claves: Incontinencia Urinaria de esfuerzo, Puerperio.

II. ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine if vaginal delivery is a risk factor for stress urinary incontinence during the puerperium.

MATERIAL AND METHOD: It had an analytical, observational, longitudinal, prospective cohort design. The population consisted of 213 puerperal women treated in the obstetrics service of the Regional Teaching Hospital of Trujillo, according to established inclusion and exclusion criteria, it was divided into two groups: 71 for vaginal delivery and 142 for cesarean delivery, to determine the presence of urinary incontinence in the puerperium period, the international urinary incontinence questionnaire was used.

RESULTS: a study was conducted from October 2018 to February 2019, in which 213 patients were interviewed and divided into 2 groups: 71 patients undergoing vaginal delivery and 142 patients undergoing cesarean section. Women who had a vaginal delivery have a higher risk of experiencing stress urinary incontinence compared to patients undergoing caesarean section (51% vs 46%), decreasing markedly in the immediate puerperium, and in the 1st week and 42 days, returning to increase to values almost similar to the stage of pregnancy, except for the immediate postpartum period that women with cesarean delivery (18%) had higher IU than vaginal delivery (7%), finding significant difference in both groups ($p < 0.05$). Likewise, it was found that exposed women are 1.73 times more likely to suffer stress urinary incontinence than those not exposed (RR = 1.73, 95% CI, 1,687-7,396).

Conclusions: Women with vaginal delivery are more at risk of experiencing stress urinary incontinence than patients who underwent cesarean delivery.

Key words: Urinary effort incontinence, Puerperium.

III. INTRODUCCIÓN

Según la Sociedad Internacional de Continencia (ICS) define a la incontinencia urinaria como una pérdida involuntaria de orina, objetivamente demostrada y que causa problemas higiénicos y sociales. A su vez, la OMS desde 1998, la contempla como una enfermedad, considerada como consecuencia de la alteración de la fase de llenado vesical que ocurre en diversas enfermedades en las que el paciente refiere como síntoma la pérdida de orina. ^{1,2}

Clínicamente, los tipos de incontinencia urinaria son: incontinencia de urgencia, donde la pérdida involuntaria de orina tiene relación con un deseo intenso y repentino de miccionar sin poder retardar las ganas de orinar; incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), la cual se produce por el incremento rápido de la presión intraabdominal manifestándose como goteo o expulsión de cantidades pequeñas de orina al reírse, toser o realizar algún esfuerzo físico; la incontinencia total, ocurre cuando no hay un control de la orina, ya sea por perder continuamente o expulsar periódicamente el contenido de la vejiga; incontinencia mixta, combina los síntomas de la incontinencia de urgencia y de esfuerzo; incontinencia por rebosamiento, se produce al liberarse pequeñas cantidades de orina para reducir la presión de la vejiga que es mayor a la de la uretra independientemente del aumento de la presión intraabdominal y la incontinencia funcional, que se da por no tener ganas de acudir al urinario a tiempo o por incapacidad física. ³

La incontinencia urinaria, en función del tiempo, se clasifica en incontinencia urinaria transitoria que puede aparecer por complicaciones agudas ocasionadas por alguna enfermedad de base provocando un desequilibrio de los mecanismos de continencia, además de la incontinencia urinaria permanente, que puede aparecer como una consecuencia de una forma transitoria o el inicio de una enfermedad o lesión provocando alteraciones no reversibles. ⁴

De todas las mencionadas, la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) predomina mayormente en la etapa postparto, siguiéndole la incontinencia urinaria mixta y la incontinencia urinaria de urgencia. Está demostrado que la incontinencia

urinaria ocasiona dificultades higiénicas y perjudica a todos los ámbitos del ser humano, tales como: biológico, social y psicológico. ^{1,5,6}

En la conexión existente entre la gestación, puerperio y la incontinencia urinaria, se plantea que la gestación es un factor que predispone a la disfunción del piso pélvico y esto conforma una zona de interés creciente en la investigación epidemiológica. Existen investigaciones sobre la prevalencia de incontinencia urinaria en el puerperio, estos son muy variables y dependen de la clase del estudio y de los factores de la población estudiada. Muchas investigaciones manifiestan una prevalencia de incontinencia urinaria en el post parto entre el 7% y 12%, considerados valores muy elevados en comparación con la prevalencia global de incontinencia urinaria en mujeres en edad fértil pero que no tuvieron un parto. ^{2,3}

Se genera una problemática respecto a la determinación de los factores asociados para la incontinencia urinaria de esfuerzo durante el puerperio, tales como: perímetro cefálico, edad materna, peso materno, episiotomía y el antecedente de haber presentado incontinencia urinaria de esfuerzo. Así mismo, entre todos los factores, se mostró mayor inclinación por la teoría que consiste en que si una paciente tuvo incontinencia urinaria de esfuerzo durante la gestación, esto conlleva a padecer incontinencia urinaria de esfuerzo en el post parto y ésta a su vez se asocia considerablemente a tener incontinencia urinaria de esfuerzo a los 5 años postparto. ⁴

En general, se reconoce que el parto por cesárea previene de la incontinencia urinaria post parto, a pesar que su influencia no está totalmente determinada, se reconoce también que el parto vaginal sería la causa primordial de la incontinencia urinaria post parto. El rol que juegan las características maternas, como: edad, índice de masa corporal (IMC), tabaquismo y las características del feto: el peso y perímetro cefálico en relación a la incontinencia urinaria de esfuerzo en el post parto se determinó que sí intervienen. ⁵⁻⁹

La incontinencia urinaria de esfuerzo es más usual durante el embarazo que antes de éste (7% y 60%) con mayor incidencia en el tercer trimestre, pero en general la evolución es favorable con una resolución espontánea en la gran mayoría. Sin embargo, el haber iniciado con incontinencia urinaria de esfuerzo durante el embarazo se piensa que es un factor de riesgo para persistir finalizado éste. ¹⁰⁻¹²

Además, el padecer incontinencia urinaria de esfuerzo en la gestación o puerperio desencadena un mayor riesgo de síntomas genitourinarios de larga duración, hasta 12 años después de ocurrido el parto. ¹³

Sotelo A. (México, 2013), ejecutó una investigación en 274 pacientes con de más de 20 semanas de gestación, mayores de 18 años, de las cuales 112 (40.87%), tuvieron incontinencia urinaria en el embarazo; predominando la incontinencia urinaria de esfuerzo. Este estudio considera los factores de riesgo principales para incontinencia urinaria de esfuerzo en el embarazo, tales como: el grupo etario, multiparidad, el peso materno, antecedente de realizar actividad física extenuante. La gran parte de estas pacientes (48.21%) señalaron tener por lo menos una vez al mes incontinencia urinaria, con un grado leve en el 63.29% de los casos².

