



UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
FACULTAD MEDICINA
ESCUELA DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA
CASA CENTRAL



“PERFIL BIOPSIICOSOCIAL Y EXPERIENCIA QUE HAN TENIDO CON EL PROFESIONAL MATRÓN/ONA LAS MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO”

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADO/A EN OBSTETRICIA Y
PUERICULTURA

Coautores:

Valentina Droguett Fernández

Silvana Herrera Gatica

Fernanda Manriquez Cuadrado

Katiusca Muñoz Cárcamo

Daniela Reyes Montoya

Claudia Véliz González

Autora:

Claudia Gutiérrez Mella

Valparaíso - Chile

2014

DEDICATORIA

Dedicado con mucho amor a mi madre por ser el pilar fundamental dentro de mi vida. A mi padre por su apoyo incondicional en todo. A mi hermano por ser uno de los regalos más lindos que la vida me ha dado. A mis compañeras de tesis, ha sido un agrado compartir con ustedes. Y a todas las personas que entregaron un grano de arena para hacer todo esto posible.

K. Muñoz C.

A mis padres, Antonia y Harry, por su amor, apoyo incondicional y confianza que han depositado en mí. A mi hermana Rocío por ayudarme cuando lo he necesitado y por entregarme su alegría. A mis amigas, por todo su cariño y palabras de apoyo. A las docentes de la Universidad de Valparaíso por ayudarme a cumplir este sueño. Y de manera especial a mi pololo Israel por todo su amor y paciencia, y a mi hermoso hijo Dante, que me da la fuerza para seguir adelante, y por hacerme feliz día a día. Te amo hijo.

F. Manríquez C.

Dedicada a mis padres Jeanett Gatica y Mauro Herrera por brindarme su apoyo y hacer todo lo posible para que pueda alcanzar mis sueños. A mi hermano Mauro Herrera por alegrarme los días con sus locuras y cariño incondicional. A mi pololo Gabriel Morales por darme fuerzas día a día y entregarme todo su amor y comprensión. A mis amigas, primos, tíos y abuelos por confiar en mí y darme todo su apoyo en los momentos que lo he necesitado. Y por ultimo quiero agradecer a mis compañeras de tesis, por ser un pilar fundamental en estos 4 años de carrera, gracias por su ayuda, por el amor y cariño que me han entregado y principalmente gracias por alegrarme los días.

S. Herrera G.

Dedicado a mis padres Gina y Daniel, mis hermanos Carlos y Elvis, a mi cuñada Carmen, quienes en momentos de flaqueza me han entregado su apoyo y alegría que, a pesar de la distancia, he podido sentir su amor de cerca durante estos años de estudio. A mi novio Luis, pilar fundamental de comprensión y amor. A mi sobrino Renato, mi regalo perfecto del cielo. A mi abuelo Carlos, quien en paz descanse, cómo me hubiese gustado que estuvieras en cada etapa de mi vida, espero que te sientas orgulloso de todo lo que he logrado. Y a las docentes de la Escuela de Obstetricia y Puericultura, gracias por cada consejo y aliento.

D. Reyes M.

Dedicado a mis padres, Claudio y María, quienes han estado presentes en este largo camino, apoyándome, levantándome cuando caía y brindándome la fuerza que en ocasiones se acababa. A mis hermanos, Diego y Benjamín, que me alegran la vida y son parte fundamental de ella. A toda mi familia, abuelos, tíos, primos, particularmente, abuelo Carlos y tía Patricia que me han brindado su apoyo tanto económico como emocional cuando lo he necesitado. Y especialmente a mi abuela Eugenia, quien fue una luz en mi vida, me brindó su cariño y amor hasta el último día de su vida y con ello me dio las energías para salir adelante, desde el cielo espero que se sienta orgullosa de mis logros, ya que no los alcanzamos a disfrutar juntas en vida.

C. Véliz G.

A mi padre Alejandro, por su apoyo y comprensión. A mi hermana Alejandra, por ser mi motivación a superarme cada día. A mi familia, muy especialmente a mis tíos Angélica y Luis por brindarme su apoyo incondicional cada vez que lo he necesitado y por darme siempre los mejores consejos. A mis primos Luis y Fernanda quienes, más que primos, son mis hermanos. A todas y cada una de mis amigas, por ser la familia que escogí, por sus palabras y apoyo siempre. Dedicado también a mi abuela Zulema Ávila, a quien recuerdo cada día con mucho amor y

gratitud, por la educación que me entregó, por el cariño sincero y por enseñarme a ser quien soy, porque cada logro en mi vida se lo debo a ella.

V. Droguett F.

ÍNDICE

	Pág.
Capítulo I: Página de título.....	7
Capítulo II: Resumen.....	9
Capítulo III: Introducción.....	15
Delimitación del problema.....	18
Capítulo IV: Material y método.....	21
Diseño de investigación.....	22
• Limitaciones.....	23
• Población de estudio.....	24
• Criterios de inclusión y exclusión.....	25
• Fuentes de información.....	25
• Recolección de datos.....	25
• Técnica de análisis de datos.....	26
Capítulo V: Resultados.....	27
Capítulo VI: Discusión.....	50
Capítulo VII: Agradecimientos.....	61
Capítulo VIII: Referencias bibliográficas.....	63
Capítulo IX: Datos suplementarios.....	71
• Anexo N°1: Glosario de términos, siglas y abreviaciones.....	72
• Anexo N°2: Marco teórico.....	73
Definición.....	73
Clasificación.....	73
Mecanismo de la continencia urinaria.....	74
Fisiopatología de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE).....	76
Factores biológicos de la IUE.....	78
Factores psicológicos de la IUE.....	83
Factores sociales de la IUE.....	86
Diagnóstico de la IUE.....	87
Tratamiento de la IUE.....	90

Políticas públicas y programas de la IUE.....	93
Rol profesional Matró/n/a en la IUE.....	96
• Anexo N°3: Objetivo general y específicos.....	102
• Anexo N°4: Operacionalización de variables.....	103
• Anexo N°5: Carta del comité científico HCVB.....	112
• Anexo N°6: Formulario de consentimiento informado.....	113
• Anexo N°7: Instrumento de recolección de datos.....	114
• Anexo N°8: Tablas.....	118
• Anexo N°9: Gráficos.....	136

I. PAGINA DE TÍTULO

**“PERFIL BIOPSIICOSOCIAL Y EXPERIENCIA QUE HAN TENIDO
CON EL PROFESIONAL MATRÓN/ONA LAS MUJERES CON
INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO”**

Coautores:

VALENTINA DROGUETT FERNÁNDEZ

SILVANA HERRERA GATICA

FERNANDA MANRÍQUEZ CUADRADO

KATIUSCA MUÑOZ CÁRCAMO

DANIELA REYES MONTOYA

CLAUDIA VÉLIZ GONZÁLEZ

Autor:

CLAUDIA GUTIÉRREZ MELLA

VALPARAÍSO, CHILE

II. RESUMEN

“PERFIL BIOPSIICOSOCIAL Y EXPERIENCIA QUE HAN TENIDO CON EL PROFESIONAL MATRÓN/NA LAS MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO”

Introducción: La OMS, 1998, estimó que los problemas de control urinario afectan a más de 200 millones de hombres y mujeres en el mundo. La prevalencia de IU femenina en distintos países, incluyendo Europa y Norteamérica, en promedio es 27,6%. En Chile no existen datos estadísticos claros en relación a la IUE, debido a que no existen estudios a nivel nacional ni regional respecto de este tema. Es por lo anterior, que la investigación surge de la necesidad de conocer esta patología en todos los ámbitos que involucra la vida humana: biológico, social y psicológico. Además se pretende conocer el rol que cumple el profesional matrón/na dentro de este síndrome.

Objetivos: Identificar el perfil biopsicosocial y experiencia que han tenido con profesional matrón/na las mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo, atendidas en la Unidad de Piso Pélvico del Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso.

Metodología: El diseño es cuantitativo, descriptivo, exploratorio y transversal. La muestra se constituyó por 30 mujeres con diagnóstico de IUE atendidas en la Unidad de Piso Pélvico del Hospital Carlos Van Buren entre los meses de Mayo a Julio del 2014. Se confeccionó un instrumento tipo cuestionario con preguntas cerradas, aplicada por los investigadores. Los datos fueron ingresados y tabulados en una planilla de cálculo en el programa Microsoft Office Excel 2007.

Resultados: Dentro de las características biológicas, el 30% de las mujeres pertenecen al grupo etario de 50-54 años, un 80% de las mujeres son multíparas, un 60% tuvo parto vaginal, un 45% se les realizó episiotomía en alguno de sus partos, además, un 70% presentan o presentaron algunas de las siguientes patologías crónicas: EPOC y/o ITU. Dentro de los aspectos psicológicos, un 77% no ha experimentado aislamiento social; un 97% no desertó del trabajo. En lo que

a la vida sexual respecta, un 63% es sexualmente activa, de ellas un 53% manifiesta interferencia de la IUE en sus relaciones sexuales, un 47% no logra excitarse en sus relaciones sexuales, un 42% logra lubricarse solo en algunas de sus relaciones sexuales y un 53% siente dolor durante el coito. En cuanto a estado emocional, el 47% ha sentido baja autoestima y, un 54% ha tenido sentimientos relacionado con la vergüenza. Dentro el ámbito social, un 87% de las mujeres que realizan un esfuerzo moderado al trabajar.

Dentro de lo que es la percepción del rol del profesional matró/na, un 61% califica como pertinente la información recibida por él/ella, el 61% de la muestra percibe que el profesional demuestra interés por conocer su estado general. En cuanto a la educación brindada por el profesional matró/na un 75% indica que nunca recibió educación en ejercicios preventivos para la IUE y un 64% nunca recibió educación acerca de dieta. En lo que respecta a las acciones realizadas por el profesional matró/na para detección de IUE, un 75% indica que recibió una derivación precoz en la primera consulta a la Unidad de Piso Pélvico por parte del profesional matró/na que la atendía.

Conclusiones: La IUE constituye un síndrome biopsicosocial, por lo que no solo afecta la biología de quienes lo padecen, sino que también interfiere de manera perjudicial en las emociones y vida social de las usuarias llegando, incluso, a condicionar la calidad de vida de estas personas. Es por el impacto de esta patología, que se hace necesario incluirla dentro de las estrategias gubernamentales, esencialmente en el Programa de Salud de la Mujer. Esto, sumado a un correcto manejo, pertinente pesquisa, derivación y diagnóstico, además de un manejo integral de la IUE puede mejorar las cifras de mujeres que padecen este síndrome y con ello contribuir a generar una mejor calidad de vida.

Palabras Claves:

EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

ITU: Infección del tracto urinario.

IU: Incontinencia Urinaria.

IUE: Incontinencia Urinaria de Esfuerzo.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

"BIOPSYCHOSOCIAL PROFILE AND EXPERIENCE WOMEN WITH STRESS URINARY INCONTINENCE HAVE HAD WITH PROFESSIONAL MIDWIFE"

Introduction: WHO estimated that bladder control problems affect more than 200 million men and women worldwide, during 1998. The prevalence of female UI in different countries, including Europe and North America on average is 27.6%. In Chile there are no clear statistical data related to SUI specifically, because there are no studies at national or regional level on this issue. This is the main reason why this investigation was developed, from the need to know this condition relating it with all areas involving human life, which includes biological, social and psychological. In addition, we want to know the role that professional midwife plays within this syndrome.

Objectives: To identify the biopsychosocial profile and experience women with urinary incontinence have had with professional midwife, while they were been treated in Pelvic Floor Unit, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso.

Methodology: The study's design is quantitative, descriptive, exploratory and cross-sectional. The sample consisted of 30 women who were diagnosed with SUI and were being treated in Pelvic Floor Unit, Hospital Carlos Van Buren between the months of May and July 2014. As an instrument it was used a questionnaire with closed questions, which was applied and created by the researchers. Data was entered into a database, using a spreadsheet of Microsoft Office Excel 2007 program.

Results: Among biological characteristics, 30% of women belong to the age group of 50-54 years, 80% of women are multiparous, 60% have had vaginal delivery, 45% suffered the performance of episiotomy at least in one of their delivers, besides, 70% have or have had in the past any of the following chronic diseases: COPD and/or UTI. Among psychological variables, 77% have not experienced social isolation; 97% have not left their jobs. Regarding to sexual life, 63% are sexually active, 53% of them manifest interference of SUI during sex, 47% have difficulty experiencing sexual arousal, 42% experience lubrication only during some

of their sexual relationships and 53% feel pain during intercourse. Regarding emotional state, 47% have low self-esteem and 54% have feelings related to shame. Among the social characteristics, 87% of women work in a moderate level of effort.

Regarding the perception of users about midwife's role, 61% qualifies as relevant the information received by the professional, 61% felt that the professional shows interest in learning more about them and their families. Regarding the education provided by midwife, 75% never received education about preventive exercises for SUI and 64% never received education about diet. In relation to actions taken by midwife during UI detection, 75% indicate that they were derivated to the Pelvic Floor Unit during the first consultation with midwife.

Conclusions: SUI is a biopsychosocial syndrome, which affects not only the biology side, but also interferes in emotions and social life of users, damaging their quality of life. This is the main reason why it is necessary to include this disease in governmental strategies, essentially in "Women Health Program". As said before, a relevant research, referral and diagnosis, as well as a comprehensive management of SUI can improve the numbers of women with UI and contribute to a better quality of life.

Keywords:

COPD: Chronic obstructive pulmonary disease.

SUI: Stress urinary incontinence.

UI: Urinary Incontinence.

UTI: Urinary tract infection.

WHO: World Health Organization.

III. INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria (IU) es definida por la Sociedad Internacional de Continencia (ICS) como "la pérdida involuntaria de orina que constituye un problema social e higiénico objetivamente demostrable". Corresponde a un síndrome que cada vez afecta a más personas en el mundo, en su mayoría del sexo femenino. De acuerdo a un informe que presentó la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1998, estimó que los problemas de control urinario afectan a más de 200 millones de hombres y mujeres en el mundo. La prevalencia de IU femenina en distintos países, incluyendo Europa y Norteamérica, es en término medio 27,6%. De acuerdo a estudios realizados en mujeres en España, la prevalencia media estimada es del 24%, aumentando al 30-40% en las mujeres de mediana edad y de hasta un 50% en las mujeres ancianas. En lo que respecta a Latinoamérica, según la OMS, 25 millones de latinoamericanos padecen de IU. En Brasil, se ha descrito una prevalencia de 26,2% en mujeres mayores de 60 años. En Buenos Aires, una encuesta a 483 mujeres (25 -85 años), arrojó que el 49% reportó pérdida de orina. En Colombia, un estudio realizado a nivel hospitalario, reportó que el 72% presentó síntomas de sensación de cuerpo extraño en genitales e incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE).

En Chile no existen datos estadísticos claros en relación a la IU ya que solo circulan resultados porcentuales de estudios no especificados. Uno de los acercamientos a un estudio fidedigno de IU es, "Validación del cuestionario International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form (ICIQ-SF) en una población chilena usuaria del Fondo Nacional de Salud (FONASA)", 2012 por Ramón Serra T. y Maritza Busquets C., la cual trata validar un cuestionario en Chile que permita analizar el problema de IU femenina de la población chilena; evalúa la severidad de la incontinencia y posibles causas. Se obtuvo un promedio de datos perdidos de 1.3%, reflejando indirectamente una validez de contenido adecuada, por lo que la evaluación puede ser extendida a toda la población, siendo así de gran utilidad. Otro estudio fue realizado por la Sociedad Chilena de Urología en el año 2004 a mujeres de Isla de Pascua del Hospital y Centro del Adulto Mayor, "Estudio de prevalencia de incontinencia

urinaria en mujeres de Isla de Pascua”, de las 236 mujeres 182 refieren episodios de IU, de las cuales un 40.7% corresponde a IUE, un 13.2% a incontinencia urinaria de urgencia (IUU) y un 46.1% a incontinencia urinaria mixta (IUM); de las mismas 182 mujeres, un 50,4% manifiesta que la IU afecta su calidad de vida. Estos estudios, indican solo la prevalencia a un nivel local, lo cual no es representativo para todo el país por las diferentes condiciones ambientales y sociales de la comunidad, dando gran importancia de llevar a cabo estudios que sean representativos de la población chilena.

Algunos de los servicios de salud a nivel nacional que cuentan con unidad de piso pélvico son: Hospital Sótero del Río (Santiago), Clínica las Condes (Santiago), Hospital Regional de Valdivia (Valdivia), Clínica Alemana (Puerto Varas), Hospital Clínico Universidad de Chile (Santiago), Hospital clínico Universidad Católica (Santiago), Clínica Dávila (Santiago) y Hospital Carlos Van Buren: HCVB (Valparaíso).

En la V Región, existe el Policlínico en Rehabilitación en Piso pélvico e Incontinencia del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, que se encarga de tratar a mujeres y hombres con distintos problemas de esta índole. De acuerdo a un análisis estadístico específicamente de IU realizado por las alumnas de Obstetricia y Puericultura de tercer año de la Universidad de Valparaíso, durante el año 2012 ingresaron un total de 184 usuarios al policlínico de piso pélvico, un 98,4% corresponde al sexo femenino y un 1,65% al sexo masculino. Dentro de las mujeres que acudieron, un 46,2% (84 mujeres) padecen IUE, un 29,1% (53 mujeres) IUM, un 24,7% (45 mujeres) IUU y un 1.1% a otro tipo de incontinencia (vejiga hiperactiva e IU por rebosamiento).

Este síndrome abarca mucho más allá del estado físico o biológico de la mujer, es un problema psicológico y social con el que cargan muchas de ellas, afectando su vida laboral, familiar, sexual y emocional. Las relaciones interpersonales se ven empobrecidas, debido a miedo y vergüenza de que sus pérdidas de orina sean reconocidas por su entorno social cercano y lejano,

causando distancia con ellos, por lo que mujeres con esta condición se aíslan, enfrentándose en soledad a esta situación, sin una contención emocional.

El profesional matró/na cumple un rol fundamental tanto en la prevención como en el diagnóstico de la IU, ya que debe educar a la mujer respecto de este problema, cómo prevenirlo y concientizar respecto de que no es una condición que deba necesariamente suceder en su ciclo de vida. Es importante que el profesional realice educación de fortalecimiento de la musculatura del piso pélvico desde el período reproductivo de la mujer con ejercicios que involucren el uso del balón kinésico, diversos ejercicios de las extremidades inferiores, yoga, y, principalmente, los ejercicios de Kegel. Todo lo anterior debe ser complementado con una correcta conducción del trabajo de parto y atención de éste, más una adecuada recuperación de la musculatura post parto, entre otras. A su vez y, con el objetivo de detectar precozmente y prevenir este problema debe hacer énfasis en las mujeres que tienen mayores factores de riesgo para padecer este síndrome, otorgando una intervención oportuna y/o derivación a especialista. Es por lo anterior, que es imprescindible que el profesional matró/na conozca la realidad nacional con respecto a la IU en los ámbitos biológicos, psicológicos y sociales, para prestar atención de forma integral a las mujeres que padecen esta condición y, logre por medio de una intervención exitosa una mejora en su calidad de vida.

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

A partir del papel importante que ha ido tomando la IUE en la vida de las mujeres a nivel mundial, además de la falta de información que hay a nivel nacional y local sobre el perfil biopsicosocial de mujeres que padecen IUE, y las consecuencias que ésta puede provocar, se formula la siguiente pregunta: ¿Cuál es el perfil biopsicosocial de mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo y la opinión que tienen con respecto al rol del profesional matró/a, que se atienden en el policlínico de piso pélvico del Hospital Carlos Van Buren durante el año 2014?. A partir de esta pregunta se realiza una encuesta a nivel local, que será aplicada

en la unidad de piso pélvico del Hospital Carlos Van Buren, la que estará enfocada a identificar las características biológicas, psicológicas y sociales que estén relacionadas con la IUE. Además se pretende identificar la participación del profesional matró/na durante la pesquisa, derivación, tratamiento y rehabilitación de las usuarias con IUE.

En cuanto a los aspectos biológicos se pretende identificar antecedentes personales de la mujer como la edad, aspectos de la historia obstétrica de la mujer como paridad y tipos de parto, como también hábitos con los cuales la mujer ha convivido durante su vida, y también las consecuencias que ha desarrollado a partir de estos hábitos, prácticas o por causas netamente hereditarias, como lo son las patologías.

Con respecto a las características psicológicas se pretende identificar las relaciones interpersonales que tiene la mujer que padece IUE. Esto es, de qué manera este problema puede afectar en el desarrollo pleno de su vida sexual, como también las relaciones afectivas con sus familiares, amigos y compañeros de trabajo.

También se identificará las características sociales que se asocian a estas mujeres. El nivel socioeconómico es uno de las variables que se analizará, así como también su historia académica y el tipo de actividad laboral en la cual se desenvuelve la mujer, y cómo estas se relacionan con la IUE.

Finalmente, se analizará el rol del profesional matró/na en la prevención y manejo de la IUE. Esto, con la intención de identificar en qué etapas de la vida de la mujer se involucra éste, ya sea desde el área de la prevención de la IUE hasta el tratamiento de la misma, pero enfocándose principalmente en el momento del diagnóstico de la IUE y la oportuna derivación a nivel secundario.

Si bien en la Unidad de Piso Pélvico se encuentra un equipo multidisciplinario destinado a lograr una pronta rehabilitación de las usuarias con IUE, el objetivo de la presente tesis es incluir a la matrona como parte importante de este equipo.

Para lograr esta inclusión es necesario identificar el rol del profesional matró/na, a partir de la caracterización de las usuarias que presentan esta condición.

Actualmente, el rol principal de este profesional se limita sólo al enfoque preventivo, tanto en centros de atención primarios, en lo que respecta a la atención de mujeres en etapa reproductiva, menopáusica y climatérica; como en centros terciarios de salud, con el manejo del trabajo de parto, parto y puerperio.

El objetivo de la presente tesis es ampliar este papel y llevarlo a diversos aspectos y etapas, tanto preventivas, como curativas y de rehabilitación, al mismo tiempo que se busca reforzar las áreas en las que este profesional ya se encuentra inmerso.

Es importante señalar la recuperación psicológica dentro de las atenciones que se brindan a estas usuarias y su reinserción tanto social como emocional, considerando que la relación con la usuaria y el desarrollo de una cercanía con su persona y entorno son parte importante de la preparación profesional de matrones y matronas. Cabe destacar que, por su preparación, este profesional se encuentra en plena capacidad para realizar la educación sexual necesaria en estas mujeres al momento de retomar o hacer más grata su actividad sexual, a pesar de su condición o una vez superada ésta.

IV. MATERIAL Y MÉTODO

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La investigación corresponde a un estudio cuantitativo, descriptivo, exploratorio y transversal, que distribuye la muestra en un momento determinado.

Este estudio que identifica el perfil biopsicosocial y experiencia que han tenido con el profesional matró/n/a las mujeres con IUE, forma parte y contribuye en el desarrollo de una investigación macro denominada: “Efecto del tratamiento con onda H en la incontinencia urinaria de esfuerzo de las mujeres atendidas en el Policlínico de Piso Pélvico del Hospital Carlos Van Buren en el año 2014”.

Dicho estudio se presenta en el mes de octubre del 2013 al comité científico del Hospital Carlos Van Buren, siendo aprobado por este mismo durante el mes de Enero del 2014. (Ver Anexo N°5)

Se diseña 1 objetivo general y 5 específicos relacionados con éste. Todos referentes a lo que se busca estudiar en la investigación. (Ver Anexo N°3)

Se recopila información respecto a diversos factores y aspectos asociados a la incontinencia urinaria de esfuerzo. Además de algunas percepciones que tiene la usuaria en la prevención y manejo en el momento del diagnóstico de la incontinencia urinaria. A partir de lo anterior se plantean las variables de estudio, las que posteriormente son clasificadas y ordenadas de acuerdo a cada objetivo general y específico en un cuadro sinóptico. (Ver Anexo N°4)

Posteriormente, se construye el instrumento tipo cuestionario con preguntas cerradas, destinada a recabar información de cada variable en estudio. Fue aplicado un pilotaje de 12 mujeres, elegidas de manera aleatoria que se atendieron la Unidad de Piso Pélvico, que no son consideradas en la muestra. De acuerdo a los resultados obtenidos se modificaron algunas preguntas y alternativas con el fin de facilitar la comprensión del instrumento y recoger información fidedigna en el instante de su aplicación (Ver Anexo N°7)

Previo a la aplicación del instrumento la usuaria lee, acepta y firma el consentimiento informado (Ver Anexo N°6) perteneciente al estudio donde este seminario está inserto, facultándose de este modo que sus datos puedan ser

utilizados en las investigaciones. A continuación se procede al inicio de la investigación “Efecto del tratamiento con onda H en la incontinencia urinaria de esfuerzo de las mujeres atendidas en el Policlínico de Piso Pélvico del Hospital Carlos Van Buren en el año 2014”.