Ruiz R. (España, 2014), realizó un estudio longitudinal, de cohortes constituido por 477 gestantes que abarcó desde que empezó el embarazo hasta seis meses después del parto vía vaginal, seleccionadas mediante muestreo consecutivo. Tuvo como finalidad detallar la influencia de la incontinencia urinaria de esfuerzo en las puérperas a través de la valoración de su prevalencia y persistencia a los 6 meses del parto y el impacto que deja en su calidad de vida, además de determinar los factores de riesgo con especial énfasis en aquellos que pueden ser modificables y la atención ofrecida. Como hallazgo se tiene: un 21.4% de mujeres que no padecieron incontinencia urinaria al comienzo de su embarazo, pero luego de éste presentaron incontinencia urinaria a los seis meses post parto. Cuando el peso del recién nacido fue mayor a 3.5 kg incrementó 2.54

veces la incidencia de incontinencia urinaria de esfuerzo; si la madre no pudo recuperar el peso con el que inició su gestación entonces incrementó 1.10 veces, si no realizó ejercicios del piso pélvico en el post parto la incidencia de incontinencia urinaria de esfuerzo incrementó 2.7 veces. ¹⁴

Orihuela J. (Perú, 2015), hizo una investigación de tipo prospectivo en el cual incluyeron a 300 mujeres que habían tenido uno o más partos vaginales, cuyo resultado fue que 32 pacientes presentaron incontinencia urinaria de esfuerzo en el puerperio. Al tener los resultados de este estudio se determinó que las características relacionadas a la incontinencia urinaria fueron: paridad, peso del recién nacido, infección del tracto urinario, atención de parto en centro de salud y por un médico general. La episiotomía profiláctica y la atención de parto en un nosocomio parece ser favorable ya que se determinó que tiene menor relación con la incontinencia urinaria. ¹⁵

Díaz F. (Cuba, 2017), tuvo como objetivo, valorar la prevalencia de incontinencia urinaria en puérperas que tuvieron su alumbramiento en el hospital Regional de Antofagasta, Chile. El estudio se desarrolló en marzo y abril del 2016. Fue un estudio descriptivo transversal, que comprendió a 115 mujeres a las que se aplicó la *International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form* (ICIQ-SF) aprobada por la población chilena. Resultados: la prevalencia de incontinencia urinaria de esfuerzo fue de 72.1%, ligeramente aumentado entre multíparas 75.4%, y aquellas que tuvieron parto vaginal 72.8%. Las madres con incontinencia urinaria tuvieron recién nacidos con peso 3486 gramos, talla: 50.7 cm, siendo un promedio mayor que las mujeres sin incontinencia. ³

La incontinencia urinaria en el puerperio es de gran interés por parte de los profesionales de la salud, debido a que su prevalencia se viene incrementando a medida que pasan los años, demostrándose mediante diversas investigaciones que, el parto por vía vaginal predispone a la incontinencia urinaria post parto y que ésta afecta todos los ámbitos del ser humano, tanto social, biológico y

psicológico, por lo que los resultados de ésta investigación proporcionará información importante que ayudará a cuantificar el grado de incidencia del parto vaginal para desarrollar incontinencia urinaria en el puerperio, así como su duración y qué factores se encuentran asociados a éste.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿El parto vaginal es factor de riesgo para incontinencia urinaria de esfuerzo durante el puerperio?

HIPÓTESIS:

Hipótesis nula (Ho):

Ho: El parto vaginal no es factor de riesgo para incontinencia urinaria de esfuerzo durante el puerperio.

Hipótesis alterna (Ha):

Ha: El parto vaginal es factor de riesgo para incontinencia urinaria de esfuerzo durante el puerperio.

OBJETIVOS:

Objetivo General:

Determinar si el parto vaginal es factor de riesgo para incontinencia urinaria de esfuerzo durante el puerperio.

Objetivos Específicos:

- Describir la incidencia de incontinencia urinaria de esfuerzo en puérperas por parto vaginal.
- Determinar la incidencia de incontinencia urinaria de esfuerzo en puérperas por parto por cesárea.
- Comparar la incidencia de incontinencia urinaria de esfuerzo de puérperas por parto vaginal versus puérperas de parto por cesárea.

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

- **POBLACIÓN UNIVERSO:**

Puérperas atendidas en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo octubre 2018 – febrero 2019.

- **POBLACIÓN DE ESTUDIO:**

Puérperas atendidas en el servicio de Obstetricia del Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo octubre 2018 – febrero 2019.

- **CRITERIOS DE SELECCIÓN:**

- **Criterios de Inclusión:**

- Puérperas con edades entre 16 a 35 años.
- Puérperas primíparas.
- Puérperas sometidas a parto vaginal y/o cesárea electiva.

- **Criterios de Exclusión:**

- Puérperas con obesidad gestacional.
- Puérperas multíparas.
- Parto instrumentado.
- Desgarro perineal.
- Diabetes mellitus gestacional.

MUESTRA:

- **Unidad de Análisis**

Estuvo conformado por cada paciente atendida en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo octubre 2018-febrero 2019, que cumplieron con los criterios determinados en el estudio.

- **Unidad de Muestreo**

Estuvo constituido por el cuestionario respondido por cada paciente que cumplió con los criterios del estudio y que fueron atendidas en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional Docente de Trujillo, este cuestionario fue validado y corresponde al cuestionario internacional de incontinencia urinaria (ICIQ), y será utilizado durante el periodo octubre 2018- febrero 2019. ¹⁶

- **Tamaño muestral:**

Se determinó el número de expuestos y no expuestos realizándose un estudio de cohortes, mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} \sqrt{(c+1)pq} + Z_{\beta} \sqrt{cp_1q_1 + p_2q_2})^2}{c(p_1 - p_2)^2}$$

$$p = \frac{p_1 + cp_2}{1+c}$$

$$q = 1-p$$

α : Probabilidad de cometer Error de tipo I

β : Probabilidad de cometer Error de tipo II

Z: Coeficiente normal asociado a un tipo de error.

p_1 : Proporción de expuestos que presentan el factor de riesgo ($q_1 = 1 - p_1$).

p_2 : Proporción de no expuestos que presentan el factor de riesgo ($q_2 = 1 - p_2$).

c: Número de no expuestos por cada expuesto.

Para el cálculo de la muestra en el presente estudio se consideró una confianza del 95% ($\alpha = 0.05$, $Z = 1.96$), una Potencia de prueba del 80% ($\beta = 0.20$, $Z = 0.842$), una proporción de expuestos del 70% con el factor de riesgo ($p_1 = 0.70$, $q_1 = 0.30$), una proporción de no expuestos del 50% con el factor de riesgo ($p_2 = 0.50$, $q_2 = 0.50$), según literatura, Mallah F, con $c = 2$ no expuestos por cada expuesto ($c = 2$), se obtiene el número de expuestos.

$$p = \frac{0.70 + 2 * 0.50}{3} = 0.566 \quad ; \quad q = 0.433$$

$$n = \frac{(1.96\sqrt{(2+1)pq} + 0.842\sqrt{2p_1q_1 + p_2q_2})^2}{2(p_1 - p_2)^2}$$

$$n = 71$$

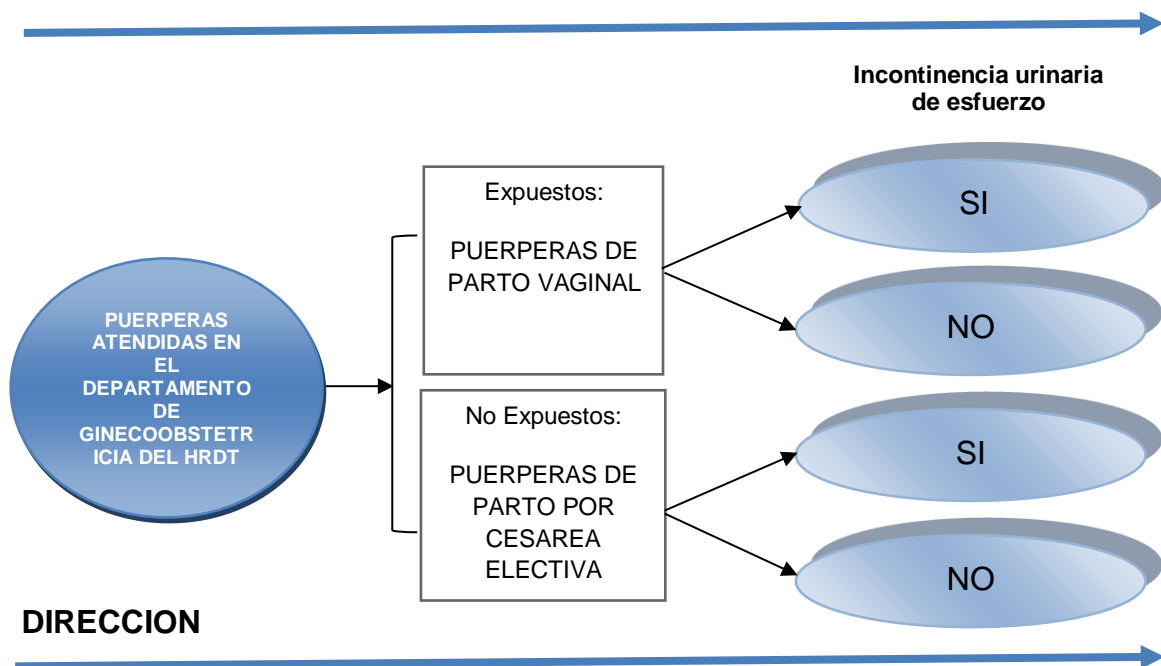
Es decir 71 pacientes con parto vaginal y 142 pacientes con parto vía cesárea.

DISEÑO DE ESTUDIO:

Este estudio corresponde a un diseño analítico, observacional, cohorte prospectivo, longitudinal.

ESQUEMA DEL DISEÑO

TIEMPO



VARIABLES:

Definiciones Operacionales:

- **Incontinencia urinaria de esfuerzo en el puerperio:** pérdida involuntaria de orina en una puérpera desde el momento del parto hasta los 42 días del post parto ocasionado por aumento de la presión intraabdominal al toser, reír o estornudar.¹
- **Vía de parto:** Corresponde al mecanismo empleado para la culminación del parto; ya sea el parto vaginal o el parto por cesárea electiva.¹⁸
 - **Parto vía vaginal:** es la salida del producto de la gestación a través del canal vaginal.¹⁸
 - **Parto vía cesárea electiva:** es la extracción del feto y placenta a través del abdomen. Se considera electiva cuando no está en riesgo la vida del feto o la madre.¹⁸
- **Puerperio inmediato:** comprende las primeras 24 horas de la etapa del post parto.¹⁰
- **Puerperio mediano o propiamente dicho:** abarca del 2do al 7mo día del post parto.¹⁴
- **Puerperio tardío:** se extiende desde el 7mo día hasta los 42 días luego del parto.¹⁴

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

| VARIABLE | TIPO | ESCALA | DIMENSION | INDICADORES |
|---|--------------|----------|---|--|
| RESULTADO: Incontinencia urinaria de esfuerzo | Cualitativa | Nominal | International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ) | - Si > 0 puntos - No < 0 puntos |
| EXPOSICION: Vía de parto | Cualitativa | Nominal | Historia clínica | - Vaginal - Cesárea electiva |
| COVARIABLES | | | | |
| Peso del recién nacido | Cualitativa | Ordinal | Peso | - Bajo peso: menor de 2500 gramos. - Peso normal: 2500 a 4000 gramos. - Macrosómico: mayor de 4000 gramos. |
| Episiotomía | Cualitativa | Nominal | Valoración Clínica | Si – No |
| Edad | Cuantitativa | Discreta | Historia Clínica | Años |
| Talla materna | Cuantitativa | Discreta | Historia Clínica | Centímetros |
| Peso materno | Cuantitativa | Discreta | Historia Clínica | Kilogramos |

PROCEDIMIENTO:

Se solicitó el permiso para la realización de la investigación en el Hospital Regional Docente de Trujillo.