El instrumento definitivo es aplicado a 30 mujeres derivadas a la Unidad de Piso Pélvico, que tienen la condición de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo y son candidatas al tratamiento de microestimulación con onda H en el periodo comprendido entre Mayo y Julio del año 2014.

Posteriormente a la aplicación del instrumento, se tabula la información en una base de datos con el programa de Microsoft Office: Excel 2007, que luego es traspasado a representaciones graficas, mediante los cuales se obtienen los resultados y análisis que condujeron a la conclusión de la investigación.

LIMITACIONES

En esta investigación se presentaron las siguientes limitaciones:

- Al momento del pilotaje de la encuesta, se aprecia dificultad para encontrar usuarias que padezcan IUE, ya que en la Unidad de Piso Pélvico se atienden múltiples patologías relacionadas con la incontinencia urinaria (prolapso genital, IUU, IUM, etc.).
- Dificultad para asistir a realizar la encuesta, debido a las limitaciones de tiempo de los investigadores, por actividades académicas teóricas y prácticas preestablecidas.
- Costo de materiales, en cuanto a impresiones de las encuestas y avances de la tesis, empastado y costos de transporte para asistir a aplicar el instrumento de recolección de datos.

- Falta de experiencia de los investigadores en la realización de un trabajo de investigación.
- Escasa disponibilidad por parte de las usuarias, debido a las limitaciones de tiempo que tuvieron momento de la aplicación del instrumento.
- Ausencia del sujeto de estudio a la atención asignada con el profesional correspondiente.
- La gestión de la autorización con el Hospital Carlos Van Buren para poder comenzar a aplicar el instrumento de recolección de datos generó un retraso en el desarrollo del trabajo investigativo y una mala utilización del tiempo libre que se tuvo los primeros meses del año académico.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

- **Universo**

El universo de la investigación corresponde a 76 mujeres con diagnóstico de IUE que se atienden en el Policlínico de Rehabilitación en Piso Pélvico, en el Hospital Carlos Van Buren que se encuentran en espera de cirugía correctiva en el año 2014.

- **Muestra**

El mecanismo que se utiliza para obtener la muestra es por cuotas o denominada “acciallnt al”, que consiste en la elección por métodos no aleatorios de muestra. La cuota es elegida según recursos de materiales disponibles, que se necesitan para investigar al sujeto en estudio. Se seleccionan las primeras 30 mujeres que presentan IUE atendidas en el Policlínico de Rehabilitación del Piso Pélvico del Hospital Carlos Van Buren que se encuentran en espera de cirugía correctiva en el año 2014.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión: 30 mujeres con IUE atendidas en el policlínico de Rehabilitación en Piso Pélvico del Hospital Carlos Van Buren, que se encuentran en espera de cirugía correctiva en el año 2014.

Criterios de exclusión: mujeres que presentan otro tipo de IU que no sea de esfuerzo como son de IUU, IUM y IU rebosamiento con o sin prolapso genital, mujeres en control y seguimiento que se atendieron en el policlínico de Rehabilitación en Piso Pélvico del Hospital Carlos Van Buren, en el año 2013.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- **Unidad de estudio:**

Contempla a 30 mujeres atendidas en el Policlínico de Rehabilitación de Piso Pélvico del Hospital Carlos Van Buren que se encuentran en espera de cirugía correctiva durante el año 2014.

Unidad informante:

Instrumento que es aplicado durante el periodo de Mayo a Julio, 2014 por los investigadores a 30 mujeres atendidas en el Policlínico de Rehabilitación de Piso Pélvico del Hospital Carlos Van Buren que se encuentran en espera de cirugía correctiva durante el año 2014.

RECOLECCIÓN DE DATOS

Instrumento de recolección de datos

El instrumento de recolección de datos es elaborado a partir del cuadro sinóptico, el cual fue creado por medio de la información presentes en las fuentes

bibliográficas del marco teórico, permitiendo posteriormente formular 24 preguntas cerradas. (Ver Anexo N°7)

Para perfeccionar el instrumento, éste es aplicado como pilotaje durante el mes de marzo del año 2014 a 12 mujeres elegidas de manera aleatoria que son atendidas en el Policlínico de Rehabilitación de Piso Pélvico del Hospital Carlos Van Buren. A partir de lo anterior se realizan modificaciones, obteniendo el instrumento definitivo.

Esta investigación es revisada y aprobada por el Comité Científico del Hospital Carlos Van Buren, dentro de los meses de Octubre 2013 a Enero 2014 (Ver Anexo N°5)

El instrumento se aplicará a 30 mujeres con diagnóstico de IUE que se atienden en el Policlínico de Rehabilitación de Piso Pélvico del Hospital Carlos Van Buren que se encuentran en espera de cirugía correctiva en el año 2014 y que accedieron bajo consentimiento informado a ser encuestadas y estudiadas. (Ver Anexo N°6)

TÉCNICA DE ANÁLISIS DE DATOS

Los datos obtenidos mediante la encuesta aplicada son llevados a una planilla de cálculo confeccionada en el programa computacional de Microsoft Office: Excel 2007. Esta planilla de cálculo proporciona las frecuencias totales de las distintas variables que fueron planteadas. (Ver Anexo N°6)

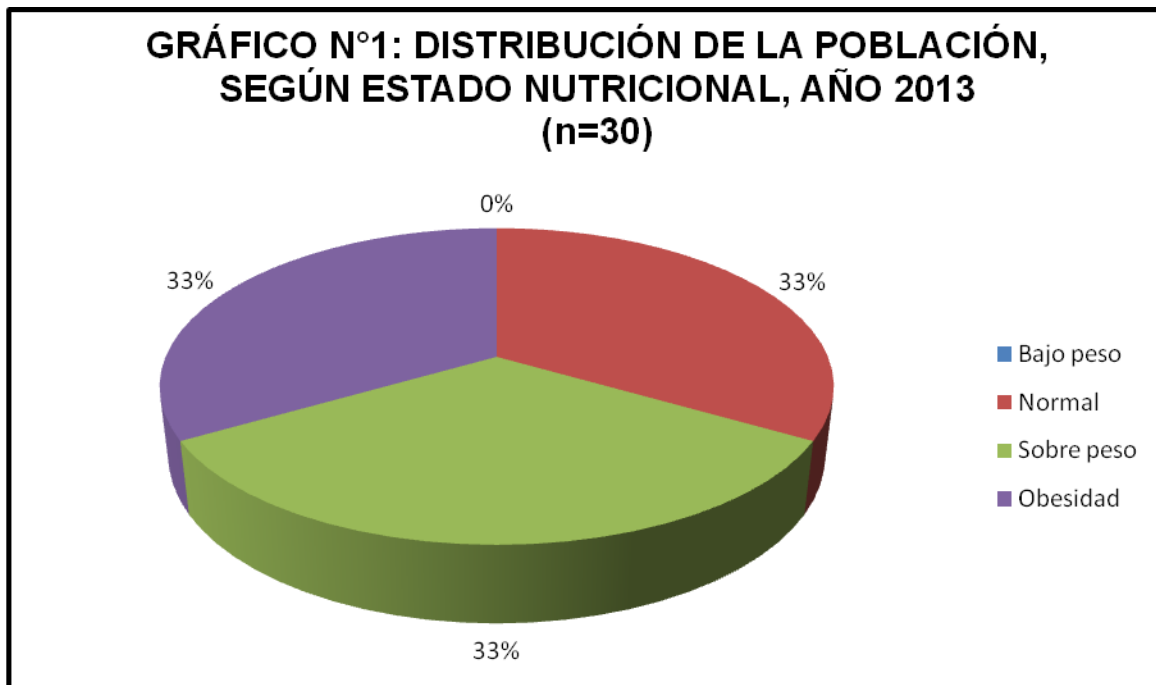
Teniendo claridad en los datos obtenidos se fabricarán gráficos en el programa Microsoft Word 2003, para representar la información de las variables estudiadas.

Los tipos de gráficos que se utilizan son: de barra simple, Torta (sectorial).

En cada gráfico se realiza un comentario describiendo los datos obtenidos, adjuntas a éstos se presenta una tabla con sus respectivas frecuencias expresadas en números enteros y en porcentajes.

V.RESULTADOS

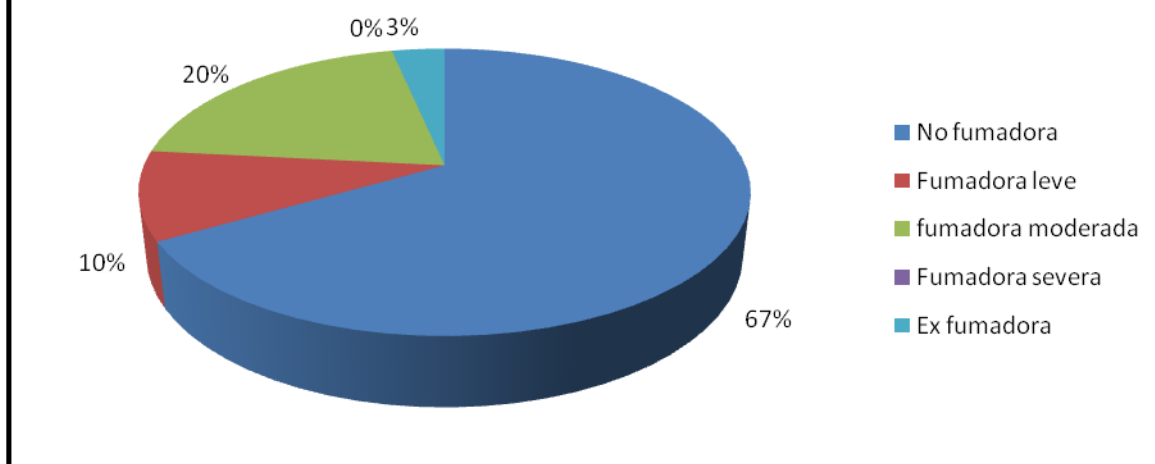
**GRÁFICO N°1: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN,
SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL, AÑO 2013
(n=30)**



(FUENTE: UNIDAD DE PISO PÉLVICO, HCVB)

La distribución de la población de acuerdo al estado nutricional es en igual porcentaje de un 33% para las mujeres pertenecientes a los grupos de estado nutricional normal, sobrepeso y obesidad. Además, dentro de esta muestra no se encontró mujeres bajo peso (0%).

GRÁFICO N° 2: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN HÁBITO TABÁQUICO, AÑO 2013. (n=30)

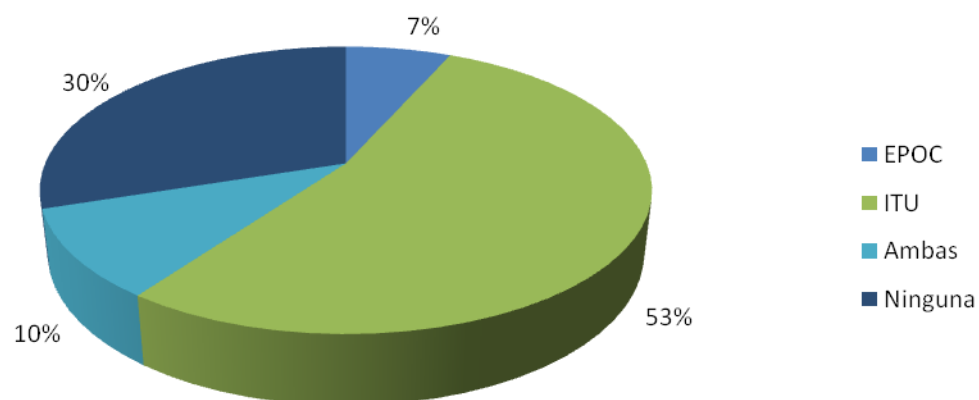


(FUENTE: UNIDAD DE PISO PÉLVICO, HCVB)

Dentro de las mujeres estudiadas, con respecto al hábito tabáquico se encontró que un 67% de las mujeres es no fumadora y un 33% es fumadora actual o lo fue alguna vez en su vida. Dentro del total de las mujeres, un 20 % corresponde a fumadoras moderadas (6- 15 cigarrillos por día), un 10% corresponde a fumadoras leves (menos de 5 cigarrillos por día) y, un 3% son ex fumadoras. Dentro del estudio no se encontró mujeres fumadoras severas (más de 16 cigarrillos diarios).

GRÁFICO N° 3: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN PATOLOGÍAS ASOCIADAS, AÑO 2013.

(n=30)



(FUENTE: UNIDAD DE PISO PÉLVICO, HCVB)

Un 53% de las mujeres encuestadas presentó episodios de ITU alguna vez en su vida. Un 7% de la muestra padece de EPOC y, un 10% de las encuestadas declaró haber padecido ambas patologías. El 30% restante dice no haber sufrido ninguna de estas patologías.

TABLA N° 4: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN PARIDAD, AÑO 2013.

(n=30)

Previsión de Salud	Frecuencia Absoluta	Frecuencia %
Nulípara	1	3
Unípara	5	17
Múltipara de 2	11	36
Múltipara de 3	5	17
Múltipara de 4	5	17
Múltipara de 5	2	7
Múltipara de 6	1	3
Total	30	100

Dentro de la muestra estudiada, un 97% corresponde a mujeres que han tenido al menos un hijo y, el 3% restante nunca ha tenido hijos. Dentro del total de la población, el grupo mayoritario pertenece a la variable de múltipara de 2 (36%), en igualdad de porcentaje (17%) se encuentran los grupos de unípara, múltipara de 3 y de 4, respectivamente. El 3% restante corresponde a múltiparas de 6.

TABLA N° 5: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN TIPO DE PARTO, AÑO 2013.

(n=30)

Tipo de Parto	Frecuencia Absoluta	Frecuencia %
Vaginal	18	60
Cesárea	7	24
Fórceps	0	0
Vaginal + Cesárea + Fórceps	2	7
Vaginal + Cesárea	0	0
Vaginal + Fórceps	1	3
Cesárea + Fórceps	1	3
No corresponde	1	3
Total	30	100

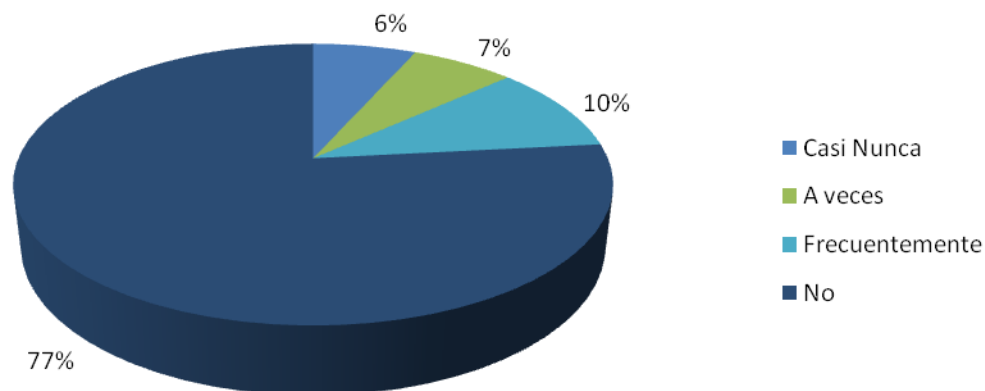
Dentro del total de la muestra, un 60% tuvo únicamente parto vaginal y un 24% tuvo parto vía cesárea. Un 7% de las mujeres corresponde a parto vaginal + cesárea + fórceps. Finalmente, se encuentran en igual porcentaje, 3% aquellas que tuvieron parto vaginal + fórceps y cesárea + fórceps. Dentro de la muestra estudiada no se encontró mujeres que hayan tenido uno o más partos con fórceps o que hayan tenido parto vaginal + cesárea.

**TABLA N° 6: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE HA TENIDO PARTO VAGINAL, SEGÚN INDEMNIDAD DEL PERINÉ, AÑO 2013.
(n=22)**

Indemnidad del Periné	Frecuencia Absoluta	Frecuencia%
Episiotomía	10	45
Desgarro	3	14
Periné indemne	1	4
Episiotomía + Desgarro	7	32
Episiotomía + Periné Indemne	1	5
Total	22	100

En cuanto a la indemnidad perineal en mujeres que han tenido partos vaginales, el 45% de la muestra corresponde a mujeres a las cuales se les realizó episiotomía en algunos de sus partos vaginales. El 32% siguiente corresponde a mujeres que tuvieron episiotomía y desgarro durante el expulsivo. El 14% se encuentran las mujeres que sufrieron desgarro durante alguno de sus partos. Cabe destacar que un 4% de las mujeres tuvo periné indemne.

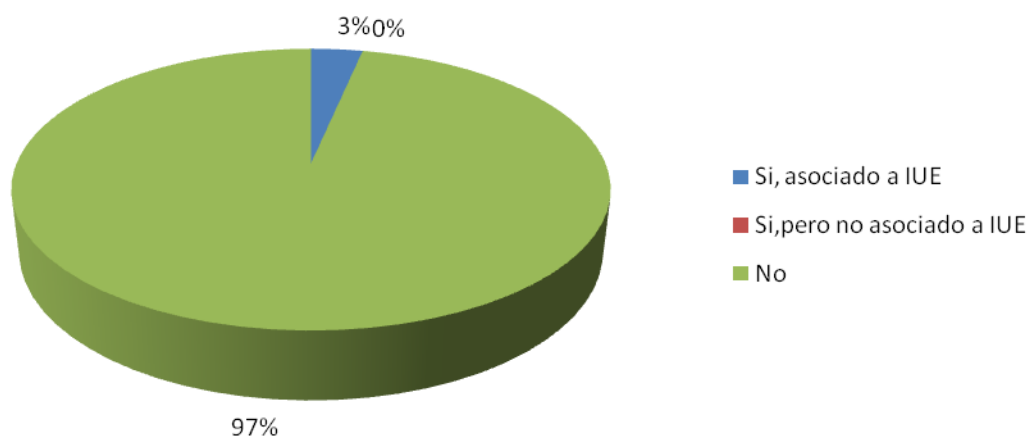
GRÁFICO N° 7: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN AISLAMIENTO SOCIAL, AÑO 2013 (n=30)



(FUENTE: UNIDAD DE PISO PÉLVICO, HCVB)

Dentro de las mujeres encuestadas, un 77% no ha vivido aislamiento social, seguido de un 10% de las mujeres quienes sí han vivenciado aislamiento social frecuentemente. Por último se encuentran en igual porcentaje (13%) las mujeres que han vivenciado casi nunca y a veces aislamiento social.

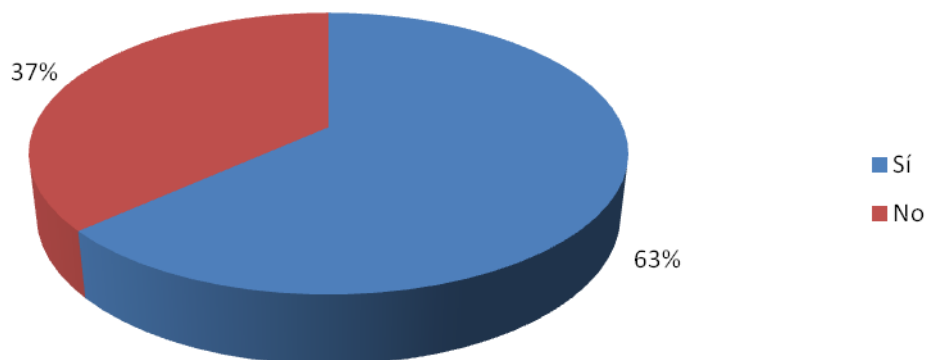
GRÁFICO N° 8: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN DESERCIÓN DEL TRABAJO, AÑO 2013 (n=30)



(FUENTE: UNIDAD DE PISO PÉLVICO, HCVB)

De la totalidad de las mujeres, un 97% de ellas no desertó del trabajo y, un 3% de ellas desertó de su trabajo a causa de la IUE.

GRÁFICO N° 9: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN ACTIVIDAD SEXUAL, AÑO 2013 (n=30)



(FUENTE: UNIDAD DE PISO PÉLVICO, HCVB)

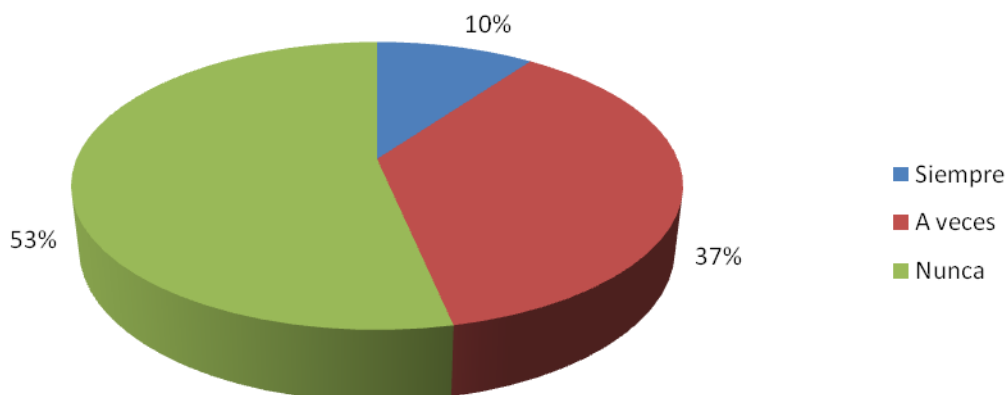
Dentro de las 30 mujeres encuestadas, un 63% de ellas indicaron ser sexualmente activas y, un 37% declaró no tener actividad sexual.

**TABLA N° 10: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEXUALMENTE ACTIVA, SEGÚN INTERFERENCIA DE LA IU EN LA RELACIÓN SEXUAL, AÑO 2013.
(n=19)**

Influencia de la IU en la relación sexual	Frecuencia Absoluta	Frecuencia %
Nunca	9	47
Casi Nunca	1	5
A veces	3	16
Frecuentemente	4	21
Siempre	2	11
Total	19	100

Dentro de la población sexualmente activa, un 53% de las mujeres indicó que la IUE sí interfiere en sus relaciones sexuales en diverso grado y, un 47 % de las mujeres indicó que la IUE no interfiere en sus relaciones sexuales.

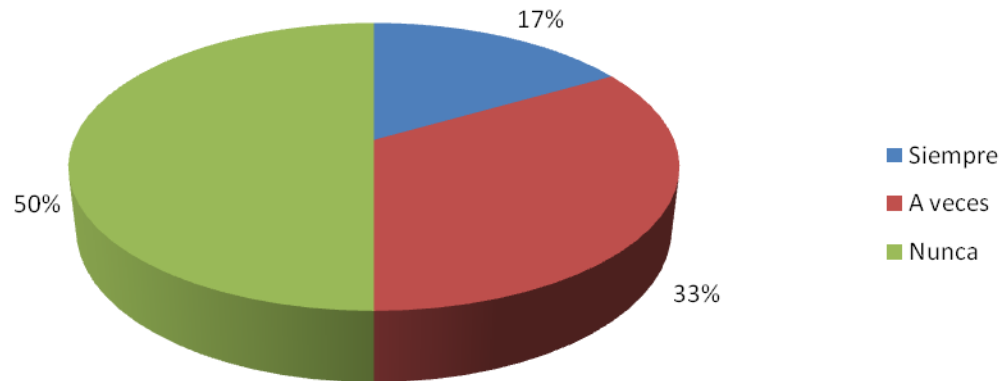
GRÁFICO N° 11: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN SÍNTOMAS DEPRESIVOS: BAJA AUTOESTIMA, AÑO 2013. (n=30)



(FUENTE: UNIDAD DE PISO PÉLVICO, HCVB)

El 53% de las mujeres con IUE encuestadas nunca ha sentido baja autoestima, mientras que el 37% declara que a veces ha sentido baja autoestima relacionada a la IUE y, el 10% restante dice siempre sentir una baja autoestima.