Se hizo entrega del consentimiento informado a cada paciente evaluada (Anexo 1).

La investigación se realizó en 4 oportunidades, la primera, consistió en acudir a los ambientes de Hospitalización del Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional Docente de Trujillo en donde se abordaron a las pacientes que se encuentran en puerperio inmediato y que cumplieron los criterios de selección para ingresar al estudio; luego de ello se definió la presencia o ausencia de incontinencia urinaria es decir se interrogó a la puérpera si presentó incontinencia urinaria durante el embarazo lo cual sirvió para tener una medida basal; la segunda fue en el mismo momento de la primera, pero, se preguntó a la puérpera si presentó o no incontinencia urinaria después del parto; la tercera, consistió en acudir al domicilio de la puérpera cuando se encontraba en su primera semana post parto, y la cuarta, que consistió en acudir al domicilio de la puérpera cuando ya se encontraba en su primer mes post parto. Se aplicó en estas 4 oportunidades, la encuesta internacional de incontinencia urinaria validada y traducida al español (Anexo 2).¹⁶

Cuando la paciente no se encontraba en su domicilio o haya viajado, entonces se le ubicó a través de una llamada telefónica y se le hizo la encuesta ya mencionada.

Se revisó el partograma con el objetivo de identificar la vía de parto utilizada en cada paciente.

Se registró la información respecto a las variables antes mencionadas y la información relacionada con las variables intervinientes consideradas en el análisis; estos datos fueron ingresados en el protocolo de recolección de datos de cada paciente (Anexo 3).

RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN:

Se analizó la información obtenida por medio del paquete estadístico SPSS v 23.0; para lo cual se cubrió el gasto correspondiente para tener acceso a la licencia de uso de este servicio especializado.

- **Estadística Descriptiva:**

Se obtuvo datos de distribución de frecuencias para las variables cualitativas las cuales se presentaron en tablas y gráficos correspondientes.

- **Estadística Analítica**

Se hizo uso de la prueba estadística chi cuadrado; para verificar la significancia estadística; considerándose una asociación significativa cuando los valores de p sean menores a 5% ($p < 0.05$).

- **Estadígrafo propio del estudio:**

Se realizó el cálculo del estadígrafo riesgo relativo entre las variables vía de parto e incontinencia urinaria; así mismo se realizó la estimación interválica del riesgo relativo con una confianza del 95%.

ASPECTOS ÉTICOS:

Nuestro estudio contó con el permiso respectivo del Comité de Investigación del Hospital Regional de Trujillo. Del mismo modo, se contó con la aprobación del Comité de Bioética de la Universidad Privada Antenor Orrego cuya resolución es N° 096-2020-UPAO. Así mismo, se contó con la firma del consentimiento informado específico por parte de las participantes y se mantuvo plena confidencialidad de los datos recabados tomando en cuenta el principio de confidencialidad según lo descrito en la declaración de Helsinki II (Numerales: 11, 12, 14, 15, 22 y 23) y la ley general de salud (D.S. 017-2006-SA y D.S. 006-2007-SA).^{40,41}

V. RESULTADOS

La encuesta fue realizada en el puerperio inmediato con preguntas referentes a su embarazo, la misma se repetía en las primeras 24 horas post parto, a la primera semana y la última al término del puerperio, es decir al finalizar los 42 días del post parto. Antes del término del embarazo las gestantes que terminaron su parto por vía vaginal como por cesárea eran estadísticamente comparables y homogéneos en cuanto a edad, peso materno, talla materna, IMC y peso del recién nacido. Tabla 1.

En el grupo de gestantes cuyo parto concluyó por vía vaginal la incidencia de incontinencia urinaria fue 51%. En las primeras 24 horas el porcentaje de incontinencia urinaria fue 7%, hasta los 7 días fue de 54% y a los 42 días fue 55%. Al realizarse el análisis estadístico mediante la prueba chi cuadrado, se puede observar que existe diferencia significativa sólo en el grupo de las primeras 24 horas ($p < 0.05$), mientras que los otros grupos no presentaron significancia ($p > 0.05$). Tabla 2.

En el grupo de gestantes cuyo parto concluyó por vía cesárea la incidencia de incontinencia urinaria de esfuerzo fue de 46%. En las primeras 24 horas el porcentaje de incontinencia urinaria fue 18%, hasta los 7 días fue 30% y a los 42 días fue 32%. Al realizarse el análisis estadístico mediante la prueba chi cuadrado, se puede observar que existe diferencia significativa entre los grupos ($p < 0.05$), a excepción del grupo en gestación que no presentó significancia ($p > 0.05$). Tabla 3.

Las mujeres que tuvieron parto vía vaginal tienen más riesgo de sufrir incontinencia urinaria de esfuerzo con respecto a las que tuvieron parto vía cesárea, a excepción de la etapa de las primeras 24 horas en el que las mujeres que tuvieron parto vía cesárea (18%) presentaron mayor incontinencia urinaria que las de parto vía vaginal (7%). Sin embargo, se observa que en las dos formas de parto ocurre lo mismo, es decir la incidencia de la incontinencia urinaria de

esfuerzo es mayor en la etapa de Gestación, luego hay una disminución notoria en las primeras 24 horas, hasta los 7 días y a los 42 días después del parto vuelve a incrementarse a una frecuencia casi similar a la de la etapa de gestación. Figura 1.