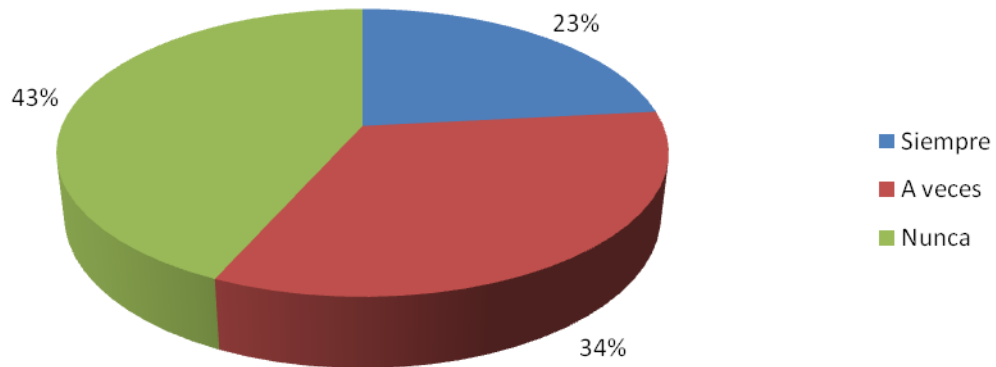
GRAFICO N° 12: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN SÍNTOMAS DEPRESIVOS: DESCONFIANZA, AÑO 2013. (n=30)



(FUENTE: UNIDAD DE PISO PÉLVICO, HCVB)

El 50% de las mujeres con IUE encuestadas nunca ha sentido desconfianza relacionada con la IUE. El 33% de las mujeres dice a veces sentir desconfianza relacionada a la IUE y, el 17% restante declara siempre sentir desconfianza relacionada con este síndrome.

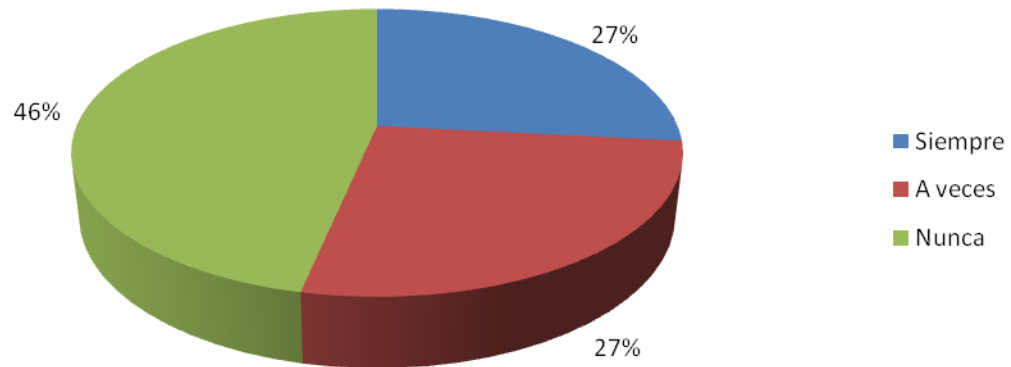
GRÁFICO N° 13: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN SÍNTOMAS DEPRESIVOS: MIEDO, AÑO 2013. (n=30)



(FUENTE: UNIDAD DE PISO PÉLVICO, HCVB)

EL 43% de las mujeres con IUE encuestadas declara que nunca ha sentido miedo, el 34% dice a veces sentir miedo relacionado a la IUE y, el 23% restante indica siempre sentir miedo relacionado al síndrome.

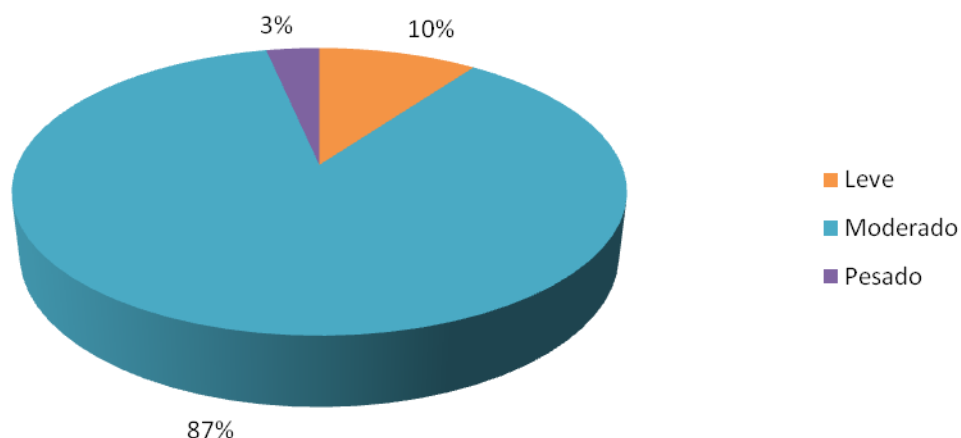
GRÁFICO N° 14: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN SÍNTOMAS DEPRESIVOS: VERGÜENZA, AÑO 2013. (n=30)



(FUENTE: UNIDAD DE PISO PÉLVICO, HCVB)

EL 46% de las mujeres con IUE declara que nunca ha sentido vergüenza producto de padecer IUE, continuando en igual porcentaje (27%) las mujeres que dicen siempre y a veces haber sentido vergüenza producto de la IUE.

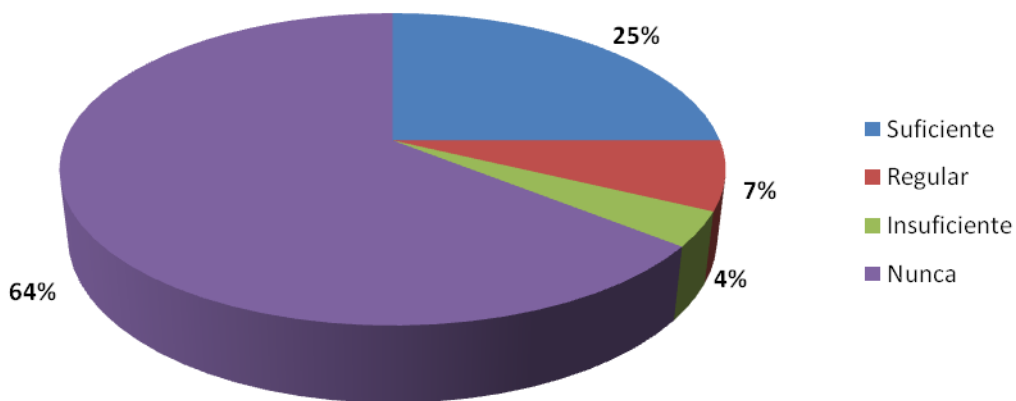
**GRÁFICO N° 15: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN ESFUERZO LABORAL, AÑO 2013.
(n=30)**



(FUENTE: UNIDAD DE PISO PÉLVICO, HCVB)

La distribución de la población de acuerdo al esfuerzo laboral corresponde a un 87% de las mujeres que realizan un esfuerzo moderado, seguido por las mujeres que realizan un esfuerzo leve al trabajar (10%) y, por último, aquellas que realizan un esfuerzo de trabajo pesado (3%).

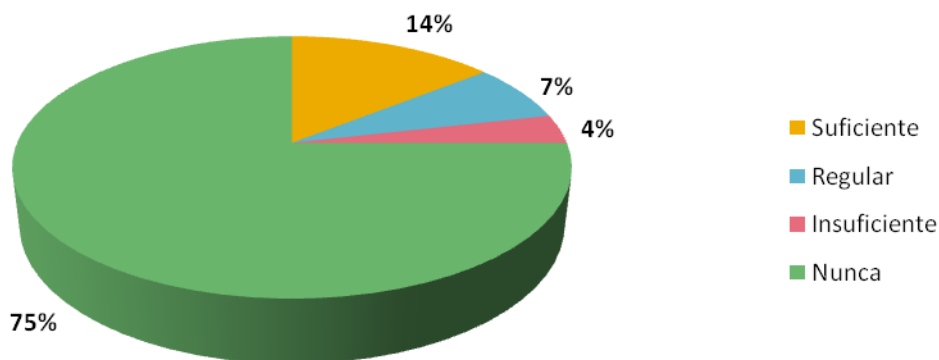
GRÁFICO N° 16: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN CONTROL CON MATRÓN/NA, SEGÚN LA EDUCACIÓN QUE REALIZA EL PROFESIONAL RESPECTO A DIETA, AÑO 2013. (n=28)



(FUENTE: UNIDAD DE PISO PÉLVICO, HCVB)

EL 64% de las mujeres de la muestra nunca ha recibido educación acerca de la dieta de parte del profesional matró/na, el 25% señala haber recibido suficiente educación, el 7% ha recibido regular cantidad de información por el profesional y, el 4% restante ha recibido insuficiente información.

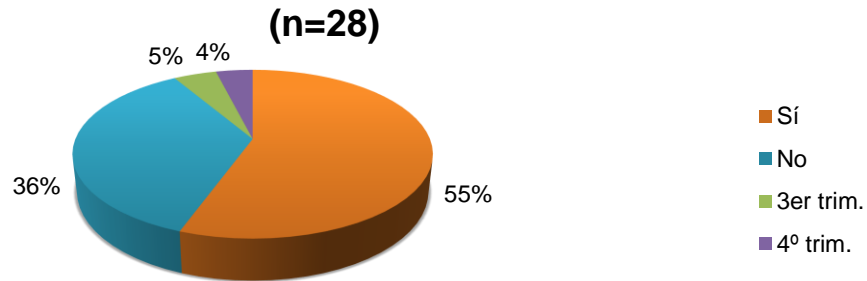
GRÁFICO N° 17: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN CONTROL CON MATRÓN/NA, SEGÚN CALIDAD DE LA EDUCACIÓN RECIBIDA POR PARTE DEL PROFESIONAL EN CUANTO A EJERCICIOS PARA PREVENIR LA IUE, AÑO 2013. (n=28)



(FUENTE: UNIDAD DE PISO PÉLVICO, HCVB)

Un 75% de la muestra indica que nunca ha recibido educación en ejercicios preventivos para la IUE por parte del profesional matró/na, mientras que un 25% respondió que sí recibió esta educación; calificándola un 14% como suficiente, un 7% como regular y el otro 4% restante, como insuficiente.

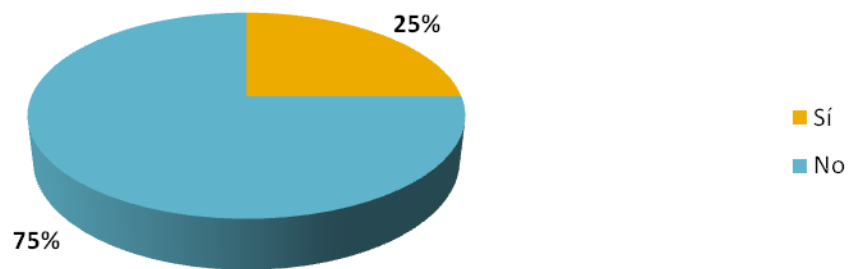
GRÁFICO N° 18: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN CONTROL CON MATRÓN/NA, SEGÚN LA PERCEPCIÓN DE LA USUARIA RESPECTO DEL INTERÉS POR PARTE DEL PROFESIONAL POR CONOCER SU ESTADO GENERAL, AÑO 2013.



(FUENTE: UNIDAD DE PISO PÉLVICO, HCVB)

Un 61% de la muestra percibe que el profesional matró/na demuestra interés por conocer su estado general, el 39% restante no percibe interés por parte de este profesional por conocer cómo se encuentra.

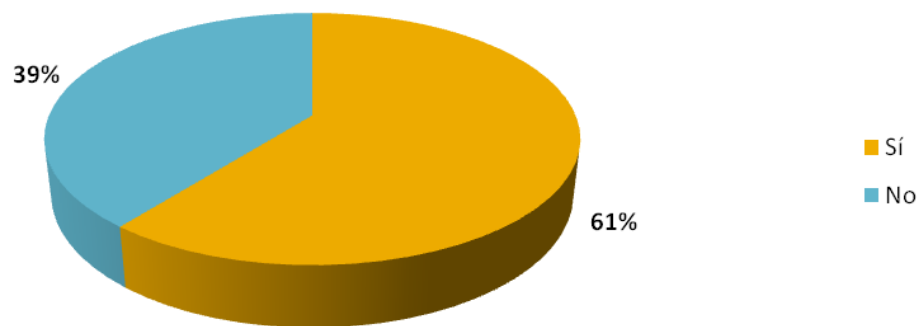
**GRÁFICO N° 19: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN CONTROL CON MATRÓN/NA, SEGÚN PERCEPCIÓN DE LA USUARIA RESPECTO DEL INTERÉS DEL PROFESIONAL POR SU ENTORNO FAMILIAR, AÑO 2013.
(n=28)**



(FUENTE: UNIDAD DE PISO PÉLVICO, HCVB)

El 75% de la muestra percibe interés por conocer su entorno familiar por parte del profesional matró/na, el 25% restante no percibe este interés por parte de dicho profesional.

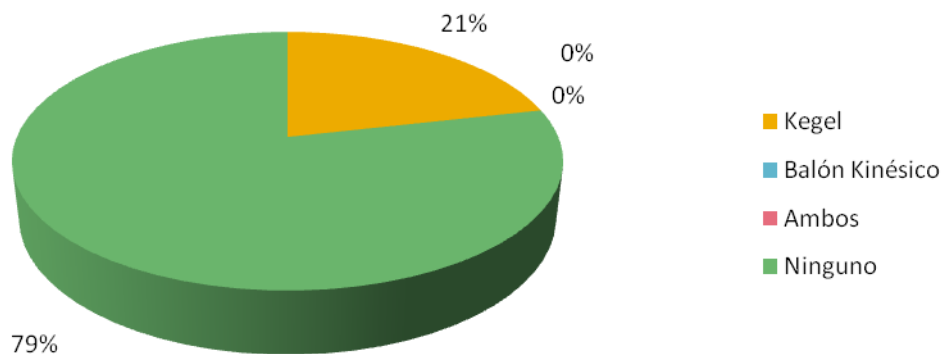
**GRÁFICO N° 20: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN CONTROL CON MATRÓN/NA, SEGÚN INFORMACIÓN ENTREGADA POR PARTE DEL PROFESIONAL, AÑO 2013.
(n=28)**



(FUENTE: UNIDAD DE PISO PÉLVICO, HCVB)

El 61% de muestra califica como pertinente la información recibida por parte del profesional matrón/na, el 39% restante no la califica como pertinente.

**TABLA N° 21: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN CONTROL CON MATRÓN/NA, SEGÚN EDUCACIÓN RECIBIDA EN CUANTO A TIPOS DE EJERCICIOS PARA PREVENIR LA IUE, AÑO 2013.
(n=28)**

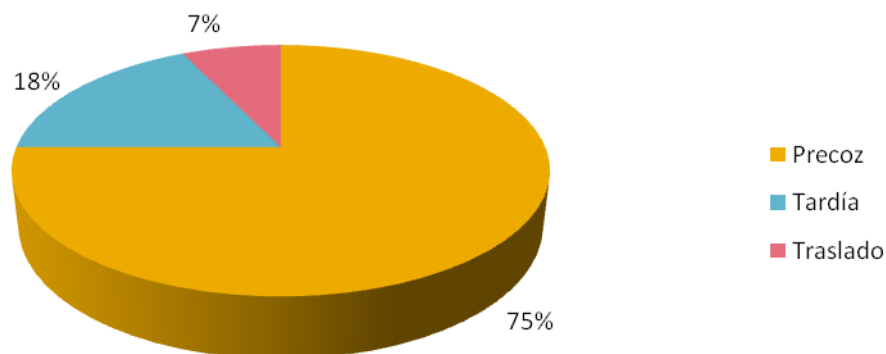


(FUENTE: UNIDAD DE PISO PÉLVICO, HCVB)

Un 79% de la población encuestada señala que no recibió educación en ningún tipo de ejercicios preventivos para la IUE, un 21% señala que recibió educación en ejercicios de Kegel, mientras que la totalidad de la muestra indica que no recibió educación en ejercicios con balón kinésico.

TABLA N° 22: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN CONTROL CON MATRÓN/NA, SEGÚN MOMENTO DE DERIVACIÓN POR PARTE DEL PROFESIONAL A LA UNIDAD PISO PÉLVICO POR IUE. AÑO 2013.

(n=28)



(FUENTE: UNIDAD DE PISO PÉLVICO, HCVB)

Un 75% de la población encuestada indica que recibió una derivación precoz en la primera consulta a la Unidad de Piso Pélvico por parte del profesional matró/na que la atendía, un 18% indica que su derivación fue tardía y, el 17% restante indica que su derivación fue después de un traslado.

VI. DISCUSIÓN

Los resultados de la presente investigación muestran que dentro de los **aspectos biológicos** que se describen en las mujeres con IUE, un 30% se encuentra en rango de edad entre 50-54 años, un 27% se encuentra en el rango de edad mayor o igual a 60 años, los menores porcentajes son 6% y 10% que corresponden a rangos de edad menor a 40 años y entre 40-44 años respectivamente, esto concuerda con la información presente en la literatura, ya que los últimos estudios han mostrado que la prevalencia de la IU aumenta con el paso de los años en la mujer.

El estado nutricional de las mujeres pertenecientes a la muestra de esta investigación corresponde a un 33% con estado nutricional normal, 33% con estado nutricional sobre peso y 33% con estado nutricional obesidad, esto coincide con estudios que dicen que el sobrepeso y la obesidad son un factores de riesgo para padecer IU, por el peso añadido que se le da a los músculos de soporte y órganos suspendidos en la pelvis.

Las mujeres encuestadas que se encuentran en periodo menopáusico o post menopáusico corresponden a un 67% y las que aún no han cursado éste periodo corresponde a un 33%, esto coincide con la literatura, a pesar que no existe una relación causal por sí solo de IU, gran parte de estudios evidencian un aumento de la IU en mujeres menopáusicas.

Con respecto a la terapia hormonal de reemplazo, las mujeres que participaron en la investigación un 83% nunca habían utilizado, un 7% la había utilizada por un período entre 1-4 años y un 10% 5 años y más. Varios estudios con respecto al uso de la terapia hormonal de reemplazo han arrojado resultados contradictorios con respecto a si ésta es un factor de riesgo o protector para la IU.

En relación a la paridad de las mujeres, un 3% corresponde a mujeres nulíparas, un 17% a uníparas, un 36% a multíparas de dos, un 17% a multíparas de tres, un 17% a multíparas de cuatro, un 7% a multíparas de cinco y un 3% a multíparas de 6 o más, las que corresponderían a mujeres gran multíparas. De acuerdo a los datos proporcionados, un 80% de las mujeres encuestadas con IUE son multíparas. Esto concuerda con la literatura, ya que el parto es un proceso

agresivo que daña la musculatura y los nervios del piso pélvico, impidiendo el aporte de presión al esfínter uretral produciendo la IUE. Esto quiere decir que a mayor número de parto, mayor será el daño y la probabilidad de presentar IUE.

Con respecto al tipo de parto un 60% de las mujeres encuestadas sólo tuvieron partos vaginales, mientras que un 24% sólo tuvo parto vía cesárea, un 7% de las mujeres tuvo partos por vía vaginal, cesárea y/o fórceps, un 3% tuvo partos de tipo vaginal y fórceps, un 3 % partos cesárea y fórceps, y un 3% de las mujeres no tuvo parto. Según los resultados y asociándolo a estudios y literatura, se aprecia que tanto los partos vaginales como las cesáreas y los partos instrumentalizados (fórceps) influyen en aparición de IUE.

En cuanto a la indemnidad perineal en mujeres que han tenido sólo partos vaginales, el 45% de la muestra corresponde a mujeres a las cuales se les realizó episiotomía en algunos de sus partos. El 32% de las mujeres tuvieron episiotomía y desgarro durante el expulsivo. Un 14% de las mujeres tuvo desgarro durante alguno de sus partos. Un 5% de las mujeres se les realizó episiotomía y/o tuvo periné indemne. Cabe destacar que sólo un 4% de las mujeres tuvo periné indemne. Estos resultados se contradicen con un estudio realizado en el Hospital Grater Baltimore ubicado en Towson (Estados Unidos), que demuestra que la episiotomía no influye en daños al piso pélvico. Pero sí concuerda con otro estudio, en el cual sí generaría perjuicio a largo plazo y entre ellos la IUE.

De las mujeres con IUE un 70% presentan o presentaron otras patologías crónicas. Un 53% ITU, 7% presenta EPOC, y un 10% EPOC más ITU. Esto concuerda con investigaciones realizadas, ya que la presión intraabdominal constante producida por la EPOC provoca daño en órganos pélvicos. Además se dice que las ITU tienen una relación con la aparición de IUE, que aún no está clara, y queda demostrado con el 53% de las mujeres que padecieron de ITU.

En relación a los síntomas que presentan o presentaron las mujeres que padecían IUE, un 40% refirió tener todos los síntomas: escape de orina con y sin esfuerzo y bulto o pesadez en zona genital. Un 27% de las mujeres sienten escape de orina con y sin esfuerzo, seguido de un 23 % quienes presentan

únicamente escape de orina al esfuerzo y, el 10% restante presenta escape de orina al esfuerzo y bulto o pesadez en la zona genital. Estos resultados concuerdan con la literatura, ya que la mayoría de las mujeres refieren perder orina al realizar algún esfuerzo, lo que es característico de la IUE.

Los resultados del estudio indican que el 100% de las mujeres encuestadas nunca han sido sometidas a una cirugía correctiva para la IU, formando parte de una lista de espera para acceder a este tratamiento. Estos datos no es posible contrastarlos con la literatura, ya que en ella se encuentra información sobre mujeres ya intervenidas quirúrgicamente con la finalidad de corregir su IU.

Un 67% de las mujeres encuestadas son no fumadoras versus un 33% que han sido o son fumadoras; dentro de este 33%, existe un 20% que corresponde al grupo de fumadoras moderadas, un 10% a fumadoras leves y un 3% corresponden a ex fumadoras. No se encontró, dentro del presente estudio, a mujeres fumadoras severas (más de 16 cigarrillos diarios). Aunque el porcentaje de mujeres fumadoras no es significativo frente al porcentaje de mujeres no fumadora pertenecientes a la muestra, si se establece una relación entre el hábito tabáquico y el riesgo aumentado de padecer IUE.

Dentro de los **aspectos psicológicos** que se describen, un 77% de las mujeres encuestadas no ha experimentado aislamiento social, mientras que un 10% si ha vivenciado esta situación frecuentemente, un 13% refiere haber vivido episodios de aislamiento social casi nunca y/o a veces. Estos datos concuerdan con lo definido por la literatura, ya que dentro de la muestra se encuentra un porcentaje de mujeres que, en mayor o menor grado, ha experimentado episodios de aislamiento social debido a su problema de IUE.

En cuanto a las relaciones sexuales de las mujeres encuestadas, un 63% de las mujeres declara ser sexualmente activa y un 37% indica no tener actividad sexual. Dentro del porcentaje de mujeres sexualmente activas, existe un 53% que manifiesta interferencia de la IUE en sus relaciones sexuales en un grado variable, mientras que un 47% indica que la IUE no interfiere en sus relaciones sexuales. Un 53% de las mujeres logra excitarse en todas sus relaciones sexuales, el 37%

logra excitación solo en ocasiones y un 10% nunca logra excitarse. Un 42% declara que logra lubricarse solo en algunas de sus relaciones sexuales, un 37% siempre lubrica mientras que un 21% nunca logra lubricar. Un 58% declara que logra la satisfacción en todas sus relaciones sexuales, un 26% indica que solo se siente satisfecha a veces y el 16% restante nunca logra sentir satisfacción después de una relación sexual. Un 53% de las mujeres encuestadas declara lograr el orgasmo en todas sus relaciones sexuales, un 32% manifiesta lograrlo solo en ocasiones y un 16% nunca alcanza el orgasmo. Un 47% no siente dolor durante el coito, un 42% declara sentir dolor a veces y el 11% dice sentir dolor siempre durante el coito. Estos resultados con respecto a la sintomatología descrita están en concordancia con la literatura, que indica que la actividad sexual de la paciente que padece IUE se ve afectada por diversos factores, a parte de la pérdida de orina durante el acto sexual en sí, tales como la dispareunia, la sequedad vaginal o la pérdida de la libido, que puede deberse tanto a factores físicos como psicológicos.

El 97% de las mujeres que fueron encuestadas, no desertaron del trabajo producto de la IUE, mientras que un 3% si lo hizo. Estos datos no concuerdan con la literatura, ya que el informe ONI, menciona que es muy común el ausentismo laboral en las mujeres con IU, llegando al 64%.

Con respecto a los estados emocionales, el 53% de las mujeres que padecen IUE nunca han sentido baja autoestima, mientras que el 37% a veces ha sentido baja autoestima y el 10% restante siempre siente baja autoestima. Otros estados emocionales son la desconfianza, miedo y vergüenza, los cuales no son representativos para el total de las mujeres con IUE encuestadas. En comparación con lo que se menciona en la literatura estos resultados no concuerdan, ya que las mujeres con incontinencia urinaria de leve a moderada tienen un 40% más de riesgo de sufrir depresión, y en el caso de las que padecen incontinencia severa, el riesgo aumenta a un 82%. También se ve gravemente afectada autoestima y seguridad.