Durante el embarazo, tanto en el grupo de gestantes que tuvieron parto por vía vaginal como en el grupo de gestantes que tuvieron parto por vía cesárea se encontró una prevalencia de incontinencia urinaria similar (51% vs 46%). Al realizarse el análisis estadístico mediante la prueba chi cuadrado, se puede observar que no existe diferencia significativa entre los grupos ($p= 0.053 > 0.05$).
Tabla 4.

El riesgo relativo fue igual a 1.73, lo que significa que las mujeres expuestas tienen 1.73 veces más probabilidades de sufrir incontinencia urinaria de esfuerzo que las no expuestas y que el intervalo de confianza al 95% fue de 1.687 a 7.396.
Tabla 5.

Tabla 1. Características generales de las mujeres del estudio.

| Características | PARTO VÍA VAGINAL | | PARTO VÍA CESÁREA | | p-valor |
|-----------------------------|-------------------|------|-------------------|------|---------|
| | Promedio | DE | Promedio | DE | |
| | Edad (años) | 23 | 5 | 25 | |
| Peso (kg) | 62.8 | 7.1 | 65.2 | 5.0 | 0.051 |
| Talla (m ²) | 1.54 | 0.05 | 1.54 | 0.05 | 0.131 |
| IMC | 26.6 | 2.5 | 27.3 | 1.4 | 0.065 |
| Peso del Recién Nacido (gr) | 3186 | 419 | 3224 | 421 | 0.634 |
| IU durante la gestación | 51% | - | 46% | - | 0.053 |

DE: Desviación estándar

Tabla 2. Incidencia de incontinencia urinaria de esfuerzo en puérperas por parto vaginal.

| Etapas | PARTO VÍA VAGINAL | | | | | | p-valor |
|-------------------|----------------------------|-----|----------------------------|-----|-------|------|---------|
| | Sin Incontinencia Urinaria | | Con Incontinencia Urinaria | | Total | | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | |
| | Gestación | 35 | 49% | 36 | 51% | 71 | |
| Primeras 24 horas | 66 | 93% | 5 | 7% | 71 | 100% | 0.000 |
| Hasta los 7 días | 33 | 46% | 38 | 54% | 71 | 100% | 0.553 |
| A 42 días | 32 | 45% | 39 | 55% | 71 | 100% | 0.406 |

Tabla 3. Incidencia de incontinencia urinaria de esfuerzo en puérperas de parto por cesárea.

| Etapas | PARTO VÍA CESÁREA | | | | | | p-valor |
|-------------------|----------------------------|-----|----------------------------|-----|-------|------|---------|
| | Sin Incontinencia Urinaria | | Con Incontinencia Urinaria | | Total | | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | |
| | Gestación | 76 | 54% | 66 | 46% | 142 | |
| Primeras 24 horas | 117 | 82% | 25 | 18% | 142 | 100% | 0.000 |
| Hasta los 7 días | 100 | 70% | 42 | 30% | 142 | 100% | 0.000 |
| A 42 días | 97 | 68% | 45 | 32% | 142 | 100% | 0.000 |

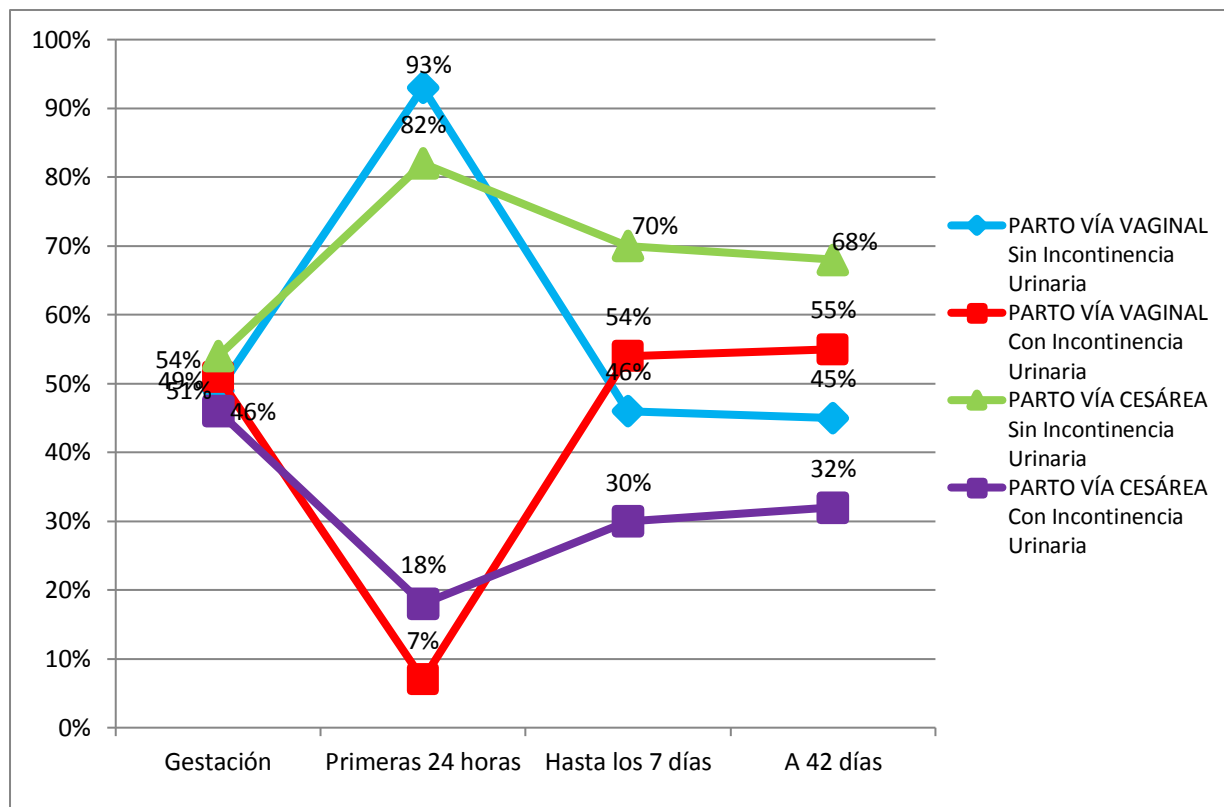


Figura 1. Incidencia de púerperas sometidas a parto vaginal y parto por cesárea con y sin incontinencia urinaria de esfuerzo.