En cuanto a los **aspectos sociales** de la investigación, del nivel educacional arroja que el 40% de las mujeres encuestadas cursó la enseñanza media completa, mientras que el 23% la cursó incompleta. El 17% de la población cursó enseñanza básica en su totalidad y, un 20% la cursó incompleta. Un 7% ha completado estudios técnicos, mientras que un 3% ha cursado estudios técnicos incompletos. Dentro de la muestra no se encontraron mujeres que hayan cursado estudios superiores, lo que concuerda con la literatura, donde se indica que el nivel educacional predominante de las mujeres que padecen IU, es la escolaridad básica o media incompleta y sin estudios universitarios y/o superiores.

Con respecto a la situación conyugal de las mujeres encuestadas, un 53% tienen pareja y un 47% corresponde a mujeres sin pareja. Dentro de la totalidad de las encuestadas, un 36% corresponden a mujeres casadas, 27% son separadas, en iguales porcentajes (10%) se encuentran las mujeres en una relación de pareja y solteras; y (7%) en una relación de convivencia y viudas. Estos resultados concuerdan con lo establecido en el marco teórico, donde el mayor porcentaje pertenece a mujeres casadas, sin embargo también se plantea que esto puede variar de acuerdo a las características socioculturales del lugar demográfico en cual se investigue.

En relación al esfuerzo laboral, el 87% de las mujeres realizan un esfuerzo moderado, seguido de un 10% por las mujeres que realizan un esfuerzo leve al trabajar, y por último solo un 3% realizan un esfuerzo de trabajo pesado. Estos resultados no tienen concordancia con la literatura, ya que ésta establece que la IU es más prevalente en aquellas mujeres cuyos trabajos impliquen grandes carga de peso, esfuerzo físico mayor o estancia de pie en forma prolongada como por ejemplo: reponedor en supermercados, feriante, construcción, etc.

En relación al nivel socioeconómico, un 94% tiene como previsión de salud FONASA. En base al total de la población, un 40% corresponde a FONASA B, un 20% a FONASA C, y equitativamente con un 10% perteneciente a cada uno, encontramos FONASA A Y FONASA D. Un 3% restante corresponde a prestaciones externas, y un 3% no cuenta con previsión. Estos datos de

correlacionan con estudios, ya que se ha constatado que en mujeres que padecen de IUE, tiene un nivel socioeconómico bajo que pertenecen al servicio público de salud FONASA.

En cuanto a las **acciones realizadas por el profesional matró/na para prevención de IUE**, un 61% de las mujeres encuestadas califica como pertinente la información recibida por parte del profesional matró/na, el 39% restante no la califica como pertinente. En segundo lugar está el interés que demuestra la matró/na por conocer el estado general de la usuaria, donde un 61% de la muestra percibe que el profesional demuestra interés por conocer su estado general, el 39% restante no percibe interés por parte de este profesional por conocer cómo se encuentra. En tercer lugar el profesional matró/na acuerda con la usuaria la fecha y hora para efectuar el próximo control, donde un 50% de la muestra señala que se realizaba en forma mutua y, el otro 50% señala que el día era impuesto por dicho profesional. En cuarto lugar el interés que muestra el profesional por el resultado de los exámenes que se le han solicitado a las usuarias, un 64% de la muestra percibe que sí hay interés y el 36% restante no percibe interés por parte de este profesional por conocer el resultado de sus exámenes. Y por último la preocupación que tiene la matró/na por conocer el entorno familiar de la usuaria, donde un 75% de la muestra percibe que sí hay interés por conocer su entorno familiar y el 25% restante no percibe este interés por parte de dicho profesional. Estos resultados concuerdan con el rol que ejerce el profesional matró/na, escuchando y prestando atención a todos los detalles de la vida de esta persona comprendiendo que, muchas veces, se convierte en una forma de contención, éste/a debe ser un ente guía y resolutivo, de dudas y problemas por parte de las usuarias, transformándose en una fuente vital de confianza y seguridad. El profesional matró/na es capaz de comprender a la usuaria, no solo como un ser biológico, enfermo o sano, sino también como un ser humano con sentimientos, emociones, inserto dentro de una familia, parte de una comunidad.

Otra acción importante es la educación que se les brinda a las usuarias en el control con el profesional matró/na, siendo importante la educación en ejercicios, donde un 75% de la muestra indicó que nunca recibió educación en ejercicios preventivos para la IUE por parte del profesional matró/na, mientras que un 25% respondió que sí recibió esta educación; calificándola un 14% como suficiente, un 7% como regular y el otro 4% restante, como insuficiente. Y además la educación en la dieta, donde el 64% de las mujeres de la muestra nunca ha recibido educación acerca de la dieta, un 25% señala haber recibido suficiente educación, el 7% ha recibido regular cantidad de información por el profesional y, el 4% restante ha recibido insuficiente información. Estos resultados se contradicen con la literatura, ya que el rol del profesional matró/na es educar en todos los controles sobre alimentación equilibrada y saludable, y enseñar hábitos sobre ejercicio físico y deportes, con el objetivo de promocionar los estilos de vida saludable, con ello, disminuir la obesidad, y evitar aquellos ejercicios o deportes de impacto que pudiesen alterar la funcionalidad del piso pélvico

. Y una de las acciones relevantes para prevenir la IUE, son los tipos de ejercicios perineales, donde un 79% de la población encuestada señala que no recibió educación en ningún tipo de ejercicios preventivos para la IUE, un 21% señala que recibió educación en ejercicios de Kegel, mientras que la totalidad de la muestra indica que no recibió educación en ejercicios con balón kinésico. Los resultados obtenidos no concuerdan con la literatura, ya que esta plantea que el profesional matró/na debe enseñar a las usuarias durante todo su ciclo reproductivo, especialmente durante la gestación y el puerperio a reforzar o proteger el perineo, a través de ejercicios con balón kinésico o de kegel, para evitar así, la IUE.

En cuanto a las **acciones realizadas por el profesional matró/na para detección de IUE**, Un 75% de la población encuestada indica que recibió una derivación precoz en la primera consulta a la Unidad de Piso Pélvico por parte del profesional matró/na que la atendía, un 18% indica que su derivación fue tardía y, el 17% restante indica que su derivación fue después de un traslado de

CESFAM. Los resultados concuerdan con la literatura, ya que dentro del rol profesional matrn/na se considera esta rea una de las ms importantes, porque al conocer y comprender cada uno de los sucesos de la vida de la mujer, el profesional se encuentra totalmente capacitada para valorar, realizar una atencin integral y enfocarse en prevenir la IU en un futuro a mediano o largo plazo.

De acuerdo a los datos y conocimientos obtenidos dentro del marco terico se puede afirmar que la IU corresponde a un sndrome biopsicosocial que afecta en todo mbito el diario vivir de las personas quienes la padecen llegando, incluso, a perjudicar la calidad de vida de cada una de ellas. A partir de esta situacin, es de importancia la implementacin de diversas medidas que pudiesen ser aplicadas a corto, mediano y largo plazo a modo de prevencin de la IU y en la cual el profesional matrn/na cumple un rol fundamental.

El profesional matrn/na posee la instruccin y conocimientos necesarios para hacerse cargo de la salud de la mujer en los mbitos que sta lo requiera y a lo largo de toda su vida reproductiva. Dentro de su rol y, en relacin a esta investigacin, toman relevancia las facetas preventivas y de promocin de la salud. Debe ser capaz de entregar las herramientas y los conocimientos necesarios para que la mujer sea capaz de tomar su salud en manos propias, promover el bienestar fsico y psicosocial de la mujer, como un ente integral y no slo biolgico. Tambin debe brindar empata, confianza y seguridad, de manera que se genere un ambiente grato para la usuaria, donde se sienta cmoda y resulte ms fcil la educacin.

El mejor instrumento con el que se cuenta es la educacin, la cual debe ser efectiva y de calidad ya que, segn los resultados de esta investigacin, es ste uno de los principales ejes de falla dentro del rol profesional.

La primera instancia en la que el profesional matrn/na debe brindar educacin es en los centros de Atencin Primaria de Salud (APS), debido a la gran afluencia de mujeres con que cuentan. Este es un espacio donde la educacin entregada debe incluir: el fomento de estilos de vida saludables, tales como acciones destinadas a disminuir la obesidad y el consumo de tabaco y

alcohol; enseñanza de ejercicios de Kegel y ejercicios con balón kinésico en la etapa preconcepcional con la finalidad de fortalecer el piso pélvico de las usuarias; esta educación está destinada también a fomentar la participación activa de la mujer en cuanto a la planificación familiar y regulación de la fecundidad, con lo que se previenen embarazos no planificados reduciendo la paridad de las usuarias, lo cual tiene un impacto positivo en la prevención de la IUE. Luego del parto, en el control binomio o diada, reforzar la importancia de estos ejercicios y verificar si han sido realizados.

Una adecuada anamnesis permite al profesional matrn/na realizar la educación y acciones pertinentes según sea el caso de cada usuaria, con un enfoque íntegro, abordando tanto aspectos biológicos como psicológicos y sociales, lo que permite pesquisar oportunamente los factores de riesgo de padecer IUE y abordarlo de manera temprana. Dentro de los factores de riesgo biológicos se encuentran los antecedentes gineco-obstétricos: paridad y vía de parto; antecedentes mórbidos personales: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hábitos de consumo, siendo relevante el de tabaquismo, no sólo por el riesgo de cáncer y/o enfermedades respiratorias, sino que también por el daño que produce en los tejidos y sus componentes. Los aspectos psicológicos y sociales aparecen una vez que la usuaria se ve afectada por este síndrome, es por esto que el rol de matrn/na, debe poder involucrarse no tan sólo en la prevención de la IU sino que también en el tratamiento de ésta. Contar con un equipo multidisciplinario que no sólo contemple lo curativo, sino que abarque las distintas áreas que se ven afectadas por este padecimiento. Es de saber que las listas de espera para cirugías correctivas de IU son extensas, en donde las usuarias deben esperar en ocasiones hasta años para someterse a éstas, es por esto que se hace esencial un equipo de contención biopsicosocial el cual acompañe y contenga a la mujer en todas las etapas que involucre la rehabilitación del piso pélvico, esto puede hacerse efectivo, realizando talleres grupales a mujeres que padezcan IU en donde se realicen actividades que favorezcan la actividad física, se eduque respecto a la vida sexual, la higiene

genital femenina. Además de realizar sesiones de apoyo emocional tanto individuales como grupales según las necesidades particulares de cada usuaria, en el cual puedan contar sus experiencias y formar vínculos que ayuden a sobrellevar de mejor manera ésta condición.

Otra acción que debe realizar el profesional matró/na es el examen físico general, el cual debe tener un enfoque orientado a pesquisar condiciones que constituyen un factor de riesgo para la IUE, tales como el sobrepeso y la obesidad, ambos factores de riesgo para un posible padecimiento de IUE.

Sin embargo, el rol preventivo del matró/na no acaba allí, ya que debe hacer cargo de diversas otras tareas que no pueden ser entregadas mediante la educación y que facilitarán la prevención de la IU a largo plazo como lo es la adecuada atención del parto (protección correcta del periné), detectar factores de riesgo que puedan hacer a la mujer más susceptible a padecer incontinencia urinaria y, además ir haciendo el seguimiento para constatar que la educación entregada realmente está siendo efectiva.

Finalmente, con éste estudio se quiere resaltar la figura del profesional matró/na como actor principal en la estructura de atención del suelo pélvico desde la atención primaria, específicamente en el problema de IUE, que abarque desde la promoción de autoconocimiento y autocuidado del suelo pélvico en la población sin riesgo hasta la derivación al especialista cuando sea necesario.

Promover la profundización del conocimiento sobre la IU y el manejo del profesional matró/na, mediante la incorporación de estos temas en la malla curricular de la carrera profesional de obstetricia y puericultura.

Planteamos la necesidad de que se realicen más estudios relacionados con las consecuencias que tiene la IUE en la calidad de vida de las mujeres que la padecen, con el objetivo de conocer el real impacto de esta y con ello crear conciencia para establecer políticas de salud, donde es de vital importancia incorporar en el Programa de Salud de la Mujer protocolos que promuevan la prevención y tratamiento de este prevalente problema.

VII. AGRADECIMIENTOS

Al finalizar nuestra tesis, quisiéramos agradecer a todas las personas que nos ayudaron para la realización de esta investigación. En especial a nuestras familias y amigos por comprendernos en todo momento, por su constante apoyo incondicional y por motivarnos a seguir adelante.

A nuestra tutora y profesora, Claudia Gutiérrez, por guiarnos y motivarnos a investigar sobre el perfil biopsicosocial de mujeres que padecen incontinencia urinaria de esfuerzo y por su constante paciencia y dedicación en la investigación.

A la kinesióloga Karin Jeréz del Hospital Carlos Van Buren, por facilitarnos a sus usuarias.

Al Dr. Carlos Campusano por permitirnos presenciar el tratamiento que se les realiza a las mujeres que padecen incontinencia urinaria de esfuerzo, y por enseñarnos cómo se aplicaba.

A todo el equipo de la Unidad de Piso Pélvico del Hospital Carlos Van Buren.

Agradecer de manera especial a todas las mujeres que participaron en nuestra investigación, ya que sin ellas nada de esto hubiese sido posible.

En resumen, agradecer a todos quienes nos motivaron a salir adelante, permitiéndonos llevar a buen término nuestra tesis.

Muchas gracias.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Incontinenciaurinaria.com [homepage on the internet]. Madrid: Portalsalud.info; c2003-08 [actualizado 14 Marzo 2005; citado 13 marzo 2014]. Disponible en: http://www.incontinenciaurinaria.com/frontend/incontinenciaurinaria/noticia.php?id_noticia=610.
- (2) Wein JA, Kavoussi RL, Novick CA, Partin WA. Incontinencia urinaria: revisión de su fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. En: Nitti WV, Blaivas GJ, editors. Campbell Walsh Urología. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2008. p. 2046-2046.
- (3) Arrue GM. Evaluación de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo en Primigrávidas a término. Seguimiento a los 6,12 y 24 meses postparto [Tesis doctoral]. San Sebastián: Universidad del País Vasco; 2011.
- (4) Blasco PH, Espinoza FO, García MP. Atlas de Urodinámica. Barcelona: Editorial Glosa. p 107-108.
- (5) Gómez CR, Hernández B, Rojas U, Santacruz O, Uribe R. Psiquiatría clínica. Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos, 3ª ed. Bogotá: MédicaPanamericana; 2008. p 237-238.
- (6) DeLancey JO. Stress urinary incontinence: where are we now, where should we go? Am J ObstretGynaecol 1996. p 175:311-9.
- (7) Petros PE, Ullmsten UI. An integral theory of female urinary incontinence: Eperimental and clinical considerations. ActaObstetGynecolScand 1990. 153:7-31.
- (8) Lumber KM. The Definition, Prevalence, and Risk Factors for Stress Urinary Incontinence.RevUrol. 2004; 6(suppl 3): S3-S9.
- (9) Robles J.E. La incontinencia urinaria. AnSistSanitNavar. 2006; 29 (2): 219-232.
- (10) Robles J.E. La incontinencia urinaria. An SistSanitNavar. 2006; 29, N°2, 219-232.
- (11) Robles JE. La incontinencia urinaria. An. Sist. Sanit. Navar. 2006, Vol. 29, N° 2, mayo-agosto p. 222.

- (12) Wein JA, Kavoussi RL, Novick CA, Partin WA. Incontinencia urinaria: revisión de su fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. En: Nitti WV, Blaivas GJ, editors. Campbell Walsh Urología. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2008– – p. 2047-2048.
- (13) Wein JA, Kavoussi RL, Novick CA, Partin WA. Incontinencia urinaria: revisión de su fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. En: Nitti WV, Blaivas GJ, editors. Campbell Walsh Urología. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2008– p. 2128-2129.
- (14) Hunskaar S., Arnold E. P., Burgio K., Diokno A. C., Herzog A. R., Mallett V. T. Epidemiology and natural history of urinary incontinence. *IntUrogynecol J.* 2000; 11(5): 301-319.
- (15) Arrue G.M. Evaluación de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo en Primigrávidas a término. Seguimiento a los 6,12 y 24 meses postparto [Tesis doctoral]. San Sebastián: Universidad del País Vasco; 2011.
- (16) Cerruto M., D'Elia C., Aloisi A., Fabrello M., Artibani W. Prevalence, Incidence and Obstetric Factors' Impact on Female Urinary Incontinence in Europe: A Systematic Review. *Urol Int.* 2013; 90: 1-9.
- (17) Gyhagen M., Bullarbo M., Nielsen T. F., Milsom I. The prevalence of urinary incontinence 20 years after childbirth: a national cohort study in singleton primiparae after vaginal or caesarean delivery. *BJOG.* 2013; 120(2): 144-151.
- (18) McKinnie V., Swift S. E., Wang W., Woodman P., O'Boyle A., Kahn M., et al. The effect of pregnancy and mode of delivery on the prevalence of urinary and fecal incontinence. *Am J Obstet Gynecol.* 2005; 193(2): 512-517.
- (19) Kim, Y., & Chancellor, M. B. Incontinence after Childbirth. *Rev Urol.* 2000.
- (20) Handa V. L., Blomquist J. L., Knoepp L. R., Hoskey K. A., McDermott K. C., & Muñoz A. Pelvic floor disorders 5-10 years after vaginal or cesarean childbirth. *Obstetrics and gynecology*, 2011; 118(4): 777.

- (21) Handa, V. L., Blomquist, J. L., McDermott, K. C., Friedman, S., & Muñoz, A. Pelvic Floor Disorders After Childbirth: Effect of Episiotomy, Perineal Laceration, and Operative Birth. *Obstetrics and gynecology*. 2012; 119(2 Pt 1): 233.
- (22) Handa, V. L., Blomquist, J. L., McDermott, K. C., Friedman, S., & Muñoz, A. Pelvic Floor Disorders After Childbirth: Effect of Episiotomy, Perineal Laceration, and Operative Birth. *Obstetrics and gynecology*. 2012; 119(2 Pt 1): 233.
- (23) Viswanathan, M., Hartmann, K., Palmieri, R., Lux, L., Swinson, T., Lohr, K. N., et al. The Use of Episiotomy in Obstetrical Care: A Systematic Review: Summary. 2005.
- (24) Wein JA, Kavoussi RL, Novick CA, Partin WA. Incontinencia urinaria: revisión de su fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. En: Nitti WV, Blaivas GJ, editors. Campbell Walsh Urología. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2008– p. 2124.
- (25) Salinas J, Tellez M, Verseda M, Ramírez JC, Silmi A. Prevalencia de Alteraciones urodinámicas en las infecciones urinarias recidivantes de la mujer. Archivos Españoles de Urología (Ed. Impresa) Madrid dic. 2007.
- (26) National Collaborating Centre for Women's and Children's health. The management of urinary incontinence in women; 2006: 24.
- (27) Wein JA, Kavoussi RL, Novick CA, Partin WA. Incontinencia urinaria: revisión de su fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. En: Nitti WV, Blaivas GJ, editors. Campbell Walsh Urología. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2008– – p. 2128-2129.

(28) Martínez S. F., Fouz L. C., Gil D. P., M. Téllez M-F. L. Incontinencia urinaria: una visión desde Atención Primaria. *Medifamversión impresa* ISSN 1131-5768.v.11 n.2 Madrid. Feb. 2001.

(29) Plusesmas. Consecuencias sociales de la incontinencia. [serie en internet]. [citado 20 de Abril 2014]. [Aprox. 2 p.]. Disponible en: http://www.plusesmas.com/salud/incontinencia_urinaria/consecuencias_sociales_de_la_incontinencia/1409.html. Plusesmas.com.

(30) Pfizer comunicación. La incontinencia urinaria puede afectar a la vida sexual y la relación de pareja [serie en internet]. Madrid. Jul. 2012. Disponible en: https://www.pfizer.es/noticia/incontinencia_urinaria_puede_afectar_vida_sexual_relacion_pareja.html.

(31) Revista Salud UC. Incontinencia urinaria: Un problema que tiene solución. Chile. 4 de Oct. 2011. Disponible en: http://redsalud.uc.cl/ucchristus/MS/RevistaSaludUC/Nosotras/incontinencia_urinaria_un_problema_que_tiene_solucion.act.

(32) Incontinenciaurinaria.com [serie de internet]. Recuperar el suelo pélvico, ejercicios de Kegel. Madrid [actualizado 19 Abril 2014]. Disponible en: http://www.incontinenciaurinaria.com/frontend/incontinenciaurinaria/imprimir.php?id_noticia=60.

(33) Una de cada cuatro mujeres españolas padece incontinencia urinaria. Republica 2014. Disponible en: http://www.republica.com/2014/03/11/una-de-cada-cuatro-espanolas-padece-incontinencia-urinaria_776755.

(34) SPR group. Día mundial de la Incontinencia Urinaria. Una enfermedad silenciosa. Soy periodista.com [serie de internet]. Marzo 2014. Disponible en: <http://www.soyperiodista.com/noticias/nota-24338-dia-mundial-de-la-incontinencia-urinaria-una-enfer>.

(35) Toxina Botulinica (Botox) contra la incontinencia urinaria. Colombia.com [serie de internet]. Marzo 2014 [citado 22 de abril de 2014]. [Aprox. 1 p.]. Disponible en:

<http://www.colombia.com/vida-sana/salud-hoy/sdi/35002/toxina-botulinica-botox-contra-la-incontinencia-urinaria>.

- (36) Macías N. J. Geriátría desde el principio. 2005. p. 192- 200.
- (37) Wein J.A., Kavoussi R.L., Novick C.A., Partin W.A. Campbell-Walsh Urology. Ed. Médica Panamericana, Aug. 30, 2008 – p. 2079-2082.
- (38) Conejero O. A., Gimeno A. V., Such A. T. Guía de buena práctica clínica en incontinencia urinaria. Madrid. International marketing & communication. 2007.
- (39) Mason L, Glenn S, Walton I, Appleton C . The prevalence of stress incontinence during pregnancy and following delivery. Midwifery 1999; 15: 120-128.
- (40) Tennstedt S. L. , Fitzgerald M. P. , Nager C. W. , Xu Y. , Zimmern P. , Kraus S. International urogynecology journal and pelvic floor dysfunction. 2007.
- (41) De Souza S. C., Conceição G. V. Prevalencia de la incontinencia urinaria en muestra aleatoria de la población urbana de Pouso Alegre, Minas Gerais, Brasil. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.18 no.5 Ribeirão Preto Sept./Oct. 2010.
- (42) Azcúe, J. A., Morales, A. F., De La Quintana, C. L., Llosa, M. S., & Llosa, L. S. (2004). Incontinencia urinaria y otras lesiones del suelo pelviano: etiología y estrategias de prevención. Revista Médica de la Universidad de Navarra, 48, 18-31.
- (43) Lucas, M. G., Bosch, J. L. H. R., Cruz, F. R., Madden, T. B., Nambiar, A., Neisius, A., et al. Guidelines on Urinary Incontinence. European Association of Urology ;2012.
- (44) Chiang M.H., Susaeta C.R., Valdevenito S.R, Rosenfeld V.R., Finsterbusch R. C. Incontinencia Urinaria. Rev Med Clin Condes. 2013; 24 (2): 219-227.
- (45) Haylen B., Ridder D., Freeman R., Swift S., Berghmans B., Lee J., Monga A., Petri E., Rizk D., Sand P., Shaer G.. An International Urogynecological Association

(IUGA)/International Continence Society (ICS) Joint Report On The Terminology For Female Pelvic Floor Dysfunction. 2009; 10.

(46) Cuello MF, Pomés CC. Atlas ginecológico, 1ra edición, Universidad Católica de Chile; 2006. p. 269.

(47) Franco de C. A., Peri C. L, Alcaraz A. A. Incontinencia urinaria. Servicio de Urología, ICNU, Hospital Clínico. Barcelona. 2006

(48) Martínez S. F., Fouz L. C., Gil D. P., M. Téllez M-F. L. Incontinencia urinaria: una visión desde Atención Primaria. *Medifamversión impresa* ISSN 1131-5768.v.11 n.2 Madrid. Feb. 2001.

(49) Schröder A., Abrams P., Andersson K-E., Artibani W, Chapple C. R., Drake M.J., Hampel C., Neisius A., Tubaro A., Thüroff J.W. Guía clínica sobre la incontinencia urinaria. European Association of Urology 2010.

(50) 17^{es} Journées annuelles de Santé Publique: L' autonomie des personnes: prévenir l'incontinence. Montreal; 26 novembre 2013. p. 1-17.

(51) Jérez K. Equipo multidisciplinario & flujograma de derivación en piso pélvico. Valparaíso; 2010.

(52) Peeker I, Peeker R. Early diagnosis and treatment of genuine stress urinary incontinence in women after pregnancy: midwives as detectives. *J Midwifery Womens Health* 2003; 48(1): 60-62.

(53) Blackwell H. T. The role of the specialist nurse in pelvic floor dysfunction. *HospMed* 2003; 64(6): 340-343.

(54) Pastor Z., Rodriguez L. A. Prevalencia de la incontinencia urinaria y factores asociados en varones y mujeres de más de 65 años. 2003. 337-342.

(55) Morales F. A. (2004). Prevención de la disfunción del suelo pélvico de origen obstétrico. *Fisioterapia*, 26(5), 249-265.

(56) Azcúe, J. A., Morales, A. F., De La Quintana, C. L., Llosa, M. S., & Llosa, L. S. (2004). Incontinencia urinaria y otras lesiones del suelo pelviano: etiología y

estrategias de prevención. Revista Médica de la Universidad de Navarra, 48, 18-31.

(57) Moreno C., Mínguez M. Patología del suelo pélvico en la mujer. Disfunción anorrectal. Papel de la matrona en la prevención y detección. MatronasProfesión 2003; vol. 4(14): 29-33.

IX. DATOS SUPLEMENTARIOS

ANEXO N°1: GLOSARIO DE TÉRMINOS, SIGLAS Y ABREVIACIONES.

1. IU: Incontinencia urinaria.
2. IUE: Incontinencia urinaria de esfuerzo.
3. IUU: Incontinencia urinaria de urgencia.
4. IUM: Incontinencia urinaria mixta.
5. ICS: International Continence Society.
6. EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
7. ITU: Infección del trato urinario.
8. ONI: Observatorio nacional de la incontinencia.
9. RMSP: Rehabilitación muscular del suelo pélvico.
10. CODERPA: Le Comité Départemental des Retraités et Personnes Agées
11. SODUP: Sociedad de Uroginecología y Piso Pélvico.
12. HCVB: Hospital Carlos Van Buren.

ANEXO N°2: MARCO TEÓRICO

DEFINICIÓN

La Incontinencia Urinaria (IU) es definida según la Sociedad Internacional de Continencia (International Continence Society, ICS) como “la pérdida involuntaria de orina por la uretra de cuantía suficiente como para causar a la paciente un problema social, laboral, familiar, sexual o de cualquier otro tipo a la persona que la padece” ⁽¹⁾, siendo así la IU un síndrome que no tan solo causa problemas físico-biológico y/o higiénicos sino que involucra la calidad de vida en relación a la salud social, psicológica y sexual, deteriorándola progresivamente.

CLASIFICACIÓN

El tipo de IU es catalogada según la sintomatología, y de acuerdo a las directrices de la ICS en ⁽²⁾:

IU DE ESFUERZO (IUE): es la pérdida de orina asociado al ejercicio físico, la tos, el estornudo, al sonar o reír, ya que éstos aumentan la presión intraabdominal y por lo tanto la presión intravesical. Cuando la presión intravesical supera a la presión del esfínter uretral ocasiona la incontinencia.

IU de urgencia (IUU): es caracterizada por la aparición repentina del deseo de orinar y pérdida involuntaria de orina durante la urgencia miccional o inmediatamente después de ésta. Se genera hiperactividad del detrusor, produciendo contracciones involuntarias de este músculo.

IU MIXTA (IUM): es la combinación de IUE y IUU, en la que el paciente refiere pérdida involuntaria de orina asociada con urgencia y también con el ejercicio físico, esfuerzo, estornudo, la tos o al reír. Puede acompañarse de frecuencia tanto diurna como nocturna.

INCONTINENCIA POR REBOSAMIENTO: es la pérdida de orina asociada a la retención urinaria, se manifiesta en forma de goteo. Las personas que lo padecen no tienen deseo miccional y recurren al uso de absorbentes.

IU CONTINUA: es la pérdida involuntaria y continua de orina. Puede producirse por una lesión grave del sistema esfinteriano.

INCONTINENCIA EXTRAURETRAL: es la pérdida de orina a través de conductos diferentes a la uretra, pudiendo ser por una fístula vesico-vaginal o una desembocadura ectópica del uréter.

MECANISMO DE LA CONTINENCIA URINARIA

El mecanismo de micción normal se produce cuando la vejiga ha alcanzado su capacidad límite, es decir, su capacidad fisiológica. Del mismo modo, esto es posible gracias a la continencia urinaria, que se define como el resultado del perfecto funcionamiento y coordinación entre la vejiga y la uretra durante la fase de llenado vesical, las cuales a su vez son dependientes de un sistema mayor de vías y centros responsables de su actividad, es decir, el sistema nervioso.

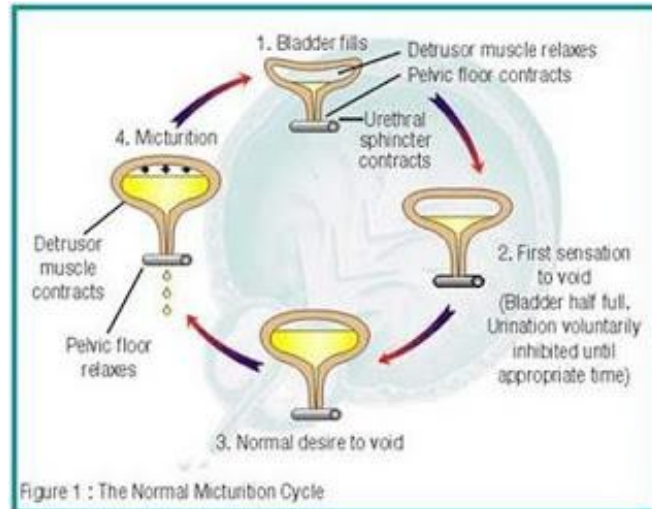
Durante la fase de llenado la vejiga acumula y almacena la orina, esto es posible porque tiene la capacidad de comportarse como un órgano no muscular acomodándose al contenido de orina que se va produciendo. En esta misma fase, el cuello vesical, el esfínter y la uretra, se activan para proporcionar la continencia, manteniendo la orina almacenada en la vejiga por unas horas. En el momento en que la vejiga alcanza su límite de llenado, se contrae debido a que la vejiga está constituida principalmente por músculo liso y, de esta manera, vacía su contenido al exterior. Las fuerzas que generan el mecanismo de micción, están reguladas por diversas estructuras, las cuales son: músculo detrusor, trígono, cuello vesical, esfínter estriado y músculo liso de la uretra.

Para mantener la continencia, el músculo detrusor tiene que adaptarse a un gran volumen de orina, como se mencionó anteriormente. El esfínter interno es el que evita que se escape la orina. Sin embargo, el esfínter externo y la musculatura estriada del suelo pélvico ayudan a mantener la continencia, si se ejerciera una presión adicional sobre la vejiga ⁽³⁾.

Por otro lado, la uretra tiene una doble función: el control del vaciado y la conducción de la orina. En mujeres normales, durante la fase del llenado vesical, la presión intrauretral es mucho mayor que la intravesical, por lo que la orina permanece almacenada dentro de ella. Luego, en la fase de vaciado vesical cuando se produce la disminución de la presión intrauretral por causa de la relajación de los mecanismos esfinteriano y la relajación de la musculatura pélvica, por lo que la presión intravesical se vuelve mayor a la intrauretral, provocando la contracción del músculo detrusor, y consecuentemente, la micción. El esfínter externo se activa pocos segundos antes que el músculo detrusor comience la contracción para cerrarse inmediatamente después del vaciado ⁽⁴⁾.

Todos estos mecanismos que intervienen en el mecanismo de continencia y micción, están coordinados por impulsos nerviosos excitatorios e inhibitorios de origen voluntario e involuntario. A nivel de sistema nervioso, cuando la vejiga alcanza su límite de almacenamiento de orina, comienzan a generarse diversos estímulos; esto es, las aferencias nerviosas parasimpáticas pelvianas hacen sinapsis en dos niveles, el primer nivel es con las neuronas motoras alfa de la sustancia gris de la médula espinal, estas neuronas motoras mandan un estímulo excitatorio a través del nervio pudendo al músculo estriado del esfínter externo provocando su contracción; en el segundo nivel la sinapsis es con los cuerpos lumbares simpáticos del cordón lumbar, estos cuerpos lumbares envían impulsos a través del nervio hipogástrico, y de esta manera, inhibir la contracción del músculo detrusor de la vejiga, lo que favorece la contracción del músculo liso del esfínter interno. Los estímulos nerviosos asociados a la distensión vesical, causada por el acúmulo de orina en la vejiga, son integrados en el espacio cortical, en los centros localizados de la cara interna del lóbulo frontal y en el sistema límbico, con lo cual se genera la sensación de “vejiga llena”. Luego, estas mismas aferencias llevan el mensaje de “vejiga llena” a los centros situados en la parte anterior de la protuberancia, los cuales a su vez provocan estímulos excitatorios que inducen la contracción del músculo detrusor e inhiben la

contracción del músculo liso del esfínter externo, teniendo como consecuencia el mecanismo de micción ⁽⁵⁾.



FISIOPATOLOGÍA DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

La IU, en general, se produce por una falla en la fase de llenado vesical, la cual puede ser en respuesta al nulo o deficitario funcionamiento del músculo detrusor o bien, del complejo esfinteriano de la uretra.

La IUE se trata de un problema que consiste en la pérdida involuntaria de orina frente a un aumento de la presión intraabdominal, sin existir una contracción del músculo detrusor que conforma la vejiga.

En este caso particular de IU, la alteración es producida al existir una diferencia de presiones entre el contenido de la vejiga y el de la uretra, siendo mayor la presión intravesical en comparación a la uretral. Según lo expuesto con anterioridad, este problema se describe frente a un defecto esfinteriano, específicamente, de una deficiente resistencia uretral frente a presiones ejercidas sobre la vejiga al aumentar la presión intraabdominal durante situaciones de estrés físico, con lo cual se produce la pérdida involuntaria de orina al no resistir el esfínter uretral a dicha presión.

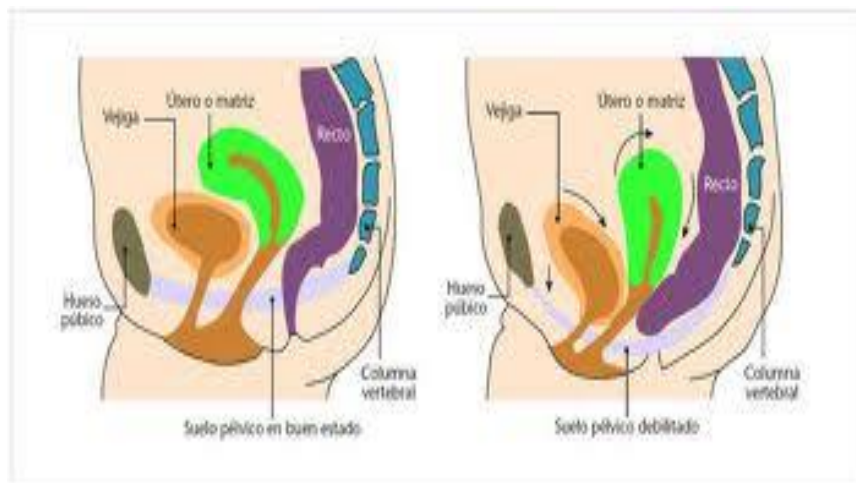
Para explicar este tipo de incontinencia, se han postulado dos fenómenos como causantes principales: el debilitamiento del piso pélvico, lo que conlleva a una hipermovilidad uretral impidiendo su cierre hermético; y, un déficit esfinteriano intrínseco, que se traduce en un debilitamiento del esfínter, provocando una función deficiente o nula.

La hipermovilidad uretral se relaciona con un debilitamiento o laxitud de los órganos pélvicos, produciendo así un descenso de la vejiga por debajo de la sínfisis púbica ante un aumento de la presión intraabdominal, lo cual provoca que la uretra sea exageradamente móvil. Cabe señalar que la hipermovilidad uretral no siempre se asocia a la IUE, la Hipótesis de la Hamaca de JonhDeLancey ⁽⁶⁾ propone que, para que se produzca una IUE relacionada con una hipermovilidad uretral, debe estar presente también una inestabilidad del estrato de sostén suburetral; es decir, si este sostén se mantiene firme, la uretra se comprime de forma rápida y efectiva frente a un aumento de la presión intraabdominal; de lo contrario, si dicho sostén se encuentra laxo, la compresión es inefectiva y se produce, por consecuencia, la pérdida de orina.

Con respecto al déficit esfinteriano intrínseco, es necesario mencionar que, dado su fisiopatología, es una alteración que puede darse tanto en el sexo masculino, como en el femenino. En este caso, la alteración está dada por un cierre ineficiente del esfínter uretral, producto de lesiones esfinterianas, lesiones uretrales por intervenciones quirúrgicas previas o una denervación del esfínter; es decir, las causas de este déficit esfinteriano se clasifican en dos grupos: causantes anatómicas y causantes funcionales.

La Teoría Integral sobre la fisiopatología de la IU ⁽⁷⁾ esta teoría formula que la IUE se produce debido a una laxitud de la pared anterior de la vagina, ya que la pared anterior vaginal tendría un papel fundamental en la prevención de este tipo de incontinencia desde el punto de vista estructural a través de los movimientos musculares que involucran la apertura y posterior cierre del cuello vesical; por lo que un defecto de esta pared, ya sea en el músculo propiamente tal o en los

ligamentos y músculos sujetadores, traería como consecuencia una falla en la continencia de orina de la mujer.



FACTORES BIOLÓGICOS DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

EDAD

La edad es una variable que ha sido asociada como factor preponderante de IU a lo largo de los estudios sobre este padecimiento. Sin embargo, ha habido controversia con respecto a este tema, pues esta asociación se ha explicado satisfactoriamente para la IUU, debido a cambios ultraestructurales en la vejiga que se producen con el envejecimiento; pero para la IUE han existido estudios cuyos resultados se han contrapuesto, demostrando que la IUE disminuye con la edad. A pesar de ello, los últimos estudios, específicamente el Noruego EPINCONT, ha mostrado que la prevalencia de la IU aumenta con el avance de los años en la mujer ⁽⁸⁾. Esta asociación se explica por la pérdida general del tono muscular del piso pélvico con el envejecimiento, provocando que estos tejidos no cumplan la función de proporcionar la presión necesaria al esfínter uretral para contrarrestar el aumento de presión intraabdominal que se puede producir por realizar algún esfuerzo, lo que provocaría la pérdida involuntaria de orina al

esfuerzo. En suma de todo esto, se ha planteado que las mujeres que se encuentra en período peri menopáusico y post menopáusico inicial, debido a la falta de estimulación hormonal, y además de las mujeres que están en período fértil por efectos relacionados con el parto serían factores preponderantes a padecer IUE, por lo tanto, existen otros factores asociados a la edad de la mujer que influirían en este padecimiento como son; disminución del tejido elástico, atrofia celular, degeneración nerviosa, reducción tono músculo liso, hipoestrogenismo, pérdida de capacidad concentración renal, inmovilidad, entre otras ⁽⁹⁾.

MENOPAUSIA

En la actualidad, no existen estudios que demuestren la influencia de la menopausia como un factor de riesgo, independiente de la edad de la mujer, para padecer IUE. Sin embargo, gran parte de los estudios realizados evidencian un claro aumento de la IUE en mujeres post menopáusicas, como se señala en el punto anterior; no obstante, no se ha establecido a la menopausia como causal por sí solo de dicha patología. Cabe destacar que, la atrofia genital puede contribuir a generar cambios, debido a los cuales aparece la incontinencia mediante el debilitamiento de los músculos del piso pélvico; sin embargo, no existen estudios que lo relacionen con la menopausia propiamente tal como un factor predisponente ⁽¹⁰⁾.

TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL

Durante algún tiempo se pensó que la Terapia de Reemplazo Hormonal contribuía a aliviar los síntomas de la IUE, sin embargo, estudios posteriores (Hextall, 2000) determinaron que al usar únicamente estrógenos, no se producían cambios en cuanto a la incontinencia ⁽¹¹⁾. En 2001, un estudio (Grady y cols) dejó en evidencia que la terapia de reemplazo hormonal que combinaba estrógenos con progestágenos por vía oral, lejos de reducir la sintomatología de la

incontinencia, incurría en un empeoramiento de éstos. En 2005, otro estudio (Hendrix y cols), concuerda con el estudio anteriormente mencionado y describe un incremento en el riesgo de desarrollar IU en aquellas pacientes que reciben sustitución hormonal y el empeoramiento de las incontinencias ya existentes ⁽¹²⁾.

ESTADO NUTRICIONAL

El sobrepeso es un factor de riesgo para la aparición de la IUE. La obesidad tiene relación estrecha con el desarrollo de la IUE, así como también con el incremento de la sintomatología de las incontinencias ya existentes. Este riesgo está determinado por la presión y potencial lesión de los órganos suspendidos en la pelvis, particularmente la vejiga y uréteres. Con un peso incrementado, se produce una presión añadida sobre los músculos de soporte y órganos suspendidos en la pelvis, lo que influye directamente en la disminución de la continencia de orina por parte de los mencionados órganos y músculos ⁽¹³⁾.

PARIDAD

Actualmente, existen diversos estudios que se han realizado con el fin de lograr establecer una asociación entre la IU y el número de partos que ha tenido la mujer a lo largo de su vida. Estos estudios han encontrado relación entre los diversos tipos de IU y la paridad, siendo la IUE la que se relaciona más estrechamente con esta variable. Una de las hipótesis planteadas es el factor durante el parto, la cabeza del feto actúa agresivamente frente a los músculos del piso pélvico, estirando los músculos y tejido conectivo, lo que provoca una laxitud y debilitamiento de estos tejidos. De esta manera se explica cómo el mecanismo del parto puede provocar daño en los músculos y tejidos conectivos, como también en los nervios del piso pélvico, impidiendo que las vías nerviosas que inervan estos músculos cumplan la función de generar presión para aportar al esfínter uretral estriado y que esta presión no logre contrarrestar el aumento de

presión intrabdominal que se puede producir al realizar algún esfuerzo como toser, estornudar, entre otras, provocando así pérdida de orina ^{(14) (15)}.

TIPO DE PARTO

Sin duda el padecer IUE guarda una asociación directa con el número de partos, como se describió anteriormente; sin embargo, la vía y tipo de parto es también es un factor importante a analizar. Múltiples estudios han tratado de evidenciar y comparar el riesgo de padecer IUE entre una mujer que se le ha practicado cesárea o que se ha tenido un parto vaginal. De forma reiterada en ellos se obtuvo que la IUE postparto habría tenido mayor porcentaje en mujeres con parto vaginal en comparación con las mujeres que se les había practicado cesárea ^{(16) (17) (18)}. Sin embargo, este factor protector desaparecería al practicarle a una mujer una segunda cesárea ⁽¹⁶⁾. Esto se explicaría, ante el hecho de que existe un aumento significativo de peso intraabdominal debido al embarazo, lo que provocaría un debilitamiento del piso pélvico y el consiguiente padecimiento de IUE, a pesar de no haber tenido partos vaginales, esto sería reafirmado posteriormente por un estudio que comparó a mujeres nulíparas y/o nuligestas con mujeres sometidas a cesárea ⁽¹⁹⁾.

En cuanto al parto instrumental (fórceps), un estudio demostró que este tipo de partos, aumenta las probabilidades de padecer un trastorno del suelo pélvico, incluida la IUE ⁽²⁰⁾. Otro estudio demostró que el parto con fórceps, aumenta las probabilidades de daño en el suelo pelviano, sin embargo, no se asoció específicamente a IUE, sino a vejiga hiperactiva y prolapso ⁽²¹⁾.

INTEGRIDAD PERINEAL

Varios estudios han tratado de comprobar si existe alguna relación entre los daños que se producen en el periné, específicamente desgarros y episiotomías, y el desarrollo de IUE. Un estudio denominado “Trastornos del piso pélvico después del parto: efecto de la episiotomía, laceraciones perineales y parto instrumental”,

realizado en el Hospital Grater Baltimore ubicado en Towson en Estados Unidos, no demostró ninguna asociación entre daños en el suelo pélvico a causa de la práctica de episiotomía, sin embargo, mujeres con historial obstétrico de más de un desgarro espontáneo del periné se les asoció a posteriores trastornos del piso pélvico, pero no específicamente a IUE, sino a prolapso ⁽²²⁾. A pesar de esto, existen otros estudios que ponen en duda la práctica de la episiotomía como una técnica favorecedora de la pérdida de función del suelo pélvico, en donde evidencian que la práctica liberal y restrictiva de esta técnica, conllevarían perjuicios a largo plazo los que incluirían la IUE ⁽²³⁾.

ALTERACIONES ASOCIADAS

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC): La IUE se asocia a la pérdida de orina frente a cualquier actividad física o movimiento; como también a la EPOC, la cual produce tos crónica, que es un factor estrechamente relacionado con este tipo de incontinencia, dado al esfuerzo y presión producidos en los órganos pélvicos ante el acto de toser y al debilitamiento de dichos órganos ⁽²⁴⁾.

Infección del Tracto Urinario (ITU): Estudios recientes no describen a la Infección Urinaria como un factor predisponente para padecer IUE, tampoco se ha logrado establecer una relación entre las Infecciones recidivantes y la IU. Sin embargo, aunque no se ha establecido este factor como un factor de riesgo, sigue existiendo una relación entre padecer Infecciones Urinarias Recurrentes y la aparición de una IU, ya sea de esfuerzo o de urgencia ^{(24) (25)}.

CIRUGÍA PREVIA

Una cirugía correctiva previa de IU o de prolapso genital puede interferir tanto en el tratamiento como en el diagnóstico de la incontinencia, complicándolos al intervenir en los mecanismos de apoyo normal de la vagina y de la uretra. Así mismo, otra cirugía que pudiese haber interferido en la inervación fisiológica de la vejiga o de la uretra, pueden resultar de gran importancia, tales como cirugía de

columna, histerectomía radical, simpatectomía, cirugía rectal baja o cirugía pélvica compleja ⁽²⁶⁾.

HÁBITO TABÁQUICO

El hábito tabáquico aumenta el riesgo de padecer IUE, ya sea de forma directa: al producir una hiperactividad de la función vesical debido a la irritación que causa la nicotina y las toxinas eliminadas conjuntamente con la orina sobre este órgano; y de forma indirecta: al incrementar los episodios de tos. Sin embargo, no existen estudios que demuestren que dejar de fumar resultaría beneficioso o disminuiría los síntomas de la incontinencia ⁽²⁷⁾.

FACTORES PSICOLÓGICOS DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

El 60% de los individuos que padecen este problema se sienten avergonzados o preocupados por sus síntomas. Un 60% de las mujeres adultas con incontinencia evita alejarse de sus hogares, un 45% no utiliza el transporte público, y un 50% rechaza la actividad sexual. Las mujeres con incontinencia tienen mayor predisposición a problemas emocionales y aislamiento social que las mujeres de la población general ⁽²⁸⁾.

AISLAMIENTO SOCIAL

Este trastorno influye mucho en la calidad de vida de las mujeres, existe una permanente incomodidad y malestar con su cuerpo. Se ha visto que las relaciones y actividades sociales se reducen como consecuencia de los escapes involuntarios; hecho relacionado directamente con el miedo al olor y la vergüenza de éste. El miedo a la aparición de episodios de incontinencia pueden llevar a las pacientes a abandonar o limitar los quehaceres domésticos, así como actividades cotidianas, ir de compras, practicar deportes, hobbies y cualquier tipo de actividad recreativa que antes podía realizar de manera normal. De esta manera van

limitando sus actividades, perdiendo contacto social con su alrededor, lo que finalmente deriva en un asilamiento. La IUE se transforma en un problema higiénico y social al tener, el usuario que utilizar apósitos a diario, cambiar su ropa interior constantemente o incluso evitar situaciones sociales habituales como reír, saltar para evitar de cualquier manera perder orina ⁽²⁹⁾.

RELACIONES SEXUALES

El doctor José Medina Polo, de la Unidad de Urología Funcional del Servicio de Urología del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid, explica que los dos tipos de IU, de esfuerzo y de urgencia, afectan negativamente a la vida sexual de las pacientes. Para quienes presentan IUE, el especialista señala que “la actividad sexual supone un esfuerzo físico y por ello muchas pacientes presentan fugas de orina con las relaciones sexuales, en un porcentaje que se ha descrito por encima del 40 por ciento”, existiendo unos valores similares en cuanto a la incidencia de disfunción sexual en pacientes con urgencia.

Junto con los escapes de orina, los expertos aseguran que existen otros síntomas asociados a la IUE que afectan al plano sexual, como la disminución o pérdida de libido, la sequedad vaginal y la dispareunia o dolor durante la relación sexual. Asimismo, la IUE provoca otras consecuencias desde el punto de vista afectivo. La pérdida de autoestima, la vergüenza, la depresión o la ansiedad son algunos ejemplos señalados por el doctor Medina Polo, quien advierte también del impacto que puede tener sobre la pareja este problema: “Puede tener implicaciones en la comunicación con la pareja, por ejemplo evitar las relaciones para que no se manifiesten los síntomas, no hablar el problema o poner excusas sobre el tema, con el efecto negativo que ello implica” ⁽³⁰⁾.