Tabla 4. Comparación de la incidencia de incontinencia urinaria de esfuerzo de púerperas por parto vaginal versus púerperas de parto por cesárea.

| Etapas | Incontinencia Urinaria | | | | p-valor |
|-------------------|------------------------|-----|-------------------|-----|---------|
| | PARTO VÍA VAGINAL | | PARTO VÍA CESÁREA | | |
| | N | % | N | % | |
| Gestación | 36 | 51% | 66 | 46% | |
| Primeras 24 horas | 5 | 7% | 25 | 18% | 0.000 |
| Hasta los 7 días | 38 | 54% | 42 | 30% | 0.655 |
| A 42 días | 39 | 55% | 45 | 32% | 0.513 |

Tabla 5. Riesgo Relativo e Intervalo de confianza sobre la incontinencia urinaria de puérperas por parto vaginal y puérperas de parto por cesárea

| | Enfermos IUE | No Enfermos No IUE | TOTAL |
|--------------------------------|-------------------------|-----------------------------------|--------------|
| Expuestas PV | 39 | 32 | 71 |
| No Expuestas PC | 45 | 97 | 142 |
| TOTAL | 84 | 129 | 213 |

*IUE: Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, PV: Parto Vaginal, PC: Parto por Cesárea

RR= 1.73; 95% IC (1.687 a 7.396)

VI. DISCUSIÓN

La incontinencia urinaria de esfuerzo es la pérdida involuntaria de la orina asociada a un esfuerzo físico provocado por un aumento de presión en la zona intra abdominal, la que se produce cuando la presión intravesical supera la presión uretral, debido a un fallo en los mecanismos de resistencia uretral, como hipermovilidad uretral, descendiendo de su correcta posición anatómica o por deficiencia esfinteriana intrínseca, los cuales pueden ser ocasionados por factores maternos como edad, índice de masa corporal, multiparidad, embarazo y factores fetales como peso y perímetro craneal¹⁹.

A medida que se va desarrollando la gestación se produce una serie de cambios fisiológicos, anatómicos y funcionales en el cuerpo, como cambios en el útero, en las mamas, en el peso, en el sistema cardiovascular, en el aparato urinario, en el tracto digestivo, en el sistema respiratorio, en la piel y en la farmacocinética de medicamentos y drogas, adaptando al organismo de la madre al crecimiento fetal y preparándola para el parto y lactancia, por lo que durante la gestación, la longitud del cuello uterino suele permanecer invariable (2 a 4cm), dándose sólo en el trabajo de parto los fenómenos de acortamiento y borramiento del cuello uterino, así mismo, las paredes vaginales se relajan, el tejido conectivo se hipertrofia y se produce un aumento de la mucosa, produciéndose un aumento de longitud facilitando su distensión durante el parto; ya que, la vejiga en el inicio de la gestación está comprimida por el útero y al final de la gestación por el feto, ocasionando que la vejiga tenga menor capacidad y haga que la mujer realice micciones más frecuentes (polaquiuria), siendo esta frecuencia y urgencia miccional un síntoma que suele aparecer frecuentemente durante el embarazo.

20

En nuestro trabajo encontramos una mayor presencia de incontinencia urinaria de esfuerzo durante la gestación que durante el puerperio. Tanto en el grupo que terminó vía vaginal como el que terminó vía cesárea la incidencia de incontinencia urinaria disminuyó en las primeras 24 horas, hasta los 7 días y a 42 días llegó a valores comparables a los del periodo gestacional, esto puede

explicarse por la presencia de feto y placenta en el útero, lo cual incrementa la presión intraabdominal produciendo la pérdida de orina con el esfuerzo físico y al terminar el embarazo; por lo tanto, al no existir los productos de la gestación, la presión intraabdominal disminuye reflejándose en una caída importante de incontinencia urinaria de esfuerzo²¹, sin embargo hasta los 7 días y a 42 días se observa claramente un aumento progresivo de la incontinencia urinaria de esfuerzo.

A nivel mundial se ha desarrollado innumerables cuestionarios como instrumentos para detectar la Incontinencia Urinaria; sin embargo, el Comité de expertos de la Second International Consultation on Incontinence, creó un nuevo cuestionario modular que incorpora todos los aspectos de la Incontinencia, llamado International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ), con el objetivo de poder utilizarse en estudios de investigación y en la práctica clínica, el cual consta de 3 ítems (frecuencia, cantidad y afectación), más un grupo de 8 preguntas relacionadas con el tipo de incontinencia urinaria que no forman parte de la puntuación del cuestionario y tienen únicamente una finalidad descriptiva y orientadora sobre el tipo de Incontinencia Urinaria.^{16, 22}

La incontinencia urinaria de esfuerzo en la etapa de gestación vía vaginal fue 51%, mientras que en cesárea fue 46%, por ser una población homogénea, es decir ambos grupos cumplen por completo con los criterios de exclusión e inclusión, disminuyendo notoriamente en las primeras 24 horas, hasta los 7 días y a 42 días después, volviendo a incrementarse a valores casi similares a la etapa de gestación, a excepción de la etapa de puerperio inmediato que las mujeres con parto vía cesárea (18%) presentaron mayor IU que las de parto vía vaginal (7%), encontrándose diferencia significativa en ambos grupos ($p < 0.05$).