Según el doctor Rodrigo Pineda, uroginecólogo de Red Salud UC “Una vez que la incontinencia es asistida con el debido tratamiento, hay una evolución positiva en la mujer, se da un cambio rotundo. Al poco tiempo mejoran su situación. Las señoras llegan con peinado, ropa y maquillajes nuevos. Empiezan a

salir mucho más. Se sienten bien por dentro y están bien por fuera. Comienzan a hacer actividad física, bajan de peso, van a la piscina y pueden caminar sin temor. Además, tienen relaciones sexuales con tranquilidad”⁽³¹⁾.

ESTADOS EMOCIONALES

Un estudio de la Universidad de Western, en Canadá, reveló que las mujeres que padecen IU tienen el doble de riesgo de sufrir altibajos psicológicos que las que no la tienen. En concreto, este estudio señala que las mujeres con incontinencia de leve a moderada tienen un 40% más de riesgo de sufrir depresión, y en el caso de las que padecen incontinencia severa, el riesgo aumenta a un 82%.

Los problemas de IU afectan gravemente a la autoestima, la sensación de no poder controlar algo tan básico como la orina ejerce un efecto devastador en el ánimo de la mujer, afectando en todos los ámbitos de su vida⁽³²⁾.

Según explica la psiquiatra Olga Córdoba Grasa, médico psiquiatra de la clínica San Miguel en Madrid, “La presencia de IU favorece en algunas mujeres que se potencien la vivencia de inseguridad, frustración y baja autoestima y puede fomentar la aparición de síntomas como ansiedad, bajo estado de ánimo y evitación de determinadas situaciones que precisan contacto social, avocando a la mujer a restringir su vida social⁽³³⁾”.

DESERCIÓN DEL TRABAJO

Según el informe ONI, el 64 % de los afectados tiene “gravemente” afectada su calidad de vida por la incontinencia, al tratarse de un problema que les genera múltiples limitaciones a la hora de realizar actividades de su vida cotidiana, incluidas las laborales y las sociales⁽³⁴⁾. El ausentismo laboral es muy común en personas con IU, que viven la jornada con preocupación por los posibles escapes o los olores y vigilan su ropa continuamente. Además, suelen quejarse de falta de

sueño ya que necesitan levantarse varias veces a lo largo de la noche y no descansan pensando en la posibilidad de mojar la cama ⁽³²⁾.

Un estudio realizado acerca del impacto de las disfunciones urinarias demostró que el 11,4% de las personas afectadas por esta enfermedad sufren de depresión, el 42% están desempleadas y el 15,4% ven disminuido su deseo sexual lo que hace que la IU sea también un problema de calidad de vida. Los pacientes se aíslan de la sociedad, dejan de frecuentar actividades grupales y faltan al trabajo lo que desencadena problemas emocionales, psicológicos y depresivos que les hacen perder su estabilidad emocional y laboral ⁽³⁵⁾.

FACTORES SOCIALES DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

Los aspectos sociales se encuentran en estrecha relación con los aspectos psicológicos ya que, muchas veces, son los sentimientos de vergüenza, tristeza y falta de autoestima los que llevan a las personas afectadas a experimentar un cambio en la manera en que se relaciona y comunica con demás personas a su alrededor ^{(36) (37)}.

La mujer incontinente, el niño que se orina en la cama y el anciano que no puede retener su orina tienen mucho en común a pesar de pertenecer a grupos muy diferenciados; todos ellos viven en vergüenza esta afección, la "esconden" y tratan de ocultar y, debido a esto, alteran su mundo de relación y de actividad ⁽³⁸⁾.

NIVEL SOCIOECONÓMICO

Este aspecto es considerado un determinante de la salud y acceso a los servicios sanitarios. Dentro de la IUE, se ha constatado que es predominante, en las mujeres que la padecen, el hecho de tener un nivel socioeconómico bajo. La razón de esto se centra principalmente en que las personas que tienen un nivel socioeconómico más alto, también un poco relacionado con el nivel de

escolaridad, tienden a acudir con mayor facilidad a una consulta médica para resolver el problema que están viviendo, sin mencionar el hecho de que tienen un mejor acceso económico y, muchas veces, demográfico para hacerlo ⁽³⁹⁾.

ESCOLARIDAD

Dentro de las mujeres que padecen IU, predominan aquellas mujeres sin estudios universitarios y/o superiores, muchas de ellas con sólo escolaridad básica o media incompleta; además de un porcentaje no menor de analfabetas ⁽⁴⁰⁾.

SITUACIÓN CONYUGAL

Dentro las mujeres que sufren de IU el mayor porcentaje pertenece a mujeres casadas, de acuerdo a diversos estudios, sin embargo esto puede variar de acuerdo a las características socioculturales del lugar demográfico en cual se investigue. Además muchas de ellas son separadas o divorciadas recientemente, hecho que se puede atribuir a los problemas afectivos y/o emocionales por lo que pasan con la pareja debido a la IU ⁽⁴¹⁾.

TIPO DE ACTIVIDAD LABORAL

La IUE es más prevalente en aquellas mujeres cuyos trabajos impliquen grandes carga de peso, esfuerzo físico mayor o estancia de pie en forma prolongada como por ejemplo: reponedor en supermercados, feriante, construcción, etc. ⁽⁴²⁾.

DIAGNÓSTICO DE LA INCONTINENCIA URINARIA

Para poder realizar un diagnóstico certero, se debe lograr recolectar la mayor información posible sobre la mujer que acude a consultar, esto es, realizar

una valoración completa que incluya anamnesis, examen físico y exámenes complementarios, que busquen signos y síntomas específicos que se pueden encontrar en una mujer con IU, y de esta manera poder otorgarle un tratamiento adecuado y oportuno.

ANAMNESIS

Es imprescindible comenzar a construir la historia clínica que recopile toda la información necesaria para poder establecer el diagnóstico de IU. Consultar sobre los signos, síntomas y características de ellos, para poder establecer el tipo y la severidad de la IU. De esta manera, se puede lograr clasificar la IU y evaluar la pronta derivación a especialista. Además de esto, es importante dirigir la anamnesis a las posibles causas y condiciones asociadas, que permitan comprender el origen, esto es, historia obstétrica y ginecológica, cirugías e intervenciones pélvicas, morbilidades, hábitos y fármacos, que pudiesen estar directamente relacionados a la pérdida del control del mecanismo de micción ⁽⁴³⁾ ⁽⁴⁴⁾.

SINTOMATOLOGÍA

La IUE, se caracteriza principalmente porque la mujer que la padece informa sobre la pérdida involuntaria de orina al realizar un esfuerzo físico, ya sea algún tipo de deporte o por el simple hecho de estornudar o toser ⁽⁴⁵⁾.

EXAMEN FÍSICO

El realizar examen físico es sin duda una parte fundamental de la valoración. Comenzando por evaluar peso y talla, para constatar si existe obesidad y su grado; luego hacer un examen abdominal para palpar el tamaño de la vejiga u otra masa abdominal; posteriormente continuar con el examen perineal, lo que incluye evaluación del estrógeno, inspeccionando el trofismo vulvo vaginal,

presencia de prolapso, o alguna masa periuretral; examinar hipermovilidad uretral, a través de un test clínico; también evaluar el estado de la musculatura pélvica, a través de un tacto vaginal. Todo esto con el fin de constatar signos que establezcan y reafirmen el diagnóstico ⁽⁴³⁾ ⁽⁴⁴⁾.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS ⁽⁴⁶⁾

- Laboratorio: Los exámenes de laboratorio a solicitar son orina completa y urocultivo para descartar una infección de las vías urinarias. Además, se solicita creatininemia y nitrógeno ureico plasmático, con la finalidad de descartar problemas metabólicos y enfermedades renales.
 - Ecografía, Cateterismo uretral post miccional: evaluar la fase de vaciado vesical.
 - Evaluación Urodinámica: Esta evaluación describe objetivamente el funcionamiento del tracto urinario inferior.
1. Test de llenado Vesical: Instila suero fisiológico hasta llegar a la capacidad vesical funcional. Si este llenado produce urgencia y escape de orina, el detrusor puede encontrarse defectuoso en su funcionar, por inestabilidad. Si la pérdida se genera con el estímulo de valsalva (al toser), es probable que el tipo de incontinencia sea de esfuerzo.
 2. Estudios Urodinámicos Multicanal: Proporcionan un perfil biofísico de la función vesical y uretral. Incluye: Cistomanometría de llenado, mide relación presión-volumen de la vejiga.
 3. Perfil de presión uretral: Realiza una evaluación de la integridad del esfínter. Mide la presión de cierre uretral, es decir la diferencia entre la presión uretral y la vesical. Una presión de cierre uretral menor a 20 cms., puede ser indicador de IU de Esfuerzo.
 4. Punto de presión de pérdida de orina con Valsalva (VLPP): Es la presión intravesical mínima (medida en centímetros) de agua a la cual se produce el

escape de orina durante la valsalva. Proporciona una evaluación de la función uretral (un VLPP mayor a 90 cms. describe un esfínter sano).

TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

El objetivo fundamental del tratamiento de la IUE es mejorar la calidad de vida de las usuarias. A la hora de elegir el tipo de tratamiento se debe tener en cuenta la situación personal de la mujer, sus circunstancias actuales y futuras, así como la especial vulnerabilidad de las mujeres de edad ante ciertos fármacos y ante las intervenciones quirúrgicas.

Es importante evaluar la percepción del impacto de la IUE sobre su calidad de vida (cuestionario ICIQ-SF), la esperanza de vida de la paciente y el riesgo que puede presentar la misma ante una eventual intervención quirúrgica.

El tratamiento de la IUE consiste en tratar de aumentar la resistencia de la uretra para que la presión intravesical no supere a la uretral durante los esfuerzos. Como alternativas terapéuticas se pueden contemplar la rehabilitación muscular del suelo pélvico (RMSP) y la cirugía. Existe un fármaco (duloxetina un inhibidor de la recaptación de la serotonina y la noradrenalina), que aumenta el tono del esfínter externo, lo que permite mejorar o curar la IUE. Los resultados iniciales han sido prometedores, pero falta un seguimiento a largo plazo para poder analizar su eficacia en la IUE.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ⁽⁴⁷⁾

No es de elección, aunque tiene unas indicaciones: diagnóstico dudoso, rechazo a la cirugía, contraindicación de la misma y fracasos del tratamiento quirúrgico. El tratamiento más utilizado consiste en estrógenos que facilitan la estimulación adrenérgica (contracción del músculo liso uretral) y contribuyen a aumentar la resistencia uretral por sus propiedades tróficas sobre la mucosa, plexo vascular submucoso y tejido conjuntivo uretral.

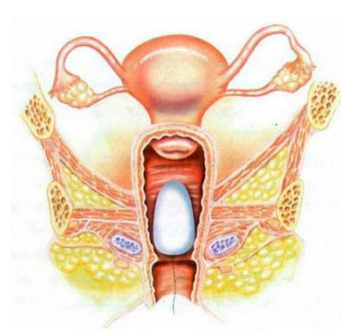
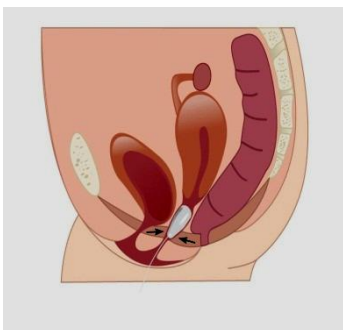
Los agonistas alfa adrenérgicos (fenilpropanolamina) aumentan la contractilidad del músculo liso del cuello vesical y de la uretra proximal.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

EJERCICIOS DE SUELO PELVIANO (EJERCICIOS DE KEGEL): de primera línea en el tratamiento de la IUE leve o moderada ⁽⁴⁷⁾. Su objetivo es fortalecer los músculos del piso pélvico e incrementar el tono muscular general. (Pharmacia&Upjohn, 1999). Se postula que los ejercicios de fortalecimiento del piso pélvico incrementan el reclutamiento motor, promueven un tono normal del tejido y provee una mejor coordinación al facilitar el reflejo automático de la musculatura pélvica durante el estrés. (Hernández y col., 1998).

ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA: asociada a los ejercicios del suelo pelviano es útil en el tratamiento de la IU de esfuerzo sola o asociada a hiperactividad vesical. De utilidad controvertida, puede mejorar los síntomas de la IUE leve en un 18-27% de las pacientes ⁽⁴⁷⁾. La estimulación eléctrica consiste en adherir sondas eléctricas a los músculos del piso pélvico y enviar una corriente eléctrica suave a los músculos, obligándolos a contraerse ⁽⁴⁸⁾.

CONOS VAGINALES: se trata de mantener en posición intravaginal unos conos de diferente peso (de 20 a 100 gramos) mediante la contracción del suelo pelviano.



TAMAÑO Y PESO DE LOS CONOS

Existen cinco pesos que permiten el incremento gradual, facilitando la adaptación al tratamiento y la medición de los progresos.



Todos los números tienen el mismo tamaño.

nº 1	nº 2	nº 3	nº 4	nº 5
4,9g.	20g.	32g.	44g.	55g.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Es el de elección en pacientes con IUE severa y/o que no responden al tratamiento conservador. El objetivo principal de la cirugía, es elevar el cuello de la vejiga y la uretra proximal hasta una posición intraabdominal tal, que la presión en la uretra proximal se incremente en los episodios de esfuerzo físico. (Pharmacia&Upjohn, 1999). Las técnicas de suspensión uretral sin tensión (técnicas mínimamente invasivas de tipo TVT o TOT) se han convertido en las pruebas de referencia y han desplazado a las técnicas de colposuspensión como la de Burch, que durante años fue la técnica más eficaz. Las técnicas de suspensión uretral sin tensión se basan en los estudios de Petros y Ulmsten, que proponen una nueva concepción de la dinámica pélvica (teoría integral de Petros), y consiste en colocar una malla de material sintético (de polipropileno trenzado monofilamento) por debajo de la uretra, hacia la cara posterior púbica en el caso del TVT o hacia los agujeros obturadores en el TOT, a modo de refuerzo del ligamento pubouretral.

POLÍTICAS PÚBLICAS Y PROGRAMAS DE LA INCONTINENCIA URINARIA

A NIVEL INTERNACIONAL

En Europa ha existido una preocupación constante en lo que respecta a los problemas de IU en la mujer, creándose la guía clínica sobre la IU, donde se desarrollaron las recomendaciones para la evaluación y el tratamiento de la incontinencia, basándose en el estudio de las evidencias disponibles y en el consenso alcanzado entre expertos internacionales. Como consecuencia de este proceso se desarrollaron las recomendaciones para la gestión de la incontinencia y se preparó una estructura específica de diagramas de flujo (algoritmos) con recomendaciones para la gestión inicial y especializada en la IU en niños, hombres, mujeres, pacientes con vejiga neuropática y pacientes ancianos incapacitados ⁽⁴⁹⁾.

En España surge el Observatorio Nacional de Incontinencia (ONI), que se convierte en el referente social de la IU en ese país, creando un nexo entre los diferentes sectores sociales implicados en la enfermedad: pacientes y sus familiares, profesionales sanitarios, administración y demás colectivos interesados. En Francia, aún no existe una política pública relacionada directamente con la IU, sin embargo, existen algunos programas destinados a determinantes específicos de esta patología, como son esquemas de acción destinados principalmente a la prevención de la IU. También existen técnicas destinadas a la promoción, tales como; ejercicios de rehabilitación del piso pélvico postparto, la reeducación sobre los cuidados perineales, promoción de actividades físicas, entre otras. Además, existen organizaciones dedicadas exclusivamente a la IU; la asociación de caridad para las personas con IU, la asociación francesa de urología, el grupo de usuarios de salud con IU, el CODERPA, la conferencia regional de salud y autonomía. En todas estas organizaciones se pueden encontrar actividades destinadas a la promoción, prevención y rehabilitación de personas que padecen esta patología. En la actualidad, este país se encuentra en proceso de crear una política pública específica para la IUE, la cual contemplaría aspectos tanto

biológicos como sociales, para abarcar una mayor área de prevención, rehabilitación y búsqueda de nuevos métodos destinados al tratamiento ⁽⁵⁰⁾.

A NIVEL NACIONAL

En el año 2006 un grupo de médicos especialistas con interés en el área de la urología y disfunciones del piso pélvico, entre ellos ginecólogos, urólogos y coloproctólogos, se reunieron para discutir sobre temas de trabajo y compartir experiencias, en esta reunión se reflexionó sobre la importancia de desarrollar subespecialidad y la necesidad de contar con un espacio en común, y desde ahí se fundó la Sociedad de Uroginecología y Piso Pélvico (SODUP), de carácter multidisciplinario. A largo de los años esta sociedad ha ayudado y acompañado en el nacimiento y desarrollo de unidades en los principales centros universitarios y hospitales públicos.

Actualmente, en Chile no existe una política pública específica que regule el actuar de los profesionales para la atención de usuarios con alguna disfunción del piso pélvico, ni particularmente de la IU. A pesar de esto, la SODUP convocó a diferentes especialistas interesados en crear una Guía Clínica Nacional de Piso Pélvico, que tenga normas nacionales del piso pélvico, a cargo del Dr. Victor Miranda. En diciembre del 2012 la SODUP presentó “recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la IUE y del manejo del prolapso genital”, dirigidas a profesionales de salud del control ginecológico en atención primaria, secundaria y terciaria, y en centros privados.

Algunos de los servicios de salud que cuentan con unidad de piso pélvico son: Hospital Sótero del Río, Clínica las Condes, Hospital regional de Valdivia, Clínica Alemana (Pto. Varas), Hospital clínico Universidad de Chile, Hospital clínico UC, Clínica Dávila y Hospital Carlos Van Buren (HCBV).

En el HCVB, la Unidad de Piso pélvico, está integrada por médicos gineco – obstétricos, kinesiólogos, matronas y psicólogos. En ésta unidad, se crea un documento con el objetivo de establecer el manejo de las usuarias con patologías

del piso pélvico, unificando el actuar de los profesionales, indicando los pasos o procesos que se deben seguir para prevenir, detectar y realizar un manejo precoz de las disfunciones del piso pélvico ⁽²⁴⁾.

A lo largo de la etapa reproductiva de la mujer el profesional matró/na cumple un rol fundamental en la prevención de patologías de piso pélvico, llevándose a cabo a través de la pesquisa oportuna en Atención primaria en los controles o consultas de las usuarias. Este profesional es el encargado de la atención integral a la mujer, ya que la acompaña en etapas de alto riesgo de deterioro del piso pélvico, como lo son el embarazo, el parto o la menopausia. Cuando el profesional matró/na detecta una disfunción de piso pélvico debe derivar a la unidad de piso pélvico, para que la usuaria pueda ser atendida por otros profesionales especialistas, los cuales se encargan de la rehabilitación y entrenamiento físico como también del tratamiento conservador de las disfunciones del suelo pélvico, de los trastornos funcionales de la región abdominal, pélvica y lumbar en las mujeres.

ROL PROFESIONAL MATRÓN/NA EN LA IUE

El profesional matrón/na cumple un rol muy importante dentro de la salud sexual y reproductiva de la mujer a lo largo de todas las etapas de su ciclo vital. Es considerado/a un ente guía y resolutivo de dudas y problemas por parte de las usuarias, transformándose en una fuente vital de confianza y seguridad. Es por esta razón que el profesional matrón/na debe poseer las capacidades de escuchar y prestar atención a todos los detalles de la vida de la usuaria, comprendiendo que, muchas veces, se convierte en una forma de contención para esta persona. Debe ser capaz de comprender a la usuaria, no solo como un ser biológico, enfermo o sano, sino también como un ser humano con sentimientos y emociones, inserto dentro de una familia, parte de una comunidad, entre otras.

A lo largo de la etapa reproductiva de la mujer el profesional matrón/na cumple un rol fundamental en la prevención de patologías de piso pélvico, a través de la pesquisa oportuna en atención primaria de salud, consultas o controles de las usuarias. Este profesional es el encargado de la atención integral a la mujer, ya que la acompaña en etapas de alto riesgo de deterioro del piso pélvico, como lo son el embarazo, el parto o la menopausia ⁽⁵¹⁾.

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ

Dentro de nuestro sistema de salud son muy pocas las mujeres que se benefician de una prevención efectiva de la UI, en parte porque ellas mismas no la solicitan, muy probablemente porque no tienen conocimiento de que la IU se puede prevenir, pero también, en la mayoría de los casos el profesional encargado no la lleva a cabo. Es por esto que esta área es considerada la más importante dentro del rol del profesional matrón/na, ya que al conocer y comprender cada uno de los sucesos de la vida de la mujer, se encuentra totalmente capacitado para valorar, realizar una atención integral y enfocarse en prevenir la IU en un futuro, a mediano o largo plazo. Las actividades que realiza en la planificación familiar,

durante el embarazo, parto y en el climaterio podrían, asimismo, complementarse con la detección y prevención de factores de riesgo para la IU ⁽⁵²⁾.

A continuación se describen algunas de las actividades del rol matrona/ón en la UI:

DURANTE TODO EL CICLO REPRODUCTIVO ⁽⁵³⁾ ⁽⁵⁴⁾ ⁽⁵⁵⁾

- Detectar factores de riesgo presentes en la usuaria, mediante una anamnesis dirigida y asertiva, de manera de lograr una educación de mayor impacto en estas usuarias.
- Exploración detallada y minuciosa del suelo pélvico en cada control ginecológico y/u obstétrico con el objetivo de detectar algún tipo de lesión en éste o una incontinencia inminente.
- Educación:
 - Sobre la IU, dando a conocer factores de riesgo, cómo se puede evitar, dando énfasis en autocuidado.
 - Hábitos alimenticios: alimentación equilibrada y saludable con el objetivo de prevenir o detener la obesidad.
 - Evitar consumo de tabaco y alcohol, en lo posible, estimular su eliminación.
 - Hábitos sobre ejercicio físico y deportes, con el objetivo de disminuir la obesidad y evitar aquellos ejercicios o deportes de impacto que pudiesen alterar la funcionalidad del piso pélvico.
 - Consejos sobre la dieta rica en fibra, hidratación suficiente y sobre hábitos defecatorios (en cuclillas con el abdomen y tronco hacia adelante), con el objetivo de prevenir y evitar el estreñimiento.
 - Hábitos de frecuencia al orinar: respetar la fisiología, no retener orina.
 - Enseñar o programar ejercicios que refuercen o protejan el perineo.
 - Ejercicios de Kegel: Los ejercicios de Kegel consisten en repetir contracciones de la musculatura del suelo pélvico, dando consejos a

la mujer sobre cómo identificar qué músculos son lo que debe contraer durante el ejercicio.

- Derivación y trabajo en conjunto con equipo multidisciplinario: nutricionista, kinesiólogo, etc.
- Estimulación y educación sobre importancia de adherencia a los controles.

DURANTE LA GESTACIÓN ⁽⁵⁶⁾ ⁽⁵⁷⁾

- Detectar grupos de riesgo (embarazos múltiples, macrosomía, etc.) y hacer énfasis dentro de este grupo, sin descuidar al grupo que no tiene riesgo.
- Prevención del estreñimiento.
- Participar en un equipo multidisciplinario para aconsejar a la mujer sobre el tipo correcto de posición y pujo al momento del parto.
- Enseñar ejercicios de refuerzo y protección del perineo: maniobras de estiramiento y masaje perineal durante el tercer trimestre de gestación y, lograr que la mujer sea capaz de identificar los músculos del piso pélvico y mantener control sobre éstos. Todo esto con el objetivo de preparar el tejido del piso pélvico para que logre soportar el parto vaginal sin desgarrar y prevenir incontinencia en el período del postparto y más adelante.

DURANTE EL PARTO ⁽⁵⁶⁾ ⁽⁵⁷⁾

- Atención correcta del parto: Como consecuencia del parto, incluso cuando es fisiológico hay posibilidad de lesiones perineales y alteraciones en las estructuras de sostén del piso pélvico, las cuales se pueden traducir en IU a futuro. Dentro de este marco, el profesional matrn/na cumple un rol muy importante, ya que, físicamente, la mujer se encuentra preparada para soportar un parto vaginal; la mayoría de las lesiones se pueden minimizar si durante este evento se respetara el proceso y fisiología natural, considerando los distintos tiempos. Siendo el profesional matrn/na el encargado de atender el parto, es el encargado también de eliminar todas

las conductas perjudiciales que ya se encuentran arraigadas dentro de la atención.

- Postura: Posición durante expulsivo que facilite la apertura mayor del estrecho inferior, con las caderas en rotación interna, por lo que la posición de decúbito supino con flexión externa de caderas y rodillas no sería la más adecuada. Lo ideal sería en cuclillas o en posición vertical.
- Pujo: Se cree actualmente que el pujo en apnea somete al periné a una gran presión que puede ser la causa de diversas lesiones ligamentosas y musculares. Lo ideal sería el pujo de espiración libre y frenada, ya asciende el diafragma y por su conexión a través del peritoneo tira hacia arriba del suelo pélvico facilitando la liberación de la cabeza fetal.
- Evitar fórceps: La instrumentación del parto (uso de fórceps) o prácticas como el Kristeller (expresión abdominal realizada por un tercero durante el expulsivo) son consideradas extremadamente dañinas para las estructuras del piso pélvico, por lo que dentro de la atención se deben evitar a no ser que sean estrictamente necesarias implicando un riesgo para la salud fetal o materna.
- Evitar el uso de episiotomía.
- Realizar una adecuada protección del periné
- Realizar una adecuada sutura en caso de desgarro y/o episiotomía.

DURANTE EL PUERPERIO ⁽⁵⁶⁾ ⁽⁵⁷⁾

- Vigilar y velar por adecuada cicatrización del periné en caso de sutura por desgarro y/o episiotomía.
- Detectar síntomas de alarma y riesgo que pudiesen indicar el desarrollo de algún tipo de IU.
- Educar, durante las primeras 6-8 semanas, sobre el hecho de evitar la realización de abdominales, ya que en este periodo lo más común es que la mujer busque reducir su abdomen y bajar de peso. Explicar sobre la presión que se genera a nivel intraabdominal, con un periné distendido y una vagina

abierta, lo que favorecerá el descenso de los órganos y la aparición de una IU de esfuerzo.

- Educación sobre el evitar la carga de peso.
- Estimular realización de ejercicios de Kegel y de aspiración diafragmática con el objetivo de disminuir la tensión ligamentosa en el periné luego del parto.

EN EL DIAGNÓSTICO ⁽⁵⁶⁾ ⁽⁵⁷⁾

- Detección precoz de IU mediante una adecuada anamnesis y/o exploración del suelo pélvico.
- Derivar oportunamente: Tras la detección, derivar inmediatamente al especialista para complementar el estudio y diagnóstico y comenzar con un tratamiento. No esperar una segunda o tercera consulta por parte de la usuaria, de esta forma estaríamos evitando una progresión de esta alteración.
- Participar en un equipo multidisciplinario para aconsejar a la mujer sobre tipo de tratamiento de la disfunción detectada.
- Reeducación sobre todo lo que ya se le había educado a la mujer a lo largo de su ciclo vital: hábitos alimenticios, hábito tabáquico, ejercicios de refuerzo y protección del perineo, etc. Todo esto con el objetivo de prevenir la agravación de los síntomas de incontinencia.
- Derivación a otros especialistas: nutricionista, kinesiólogo y psicólogo. Éste último de vital importancia, ya que la IU, como se ha comentado anteriormente, no solo es problema biológico, sino que conlleva una gran carga emocional y social para la mujer.

EN EL TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO ⁽⁵⁶⁾ ⁽⁵⁷⁾

- Brindar apoyo emocional a la mujer.
- Mostrar interés en lo concerniente a su recuperación y tratamiento.

- Evaluación de piso pélvico para constatar efectividad del tratamiento.
- Estimular y educar sobre importancia de su asistencia a cada uno de los controles programados
- Reeducar sobre todos los temas concernientes a la IU, con el objetivo de resolver posibles dudas.

ANEXO N°3: OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

Objetivo general

Determinar el perfil biopsicosocial y experiencia que han tenido con el profesional matró/na las mujeres con IUE.

Objetivos específicos

- Identificar las características biológicas que tienen las mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo.
- Identificar las características psicológicas que tienen las mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo.
- Identificar las características sociales que tienen las mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo.
- Identificar las acciones que realiza el profesional matró/na en la prevención de la incontinencia urinaria de esfuerzo.
- Identificar las acciones que realiza el profesional matró/na con la usuaria ante el diagnóstico de Incontinencia urinaria de esfuerzo.

ANEXO N°4: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

- Identificar las *características biológicas* que tienen las mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo.

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	SUB-INDICADORES
Edad	Tiempo en años transcurridos desde el nacimiento hasta el momento del diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo.		Menos de 40 años	
			Entre 40-44años	
			Entre 45-49 años	
			Entre 50-54 años	
			Entre 55- 59 años	
			Mayor o igual a 60 años	
Paridad	Número de partos acontecidos al momento de ser diagnosticada la incontinencia urinaria de esfuerzo.		Nulípara	0 hijos
			Unípara	1 hijo
			Múltipara	2 hijos
				3 hijos
				4 hijos
				5 hijos
			Gran múltipara	Más de 5 hijos

Tipos de parto	Vía por la cual se da término a la gestación.	Eutócico	Parto vaginal	Nº de partos vaginales			
		Distócico	Cesárea	Nº de cesáreas			
			Fórceps	Nº de fórceps			
Integridad perineal	Características anatómicas del periné post- parto.	Episiotomía	- Sí				
			- No				
		Desgarro	- Sí				
			- No				
		Periné indemne	- Sí				
			No				
Alteraciones asociadas	Alteraciones funcionales del sistema respiratorio, metabólico y cardiovascular que se presenta previo o al momento del diagnóstico de incontinencia urinaria.	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica(EPOC)	- Sí				
			- No				
		Infecciones urinarias	- Sí				
			- No				
		Hábito tabáquico	Consumo de cigarrillos que se repiten en el tiempo de manera continua.		No Fumadora		
					Fumadora	Leve	< de 5 cigarrillos diarios
Moderada	Un promedio de 6 a 15 cigarrillos diarios						
Severa	Más de 16 cigarrillos por día						

Estado nutricional	Condición física de la mujer al momento del diagnóstico de incontinencia urinaria con respecto a la relación al peso y la talla, que se mide en IMC.		Bajo peso	< a 18,5	
			Normal	Entre 18,5 y 24,9	
			Sobrepeso	Entre 25 y 29,9	
			Obesidad	Sobre o igual a 30	
Cirugía correctiva previa	Práctica que implica la manipulación mecánica de estructuras anatómicas del piso pélvico con el fin de corregirlas por la pérdida de su función en tratamientos anteriores de incontinencia urinaria.		- Sí		
			- No		
Sintomatología	Conjunto de signos y síntomas que presenta la usuaria al momento del desarrollo de la incontinencia urinaria de esfuerzo.	- Escape de orina al esfuerzo	- Sí		
			- No		
			- Sensación de bulto o pesadez		- Sí
					- No
			- Escape de orina involuntaria		- Sí
					- No
Menopausia	Cese permanente de la menstruación al momento del diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo.		- Sí		
			- No		
Terapia de	Terapia hormonal de		Sí	- Menos de 12 meses.	

reemplazo hormonal(TRH)	reemplazo, previo a la incontinencia urinaria de esfuerzo.		No	- De 1 a 4 años
			No corresponde	- 5 años y más

- Identificar las *características psicológicas* que tienen las mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo.

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	SUBINDICADORES
Aislamiento social	Disminuir o evitar el contacto o cualquier tipo de relación con las demás persona debido al sentimiento de vergüenza e incomodidad producido por la incontinencia urinaria de esfuerzo.		- Sí	
			- No	
Deserción del trabajo	Abandono del trabajo definitivo y/o renuncia a éste al momento del diagnóstico de la incontinencia urinaria de esfuerzo.		Deserción del trabajo	Asociado a Incontinencia Urinaria de esfuerzo,
				No asociado a incontinencia urinaria de esfuerzo.
			No hay deserción del trabajo	
Relaciones sexuales	Vínculo sexual y/o afectivo se ve obstaculizado por el hecho de padecer IU. Particularidades de la relación sexual,	Frecuencia	Casi nunca	0-2 veces por mes
			A veces	3-5 veces por mes
			Frecuentemente	6-8 veces por mes
			Siempre	9 o más veces por mes

	generadas en la usuaria.	Características	Excitación	- Sí			
				- No			
			Lubricación	- Sí			
				- No			
			Satisfacción	- Sí			
				- No			
			Orgasmo	- Sí			
				- No			
			Dolor	- Sí			
				- No			
			Estados emocionales	Expresiones sentimentales producidas por la incontinencia urinaria de esfuerzo al momento de ser encuestada.		Baja autoestima	- Sí
							- No
Desconfianza	- Sí						
	- No						
Miedo	- Sí						
	- No						
Vergüenza	- Sí						
	- No						

- Identificar las *características sociales* tienen las mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo.

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	SUBINDICADORES
----------	------------	-----------	-------------	----------------

Nivel socioeconómico	Clasificación de la situación económica de la usuaria de acuerdo a la previsión de salud que le corresponda según su renta imponible.		FONASA A	
			FONASA B	
			FONASA C	
			FONASA D	
			Prestaciones externas	
Ocupación	Labor que realiza periódicamente la usuaria ya sea remunerada o no.		Trabajo dependiente	- Sí
				- No
			Trabajo independiente	- Sí
				- No
			Dueña de casa	- Sí
				- No
			Pensionada	- Sí
				- No
Esfuerzo laboral	Nivel de esfuerzo físico que ejerce la mujer durante la jornada laboral que se puede clasificar según la intensidad y tipo de trabajo	Intensidad	Trabajo Ligero	- Secretara - Cajera
			Trabajo moderado	- Vendedora de tiendas - Temporera - Dueña de casa
			Trabajo Pesado	- Reponedora - Feriante
Situación Conyugal	Relación sentimental en la cual se encuentra la mujer al momento de ser encuestada.		Soltera	- Sí
				- No
			Pareja	- Sí
				- No
			Conviviente	- Sí
				- No
			Casada	- Sí
				- No
Viuda	- Sí			
	- No			
Nivel de escolaridad	Años de		Básica	- Completa

	estudios que ha cursado a lo largo de su vida.			- Incompleta
			Media	- Completa
				- Incompleta
			Técnico	- Completa
				- Incompleta
			Superior	- Completa
				- Incompleta

- Identificar las acciones que realiza el profesional matrn/a en la *prevención* de la incontinencia urinaria de esfuerzo

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	SUBINDICADORES
Educación	Información que se le otorgó a la usuaria con respecto a la alimentación y ejercicios, con el fin de prevenir la incontinencia urinaria	Educación en Dieta.	Suficiente	6-7
			Regular	4-5
			Insuficiente	1-3
		Educación en ejercicios.	Suficiente	6-7
			Regular	4-5
			Insuficiente	1-3


Adhesión a los controles ginecológicos	Promoción que realiza el profesional matró/a sobre la importancia de una asistencia continua a los controles ginecológicos.		El profesional matró/a muestra interés en el estado general de la usuaria.	- Sí			
				- No			
			Acuerdan de manera conjunta la fecha y hora del próximo control.	- Sí			
				- No			
			Demuestra interés por conocer el resultado de los exámenes que fueron indicados.	- Sí			
				- No			
			Demuestra interés por el entorno familiar y social de la usuaria.	- Sí			
				- No			
			Entrega información pertinente a la situación de la usuaria.	- Sí			
				- No			
			Ejercicios perineales	Acciones que realiza el profesional matró/a	Ejercicios de Kegel	- Sí	

	en los controles en APS (prenatal, puerperio y ginecológicos) y durante la estadía en preparto, con el fin de fortalecer la musculatura pélvica.		- No	
		Balón kinésico	- Sí	
			- No	

- Identificar las acciones que realiza el profesional matró/a con la usuaria ante el diagnóstico de Incontinencia urinaria de esfuerzo.

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	SUBINDICADORES
Derivación oportuna	Oportunidad en la que el profesional matró/a realiza interconsulta a nivel secundario, ante la sospecha diagnóstica de incontinencia urinaria de esfuerzo.		Precoz	Primera consulta
			Tardía	Segunda consulta
			Traslado	Cambio de matrona

ANEXO N°5: CARTA DEL COMITÉ CIENTIFICO HOSPITAL CARLOS VAN BUREN

 **Gobierno de Chile**

- 0463 27.03.2014

Ord. N°


Hospital Carlos Van Buren
Dirección
N° 64.- egt


Ant.: No Hay.-
Mat.: Remite antecedentes

De: Dr. Luis Ponce Puebla - Director (s)
Hospital Carlos Van Buren

A.: Presidente Comisión Ética del Servicio de Salud
Valparaíso - San Antonio

Adjunto remito a Ud., para su conocimiento
y **Aprobación** Memorándum N° 13 del 19 de Marzo del 2014 de la Dra. Claudia Cartagena, encargada de la **Sección Investigación del Hospital CVB, donde adjunta trabajo de investigación denominado " Efectos del tratamiento con onda H en la incontinencia urinaria de esfuerzo de las mujeres "** el que se realizará por alumnas de la **Universidad Valparaíso de la Escuela de Obstetricia con el consentimiento del Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia Dr. Carlos Bennett R.**

Saluda atentamente a Ud.,

Dr. Luis Ponce Puebla
Director (s)
Hospital Carlos Van Buren



Distribución:

- Presidente del Comité Ética SSVSA
- Cc Oficina de Partes
- Cc Gestión Docente
- Cc Jefe Obstetricia y Ginecología del HCVB
- Cc Dra. Claudia Cartagena - Sección Investigación Gestión Docente HCVB ✓
- Archivo

ANEXO N°6: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Consentimiento Informado



Este formulario de consentimiento informado se dirige a Mujeres con Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, derivadas al Policlínico de Piso Pélvico durante el año 2014.

Acerca del estudio:

Investigadora Principal: Claudia Gutiérrez Mella

Co – Investigadoras: Ingrid Vargas Stevenson – Karin Jerez Hidalgo.

Nombre de la investigación: "Efecto del tratamiento con onda H en la incontinencia urinaria de esfuerzo de las mujeres atendidas en el Policlínico de Piso Pélvico del Hospital Carlos Van Buren en el año 2014"

El objetivo general de la investigación: Evaluar el efecto del tratamiento con onda H en la incontinencia urinaria de esfuerzo de las mujeres atendidas en el Policlínico de Piso Pélvico del Hospital Carlos Van Buren en el año 2014. Este tratamiento no le causará dolor, además el acceso a él finaliza con la investigación.

Metodología: investigación cuantitativa, diseño de investigación de ensayo clínico, con 12 sesiones de electro estimulación de onda H u otro tipo de terapia de electro estimulación. Además de la aplicación de un instrumento, con preguntas cerradas en dos momentos: previo y posterior a las sesiones.

Acerca de la Participación: Su participación es voluntaria y debe comprometerse a asistir al total de las sesiones. Las respuestas que proporcione serán completamente anónimas, no recibirá pago alguno por su participación, pero ésta tampoco le ocasionará gastos. En el caso que usted no desee participar en el estudio, de igual forma tendrá acceso al tratamiento convencional.

Yo.....Rut..... he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informada y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Por lo que estoy en acuerdo de participar en este estudio de investigación.

Consentimiento Informado: Sí acepto..... No acepto ____ formar parte de esta investigación teniendo conocimiento de todo lo expresado en este documento.

Firma de participante

Fecha

Firma de Investigador Responsable

En caso de desistir en su participación, favor comunicarse con Claudia Gutiérrez Mella, al fono: 2507442 o al mail: claudia.gutierrez@uv.cl

ANEXO N°7: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. ¿Qué edad tiene usted? Marque con una cruz.

Menor a 40 años	
Entre 40 y 44 años	
Entre 45 y 49 años	
Entre 50 y 54 años	
Entre 55 y 59 años	
Mayor o igual a 60 años	

5. Indique la previsión de salud que usted tiene

FONASA A	
FONASA B	
FONASA C	
FONASA D	
Prestaciones externas (Isapres, Fuerzas armadas, etc.)	

2. Indique:

Talla (metros)	
Peso (Kg)	

6. ¿Qué ocupación ejerce?

Trabajo dependiente	Sí	
	No	
Trabajo independiente	Sí	
	No	
Dueña de casa	Sí	
	No	
Pensionada	Sí	
	No	

3. Nivel de escolaridad

Básica	Completa	
	Incompleta	
Media	Completa	
	Incompleta	
Técnica	Completa	
	Incompleta	
Superior	Completa	
	Incompleta	

7. ¿Qué tipo de esfuerzo laboral realiza? Marque con una cruz.

4. Situación conyugal:

Soltera	Sí	
	No	
En pareja	Sí	
	No	
Casada	Sí	
	No	
Conviviente	Sí	
	No	
Viuda	Sí	
	No	
Separada	Sí	
	No	

Trabajo ligero	Secretaria	
	Cajera	
	Artesana	
Trabajo moderado	Vendedora de tienda	
	Temporera	
	Dueña de casa	
	Aux. de aseo	
Trabajo pesado	Reponedora	
	Feriante	
	Lavandería (transporte)	

8. ¿Usted fuma?

No fumadora		0 cigarrillos	
Fumadora	Leve	Menos de 5 cigarrillos diarios.	
	Moderada	Un promedio de 6 a 15 cigarrillos diarios.	
	Severa	Más de 16 cigarrillos diarios.	

9. ¿Ha padecido alguna vez en su vida alguna de las patologías nombradas a continuación?
Marque con una cruz.

	SI	NO
Enfermedad Pulmonar Obstructiva (EPOC)		
Infección Urinaria		

10. ¿Cuántos partos ha tenido en su vida?
(número de hijos)
Marque con una cruz.

Nulípara	0 hijos	
Unípara	1 hijos	
Múltipara	2 hijos	
	3 hijos	
	4 hijos	
	5 hijos	
Gran Múltipara	Más de 5 hijos	

11. ¿Qué tipos de parto tuvo? Indique el número de cada uno.

		Número
Eutócico	Parto Vaginal	
Distócico	Cesárea	
	Fórceps	

12. ¿Padeció algún tipo de daño en la zona perineal durante el parto? Marque con una cruz.

	SI	NO
Episiotomía		
Desgarro		
Periné indemne		

13. ¿Se encuentra en período menopáusico?

Sí	
No	

14. ¿Ha utilizado terapia hormonal de reemplazo?

Sí	< 12 meses	
	1 – 4 años	
	5 años y más	
No		

15. ¿Ha presentado algunos de estos síntomas?
Marque con una cruz según corresponda.

Síntomas	Sí	No
Escape de orina involuntaria		
Escape de orina al esfuerzo (reír, toser, estornudar o con algún tipo de ejercicio)		
Bulto o pesadez en la zona genital		

16. Ha sido sometida a una cirugía correctiva previa por causa de incontinencia urinaria?:

Sí	
No	

17. Ha tenido episodios de aislamiento social (distanciamiento de amigos, compañeros de trabajo, etc.) a causa de la incontinencia urinaria?

Sí	Casi nunca	
	A veces	
	Frecuentemente	
No		

18. ¿Renunció o abandonó su trabajo recientemente debido al problema de incontinencia urinaria? Marque con una cruz.

Deserción del trabajo	Asociado a incontinencia urinaria de esfuerzo	
	No asociado a incontinencia urinaria de esfuerzo	
No hay deserción del trabajo		

19. En relación a su vida sexual con su pareja, indique:

Características	Excitación	Sí	
		No	
	Lubricación	Sí	
		No	
	Satisfacción	Sí	
		No	
Orgasmo	Sí		
	No		
Dolor	Sí		
	No		

Frecuencia	Nunca	0 vez por mes	
	Casi nunca	1-2 veces por mes	
	A veces	3-5 veces por mes	
	Frecuentemente	6-8 veces por mes	
	Siempre	9 o más veces por mes	

20. ¿Ha experimentado algunos de estos sentimientos últimamente?

Baja autoestima	Sí	
	No	
Desconfianza	Sí	
	No	
Miedo	Sí	
	No	
Vergüenza	Sí	
	No	

21. Durante los controles con la matrona antes de ser diagnosticada con incontinencia urinaria, con respecto a la educación recibida en dieta y en ejercicios, califique con una nota entre 1 y 7 si considera que la educación fue suficiente, regular o insuficiente. Marque con una cruz.

Educación en dieta	Suficiente	6-7	
	Regular	4-5	
	Insuficiente	1-3	
	Nunca	0	
Educación en ejercicios	Suficiente	6-7	
	Regular	4-5	
	Insuficiente	1-3	
	Nunca	0	

22. Durante sus controles con el profesional matró(n)a, antes de padecer incontinencia urinaria, ¿Cómo era incentivada por ésta a asistir continuamente y periódicamente a los controles?

El profesional matró(n)a demuestra interés en el estado general de la usuaria.	- Sí	
	- No	
Acuerdan de manera conjunta la fecha y hora del próximo control.	- Sí	
	- No	
El profesional matró(n)a demuestra interés por conocer el resultado de los exámenes que fueron indicados.	- Sí	
	- No	
El profesional matró(n)a demuestra interés por el entorno familiar y social de la usuaria.	- Sí	
	- No	
Entrega información pertinente a la situación de la usuaria.	- Sí	
	- No	

24. Señale en qué momento la matrona la deriva al hospital debido a su problema de incontinencia urinaria. Marque con una cruz.

Precoz	Primera consulta	
Tardía	Segunda consulta	
Traslado	Cambio de matrona	

23. Dentro de su atención con el profesional matró(n)a, durante gestación y trabajo de parto, ¿le fue sugerido realizar alguno de los siguientes ejercicios?

Ejercicios de kegel	Sí	
	No	
Balón kinésico	Sí	
	No	

ANEXO N°8: TABLAS.

**TABLA N° 1: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL, AÑO 2013.
(n=30)**

Estado nutricional	Frecuencia Absoluta	Frecuencia %
Bajo peso	0	0
Normal	10	34
Sobrepeso	10	33
Obesidad	10	33
Total	30	100

**TABLA N° 2: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN HÁBITO TABÁQUICO, AÑO 2013.
(n=30)**

Ocupación	Frecuencia Absoluta	Frecuencia %
No Fumadora	20	67
Fumadora leve	3	10
Fumadora moderada	6	20
Fumadora severa	0	0
Ex fumadora	1	3
Total	30	100

TABLA N° 3: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN PATOLOGÍAS ASOCIADAS, AÑO 2013.

(n=30)

Ocupación	Frecuencia Absoluta	Frecuencia %
EPOC	2	7
ITU	16	53
Ambas	3	10
Ninguna	9	30
Total	30	100

TABLA N° 7: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN AISLAMIENTO SOCIAL, AÑO 2013.

(n=30)

Aislamiento Social	Frecuencia Absoluta	Frecuencia %
Casi Nunca	2	7
A veces	2	7
Frecuentemente	3	10
No	23	76
Total	30	100

TABLA N° 8: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN DESERCIÓN DEL TRABAJO, AÑO 2013.

(n=30)

Deserción del Trabajo	Frecuencia Absoluta	Frecuencia %
Sí, asociado a IUE	1	3
Sí, pero no asociado a IUE	0	0
No	29	97
Total	30	100

TABLA N° 9: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN ACTIVIDAD SEXUAL, AÑO 2013.

(n=30)

Actividad Sexual	Frecuencia Absoluta	Frecuencia %
Si	19	63
No	11	37
Total	30	100

TABLA N° 11: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN SÍNTOMAS DEPRESIVOS: BAJA AUTOESTIMA, AÑO 2013.
(n=30)

Baja autoestima	Frecuencia absoluta	Frecuencia %
Siempre	3	10
A veces	11	37
Nunca	16	53
Total	30	100

TABLA N° 12: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN SÍNTOMAS DEPRESIVOS: DESCONFIANZA, AÑO 2013.
(n=30)

Desconfianza	Frecuencia absoluta	Frecuencia %
Siempre	5	17
A veces	10	33
Nunca	15	50
Total	30	100

TABLA N° 13: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN SÍNTOMAS DEPRESIVOS: MIEDO, AÑO 2013.

(n=30)

Miedo	Frecuencia absoluta	Frecuencia %
Siempre	7	23
A veces	10	34
Nunca	13	43
Total	30	100

TABLA N° 14: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN SÍNTOMAS DEPRESIVOS: VERGÜENZA, AÑO 2013.

(n=30)

Vergüenza	Frecuencia absoluta	Frecuencia %
Siempre	8	27
A veces	8	27
Nunca	14	46
Total	30	100

TABLA N° 15: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN ESFUERZO LABORAL, AÑO 2013.

(n=30)

Previsión de Salud	Frecuencia Absoluta	Frecuencia %
Leve	3	10
Moderado	26	87
Pesado	1	3
Total	30	100

TABLA N° 16: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN CONTROL CON MATRÓN/NA, SEGÚN LA EDUCACIÓN QUE REALIZA EL PROFESIONAL EN CUANTO A DIETA, AÑO 2013.