Estos resultados se asemejan a los encontrados por Rodríguez-Núñez R *et. al.*²³ en el que la incontinencia urinaria de esfuerzo de las mujeres con parto vaginal (39.72%) fue mayor comparado a las de parto por cesárea (27.58%); Martín-

Martín S *et. al.*²⁴ que encontraron que la incontinencia urinaria de esfuerzo es mayor en aquellas mujeres con parto vía vaginal (13.7%) y más baja en aquellas con cesárea (5.4%), después del parto. Lo mismo ocurrió en el estudio realizado por Díaz F *et. el.*²⁵ que encontró que mujeres con parto vaginal (70.4%) tuvieron mayor incontinencia urinaria de esfuerzo que las de parto por cesárea (29.6%), pero comparado con el trabajo anterior, la prevalencia fue mayor, sin embargo, en ambos estudios se encontró diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$); por otro lado, Li *et. al.*²⁶ estudiaron la incidencia de incontinencia urinaria de esfuerzo durante el postparto en 149 púerperas (83 con parto vaginal y 66 con parto por cesárea), concluyó que la incidencia de incontinencia urinaria de esfuerzo en el parto por cesárea fue del 9,09% (6/66), inferior a la de 16,87% (14/83) para el grupo de parto vaginal, pero la diferencia no fue estadísticamente significativa ($p > 0,05$); sin embargo, Cuerva M *et. al.*²⁷ encontraron que la incontinencia urinaria de esfuerzo en el puerperio inmediato sigue siendo mayor en el parto vaginal (25.30%) con respecto al parto por cesárea (20.40%), trabajo que difiere de mis resultados.

Nuestros resultados pueden deberse a que la pérdida involuntaria de orina o incontinencia urinaria, afecta a toda clase de mujeres apareciendo por primera vez durante el embarazo y permanece durante el periodo postparto^{27,29}, ocasionando una disfunción a nivel del piso pélvico, ya que los músculos que se encuentran en esta área intervienen en la micción, evacuación intestinal y actividad sexual, jugando un papel muy importante durante el embarazo y el parto, porque según estudios parece que hay una relación directa causa-efecto con el parto vaginal, por lo que la incontinencia urinaria de esfuerzo durante el embarazo pronostica la incontinencia urinaria después del parto.³⁰

Al momento del parto se produce el aumento de la presión abdominal, aumento de la frecuencia miccional, pérdida de orina ante el esfuerzo físico, dolor pélvico o descenso del suelo pélvico³⁰, lo que se agrava con la forma de parto, más aún si es vía vaginal porque se producen lesiones en los músculos, fascias y nervios

del suelo pélvico, en forma de desgarros espontáneos³¹, aceptándose que el parto por cesárea protege de estas lesiones, siendo el parto vaginal la causa del factor principal de la incontinencia urinaria de esfuerzo en el puerperio, por lo que se ha descrito que el parto por cesárea tiene un efecto protector similar a la nuliparidad en el desarrollo de trastornos del piso pélvico^{32,33} y que reduce el riesgo de persistencia de la incontinencia urinaria de esfuerzo durante el puerperio en comparación con el parto vaginal, disminuyendo aproximadamente a la mitad las probabilidades de desarrollar incontinencia urinaria de esfuerzo persistente ³⁴, sin embargo, hay estudios que sugieren que los efectos protectores del parto por cesárea para la incontinencia urinaria de esfuerzo con el tiempo desaparecen después de múltiples partos ^{34, 35}; es así que los factores maternos como edad, índice de masa corporal y factores fetales como peso y perímetro craneal, influyen en la aparición de la incontinencia urinaria ^{36,37}.

Sin embargo, esta incontinencia urinaria en la mayoría de las puérperas puede mejorar con ejercicios de suelo pélvico, los cuales se pueden realizar durante o después del embarazo ³⁸, desarrollándose estrategias de prevención en la fase pre natal en el que se tendría que preparar específicamente la musculatura del suelo pélvico y los abdominales durante el embarazo, empleando técnicas de masaje y estiramiento manual del periné, aprendizaje de posturas y pujos facilitadores tanto del encajamiento como de la expulsión del feto, en la fase de parto utilizándose técnicas manuales, posturas y respiratorias para la protección del producto y del suelo pélvico, y la fase post-parto que se debe realizar en el puerperio inmediato mediante ejercicios, posturas y manipulaciones articulares para facilitar la correcta involución de todos los tejidos blandos y duros implicados en el parto^{39,40}.

VII. CONCLUSIONES

- El parto vaginal es un factor de riesgo para desarrollar incontinencia urinaria de esfuerzo.

VIII. RECOMENDACIONES

- Ampliar la muestra y el estudio para obtener resultados más realistas sobre la incontinencia urinaria de esfuerzo a nivel nacional.
- Evaluar si la incontinencia urinaria de esfuerzo está asociado a la atención hospitalaria que tiene la gestante al momento del parto.
- Realizar programas de prevención de la incontinencia urinaria, durante y después de parto.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pocar L. Una revisión sobre la incontinencia urinaria de esfuerzo. *Enfuro*. 2013; (124): 9 - 16.
2. Sotelo A. Factores de riesgo asociados a incontinencia urinaria en el embarazo. [Tesis de Doctorado]. México: Universidad Veracruzana; 2013.
3. Diaz F. Prevalencia de incontinencia urinaria en el posparto. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2017; 43(2): 1 - 11.
4. Memon H. Pelvic floor disorders following vaginal or cesarean delivery. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2012; 24(5): 349 - 354.
5. Carrillo G. Anatomía del piso pélvico. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2013; 24(2): 185 – 189
6. Lorenzo M. Tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo con Biofeedback perineal con electrodos de superficie. *Actas Urológicas Españolas*. 2015; 32(6): 629- 636.
7. Simó A, Izquierdo A. Una revisión sobre la incontinencia urinaria de esfuerzo. *Enfuro*. 2013; (124): 9 - 16.
8. Cerruto M, Elía C. Incidence and Obstetric Factors' Impact on Female Urinary Incontinence in Europe: A Systematic Review. *Urol Int*. 2013; 4(15): 1 - 9.
9. Arrue M, Ibañez L. Factors involved in stress urinary one year after first delivery. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2015; 21: 439 - 45.
10. Sánchez E. Urinary and anal incontinence during pregnancy and postpartum: incidence, severity, and risk factors. *Obstet Gynecol*. 2014; 115: 618.
11. Allen V, Farrell S. Parturition and urinary incontinence in primiparas. *Obstet Gynecol*. 2016; 97: 350 - 6.
12. Daltveit A. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med*. 2013; 348: 900 - 7.
13. Hardy R. Urinary incontinence in middle aged women: childhood enuresis and other lifetime risk factors in a British prospective cohort. *J Epidemiol Community Health*. 2015; 53: 453 - 8.
14. Ruiz R. Incontinencia urinaria en gestación y postparto. *Dialnet*. 2014; 2: 1-5.

15. Orihuela J. El parto como factor de riesgo en la incontinencia urinaria en el Hospital La Caleta Chimbote. [Tesis de Titulación]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
16. Espuña M, Rebollo P, Puig M. Validation of the Spanish version of the International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form. A questionnaire for assessing the urinary Incontinence. *Med Clin*. 2004; 122: 288-292.
17. Lopes M, Lorey L. La incontinencia urinaria en periodo de posparto y su impacto en la calidad de vida relacionada a salud. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012; 20(02): 1-8.
18. Parrondo P. Anatomía del aparato genital femenino. *Fundamentos de ginecología (SEGO)*. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2014; 1: 15 - 27.
19. Robles J. La Incontinencia Urinaria. *An Sist. Sant. Navar*. 2006; 29 (2): 219-232.
20. Aukee P, Tihtonen K. Pregnancy, delivery and pelvic floor disorders. *Duodecim*. 2010;126: 2381-6.
21. Gorbea V, Navarro K, Escobar L, Rodríguez S. Prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres embarazadas con atención prenatal en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. *Ginecol Obstet Mex*. 2011; 79 (9): 527-532.
22. Busquets M, Serra M. Validación del cuestionario International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form (ICIQ-SF) en una población chilena usuaria del Fondo Nacional de Salud (FONASA). *Rev Med Chile*. 2012; 140: 340-346.
23. Rodríguez-Núñez R, Álvarez E, Salas L, González-González A. Prevalence of urinary incontinence and possible risk factors among women in our health area. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*. 2007; 34 (4): 127-164.
24. Martín-Martín S, Pascual-Fernández A, Álvarez-Colomo C, Calvo-González R, Muñoz-Moreno M, Cortiñas-González J. Incontinencia Urinaria en embarazo y Postparto, factores de riesgo asociados e influencia de los ejercicios del suelo pélvico. *Arch Esp Urol*. 2014; 67 (4): 323-330.

25. Díaz F, Fuentes M, Rivadeneira A, Acuña L. Prevalencia de incontinencia urinaria en el posparto. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2017; 43(2): 1-11.
26. Li H *et al*. Postpartum pelvic floor function performance after two different modes of delivery. *Genet Mol Res GMR*. 2015; 14(2): 2994-3001.
27. Cuerva M, López N, De la Calle M, Usandizaga R, Gonzalez A. Incontinencia urinaria y fecal post parto en gestación gemelas según vía y tipo de parto. *Ginecol Obstet Mex*. 2011; 79 (9): 540-546.
28. Nygaard I, Shaw J. Physical activity and the pelvic floor. *Am J Obstet Gynecol*. 2016; 214(2): 164-171.
29. Sangsawang B, Sangsawang N. Stress urinary incontinence in pregnant women: a review of prevalence, pathophysiology, and treatment. *Int Urogynecology J*. 2013; 24(6): 901-912.
30. Howell E. Pregnancy-related symphysis pubis dysfunction management and postpartum rehabilitation: Two case reports. *BPHE (Hons). J Can Chiropr*. 2012; 56: 102 -111.
31. MacLennan A, Taylor A, Wilson D, Wilson D. The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. *BJOG*. 2000; 107: 1460-1470.
32. Serati M *et al*. Prospective study to assess risk factors for pelvic floor dysfunction after delivery. *Acta Obstet Gynecol*. 2008; 87: 313-318.
33. Thom D, Rortveit G. Prevalence of postpartum urinary incontinence: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol*. 2010; 89: 1511-1522.
34. Hernández D, Ruiz R, Aranda E, Aznar C. Incontinencia urinaria a los 6 meses del parto. *Medicina Clínica*. 2013; 141(4): 145-151.
35. Farrell S, Allen V, Baskett T. Parturition and urinary incontinence in primiparas. *Obstetrics & Gynecology*. 2001; 97(3): 350-356.
36. Sangsawang B. Risk factors for the development of stress urinary incontinence during pregnancy in primigravidae: a review of the literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2014; 178: 27-34.
37. Botelho S, Silva J, Palma P, Herrmann V, Riccetto C. Can the delivery method influence lower urinary tract symptoms triggered by the first pregnancy? *Int Braz J Urol Off J Braz Soc Urol*. 2012; 38(2): 267-276.

38. Boyle R, Hay-Smith E, Cody J, Mørkved S. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012
39. Amóstegui J, Ferri A, Lillo de la Quintana C, Serra M. Incontinencia urinaria y otras lesiones del suelo pelviano: etiología y estrategias de prevención. *Rev Med Univ Navarra*. 2004; 48: 18---31. (es el que esta como imagen).
40. Ayeleke R, Hay-Smith E, Omar M. Pelvic floor muscle training added to another active treatment versus the same active treatment alone for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(11): CD010551.
41. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 2011.
42. Ley general de salud. N° 26842. Concordancias: D.S. N° 007-98-SA. Perú: 20 de julio de 2012.

X. ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

| |
|--------------------------|
| |
| FIRMA DE LA PARTICIPANTE |

Gracias de antemano,

Laura Ponce Díaz.

ANEXO N.º 2

PARTO VAGINAL COMO FACTOR DE RIESGO PARA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO DURANTE EL PUERPERIO EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO.

PROTOCOLO DE RECOLECCION DE DATOS

Fecha..... N.º.....
Teléfono:
Dirección:

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Número de historia clínica: _____
- 1.2. Edad: _____ años
- 1.3. Paridad: _____, especificar cada vía de parto de cada gestación: _____.
- 1.4 peso: _____ .
- 1.5. Talla: _____.
- 1.6: IMC: _____.

II: VARIABLE INDEPENDIENTE:

Vía de parto: Vaginal () Cesárea ()
Peso del Recién Nacido:
Fecha de nacimiento del Recién Nacido:

III: VARIABLE DEPENDIENTE:

Usted pierde orina involuntariamente?: Si () No ()

ANEXO N° 3

CUESTIONARIO SOBRE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO ICIQ-SF

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

N° del
participante

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

INICIALES DEL
PARTICIPANTE

CONFIDENCIAL

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

FECHA

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