(n=28)

Dieta	Frecuencia absoluta	Frecuencia %
Suficiente	7	25
Regular	2	7
Insuficiente	1	4
Nunca	18	64
Total	28	100

TABLA N° 17: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN CONTROL CON MATRÓN/NA, SEGÚN LA EDUCACIÓN QUE REALIZA EN CUANTO A EJERCICIOS PARA PREVENIR LA IUE, AÑO 2013.

(n=28)

Educación en ejercicios	Frecuencia Absoluta	Frecuencia %
Suficiente	4	14
Regular	2	7
Insuficiente	1	4
Nunca	21	75
Total	28	100

TABLA N° 18: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN CONTROL CON MATRÓN/NA, SEGÚN LA PERCEPCIÓN DE LA USUARIA RESPECTO DEL INTERÉS POR PARTE DEL PROFESIONAL POR CONOCER SU ESTADO GENERAL, AÑO 2013.

(n=28)

Percibe interés por conocer su estado general	Frecuencia Absoluta	Frecuencia %
Sí	17	61
No	11	39
Total	28	100

TABLA N° 19: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN CONTROL CON MATRÓN/NA, SEGÚN PERCEPCIÓN DE LA USUARIA RESPECTO DEL INTERÉS DEL PROFESIONAL POR SU ENTONO FAMILIAR, AÑO 2013.

(n=28)

Percibe interés por conocer su entorno familiar	Frecuencia Absoluta	Frecuencia %
Sí	7	25
No	21	75
Total	28	100

TABLA N° 20: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN CONTROL CON MATRÓN/NA, SEGÚN INFORMACIÓN ENTREGADA POR PARTE DEL PROFESIONAL, AÑO 2013.

(n=28)

Recibe información pertinente	Frecuencia Absoluta	Frecuencia %
Sí	17	61
No	11	39
Total	28	100

TABLA N° 21: DISTRIBUCIÓN DE LA DE LA POBLACIÓN EN CONTROL CON MATRÓN/NA, SEGÚN EDUCACIÓN RECIBIDA POR PARTE DEL PROFESIONAL EN CUANTO A TIPOS DE EJERCICIOS PARA PREVENIR LA IUE, AÑO 2013.

(n=28)

Tipo de ejercicios	Frecuencia Absoluta	Frecuencia %
Kegel	6	21
Balón Kinésico	0	0
Ambos	0	0
Ninguno	22	79
Total	28	100

TABLA N° 22: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN CONTROL CON MATRÓN/NA, SEGÚN MOMENTO DE DERIVACIÓN A LA UNIDAD DE PISO PÉLVICO POR IUE. AÑO 2013.

(n=28)

Derivación	Frecuencia Absoluta	Frecuencia %
Precoz	21	75
Tardía	5	18
Traslado	2	7
Total	28	100

TABLA N°23: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN EDAD, AÑO 2013.
(n=30)

Edad (Años)	Frecuencia Absoluta	Frecuencia %
Menor a 40	3	10
40-44	2	6
45-49	5	17
50-54	9	30
55-59	3	10
Mayor o igual a 60	8	27
Total	30	100

TABLA N° 24: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN CIRUGÍA CORRECTIVA, AÑO 2013.
(n=30)

Cirugía Correctiva	Frecuencia Absoluta	Frecuencia %
Si	0	0
No	30	100
Total	30	100

TABLA N° 25: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN SÍNTOMAS, AÑO 2013.

(n=30)

Síntomas	Frecuencia Absoluta	Frecuencia %
Escape de orina (sin hacer esfuerzo)	0	0
Escape de orina al esfuerzo	7	23
Bulto o pesadez en zona genital	0	0
Escape de orina con esfuerzo + sin esfuerzo	8	27
Escape de orina con esfuerzo+ bulto o pesadez	3	10
Escape de orina sin esfuerzo+ bulto o pesadez	0	0
Escape de orina con y sin esfuerzo + bulto o pesadez en zona genital	12	40
Total	30	100

TABLA N° 26: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN PERIODO DE MENOPAUSIA, AÑO 2013.

(n=30)

Menopausia	Frecuencia Absoluta	Frecuencia %
Si	20	67
No	10	33
Total	30	100

TABLA N° 27: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN TERAPIA HORMONAL DE REEMPLAZO, AÑO 2013.
(n=30)

Terapia hormonal de reemplazo	Frecuencia Absoluta	Frecuencia %
< 12 meses	0	0
1- 4 años	2	7
5 años y más	3	10
No	25	83
Total	30	100

TABLA N° 28: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEXUALMENTE ACTIVA, SEGÚN CARACTERÍSTICAS DE LA RELACIÓN SEXUAL: EXCITACIÓN, AÑO 2013.
(n=19)

Excitación	Frecuencia Absoluta	Frecuencia %
Siempre	10	53
A veces	7	37
Nunca	2	10
Total	19	100

TABLA N° 29: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEXUALMENTE ACTIVA, SEGÚN CARACTERÍSTICAS DE LA RELACIÓN SEXUAL: LUBRICACIÓN, AÑO 2013.

(n=19)

Lubricación	Frecuencia absoluta	Frecuencia %
Siempre	7	37
A veces	8	42
Nunca	4	21
Total	19	100

TABLA N° 30: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEXUALMENTE ACTIVA, SEGÚN CARACTERÍSTICAS DE LA RELACIÓN SEXUAL: SATISFACCIÓN, AÑO 2013.

(n=19)

Satisfacción	Frecuencia absoluta	Frecuencia %
Siempre	11	58
A veces	5	26
Nunca	3	16
Total	19	100

TABLA N° 31: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEXUALMENTE ACTIVA, SEGÚN CARACTERÍSTICAS DE LA RELACIÓN SEXUAL: ORGASMO, AÑO 2013.

(n=19)

Orgasmo	Frecuencia absoluta	Frecuencia %
Siempre	10	53
A veces	6	31
Nunca	3	16
Total	19	100

TABLA N° 32: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEXUALMENTE ACTIVA, SEGÚN CARACTERÍSTICAS DE LA RELACIÓN SEXUAL: DOLOR, AÑO 2013.

(n=19)

Dolor	Frecuencia absoluta	Frecuencia %
Siempre	2	11
A veces	8	42
Nunca	9	47
Total	19	100

TABLA N° 33: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN PREVISIÓN DE SALUD, AÑO 2013.

(n=30)

Previsión de Salud	Frecuencia Absoluta	Frecuencia %
Fonasa A	5	17
Fonasa B	12	40
Fonasa C	6	20
Fonasa D	5	17
Prestaciones Externas	1	3
No tiene	1	3
Total	30	100

TABLA N° 34: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN OCUPACIÓN, AÑO 2013.

(n=30)

Ocupación	Frecuencia Absoluta	Frecuencia %
Trabajo dependiente	10	34
Trabajo independiente	9	30
Dueña de casa	7	23
Pensionada	4	13
Total	30	100

TABLA N° 35: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN SITUACIÓN CONYUGAL, AÑO 2013.

(n=30)

Situación conyugal	Frecuencia Absoluta	Frecuencia %
Soltera	3	10
En Pareja	3	10
Casada	11	36
Conviviente	2	7
Viuda	3	10
Separada	8	27
Total	30	100

TABLA N° 36: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD, AÑO 2013.

(n=30)

Nivel escolaridad	Frecuencia Absoluta	Frecuencia %
Básico incompleta	3	10
Básica completa	5	17
Media incompleta	7	23
Media completa	12	40
Técnico incompleto	1	3
Técnico completo	2	7
Superior incompleto	0	0
Superior completo	0	0
Total	30	100

TABLA N°37: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN SI RECIBÍA CONTROL CON MATRONA, AÑO 2013.

(n=30)

Controles	Frecuencia Absoluta	Frecuencia %
No se controla con matrona	2	7
Se controla con matrona	28	93
Total	30	100

TABLA N°38: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN CONTROL CON MATRÓN/MATRONA, SEGÚN LA FORMA EN QUE SE ACUERDA PRÓXIMO CONTROL CON EL PROFESIONAL, AÑO 2013.

(n=28)

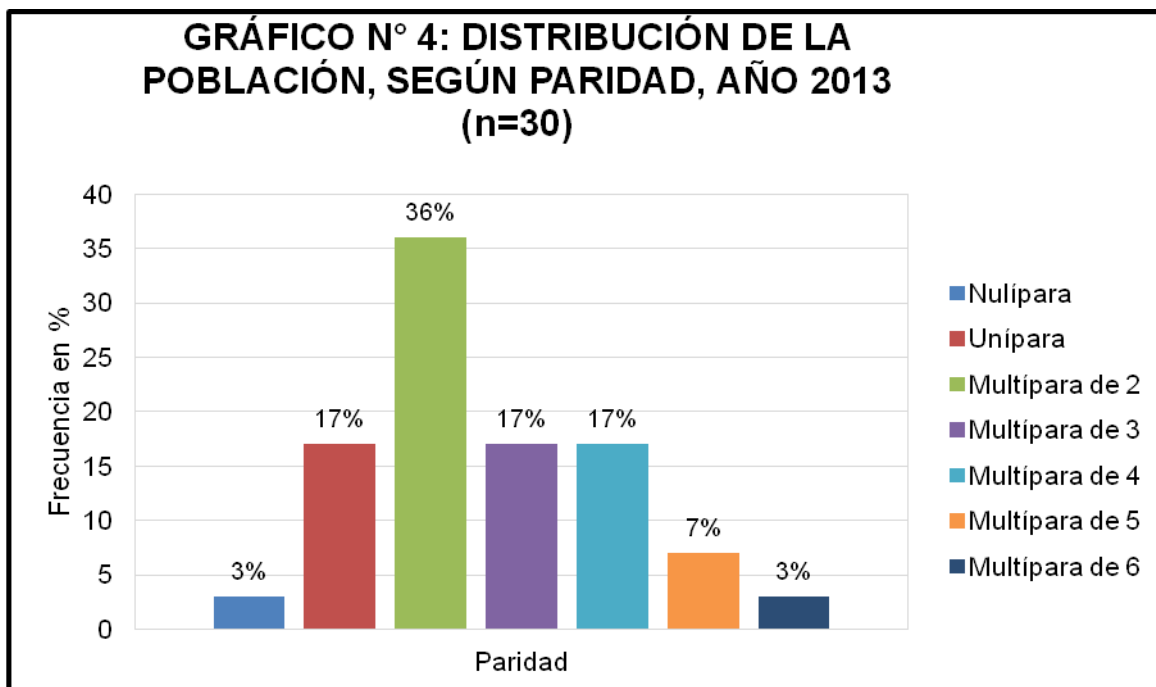
Acuerdo conjunto de próximo control	Frecuencia Absoluta	Frecuencia %
Sí	14	50
No	14	50
Total	28	100

TABLA N°39: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN CONTROL CON MATRÓN/MATRONA, SEGÚN LA PERCEPCIÓN DE LA USUARIA RESPECTO DEL INTERÉS POR PARTE DEL PROFESIONAL POR EL RESULTADO DE SUS EXÁMENES, AÑO 2013.

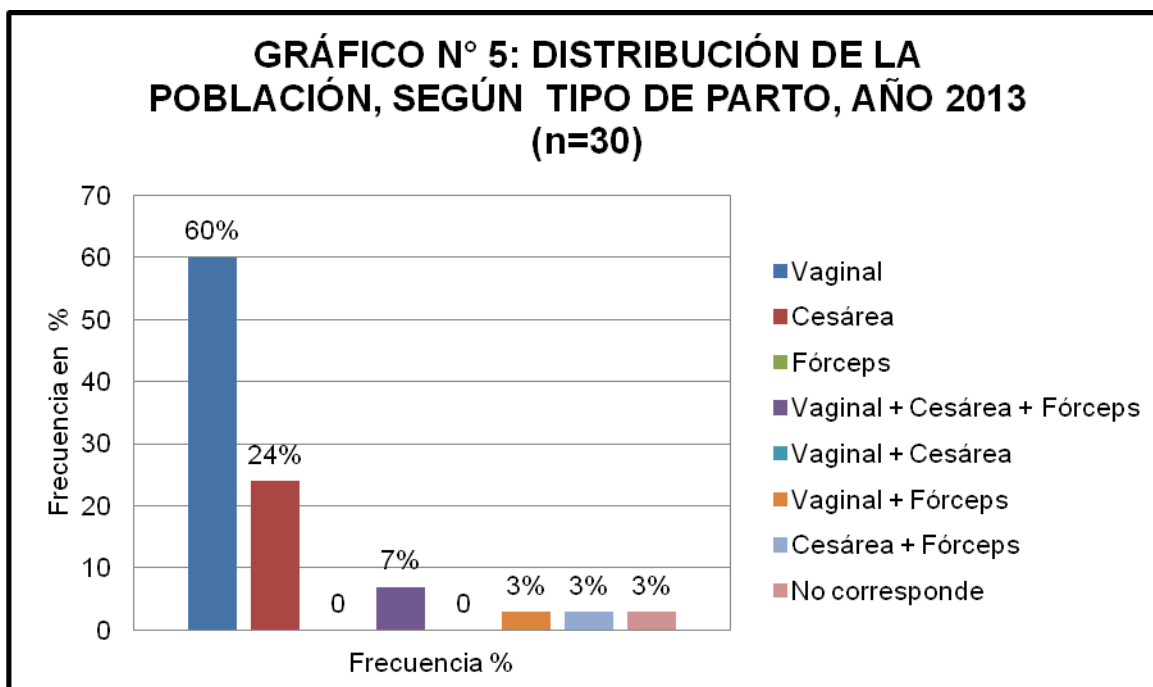
(n=28)

Percibe interés por conocer resultado de exámenes	Frecuencia Absoluta	Frecuencia %
Sí	18	64
No	10	36
Total	28	100

ANEXO N°9: GRÁFICOS.

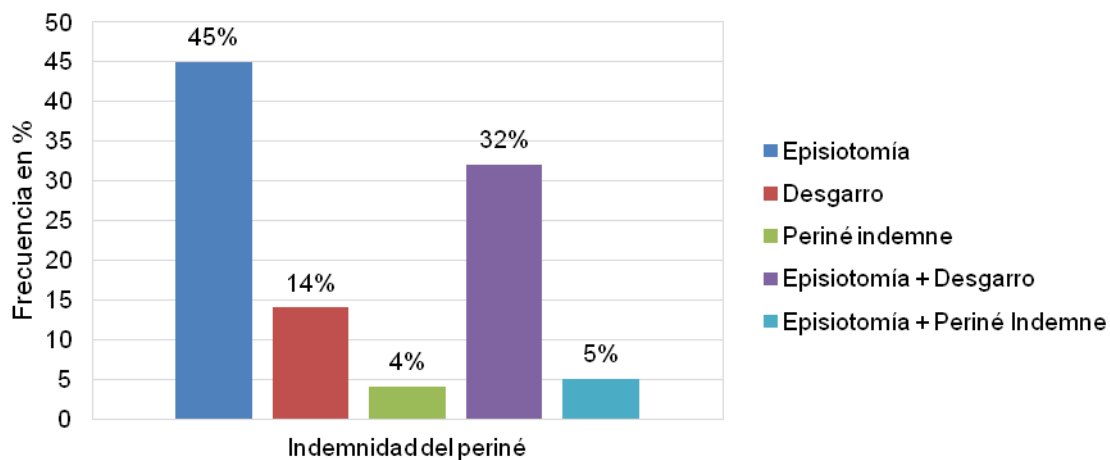


(FUENTE: UNIDAD DE PISO PÉLVICO, HCVB)



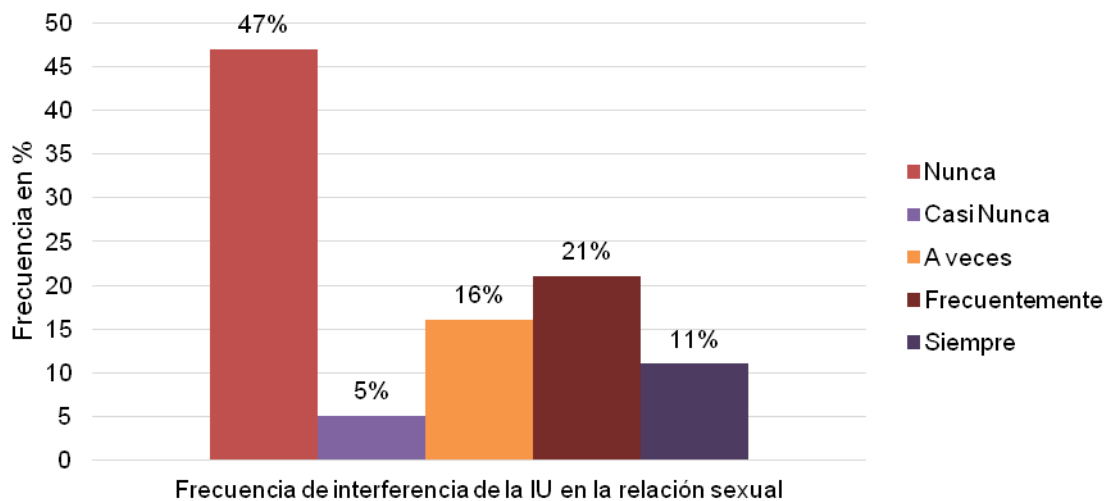
(FUENTE: UNIDAD DE PISO PÉLVICO, HCVB)

GRÁFICO N° 6: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE HA TENIDO PARTO VAGINAL, SEGÚN INDEMNIDAD DEL PERINÉ, AÑO 2013. (n=22)

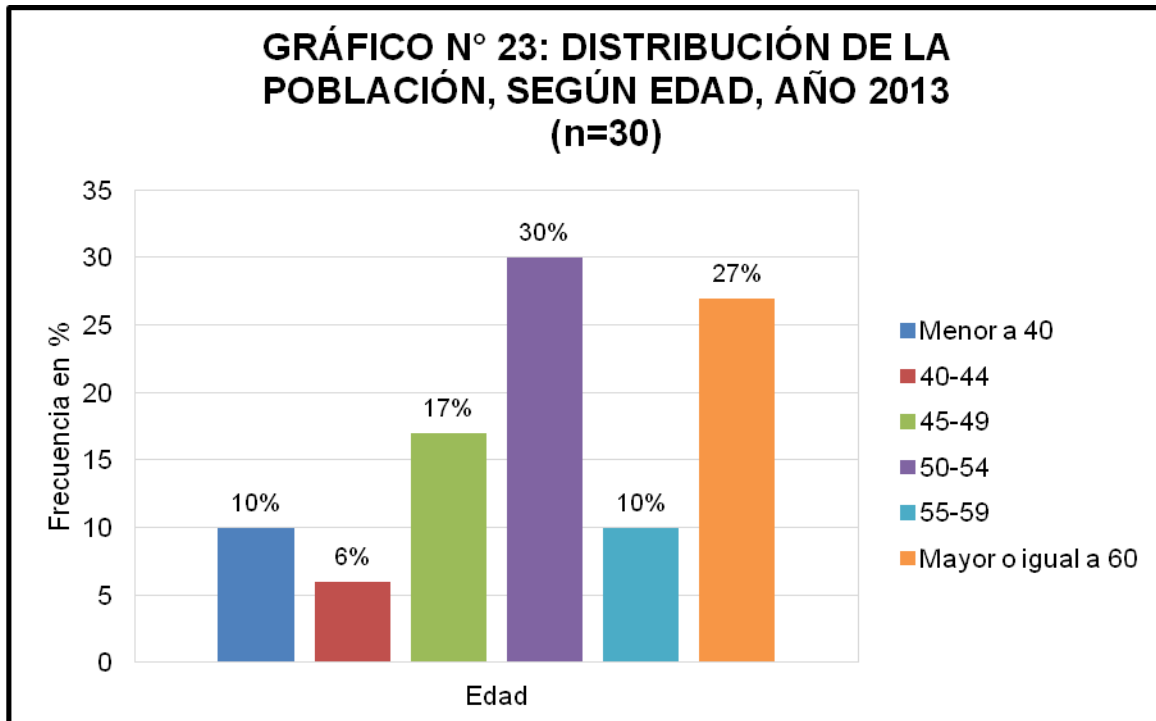


(FUENTE: UNIDAD DE PISO PÉLVICO, HCVB)

GRÁFICO N° 10: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEXUALMENTE ACTIVA, SEGÚN INTERFERENCIA DE LA IU EN LA RELACIÓN SEXUAL, AÑO 2013 (n=19)



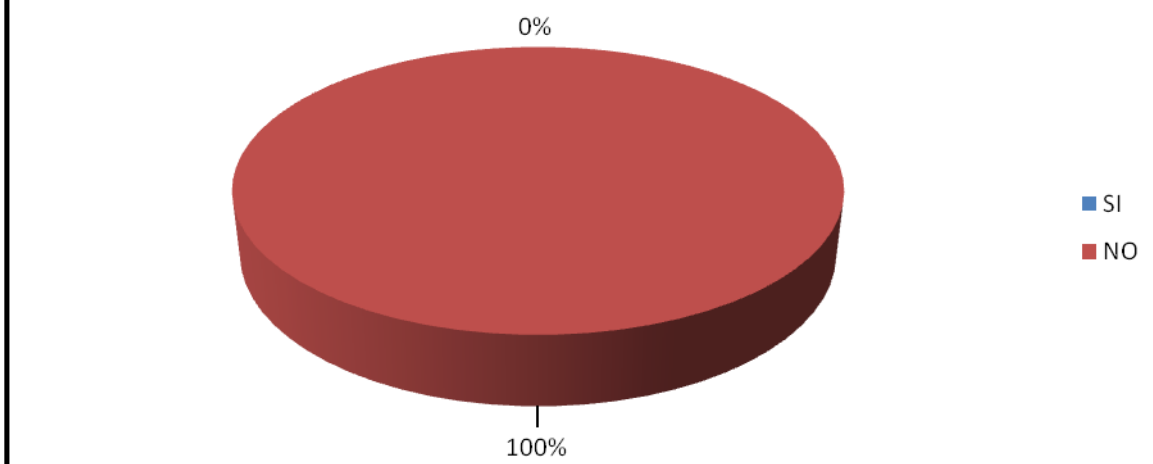
(FUENTE: UNIDAD DE PISO PÉLVICO, HCVB)



(FUENTE: UNIDAD DE PISO PÉLVICO, HCVB)

El 30% de las mujeres encuestadas se encuentran en el grupo etario mayoritario correspondiente a 50-54 años, continúa el grupo que corresponde al 27% perteneciente a mayor o igual a 60 años. El 17% aplica al grupo conformado por mujeres de 45-49 años, continuando en igual porcentaje de 10% los grupos compuestos por mujeres menores a 40 años y de 55-59 años. Lo restante corresponde al grupo etario de 40- 44 años con un porcentaje de un 6%.

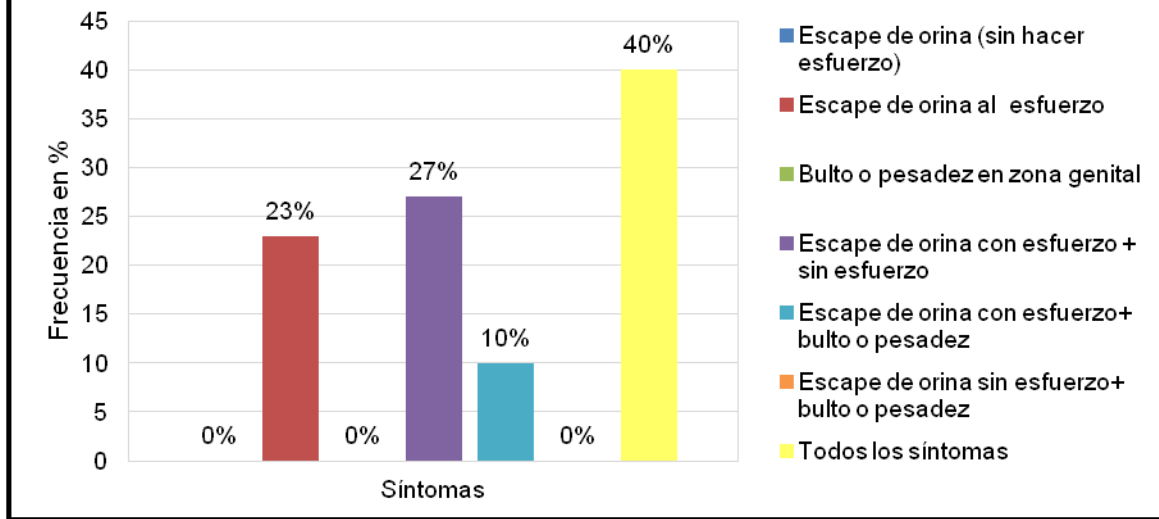
GRÁFICO N° 24: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN CIRUGÍA CORRECTIVA, AÑO 2013 (n=30)



(FUENTE: UNIDAD DE PISO PÉLVICO, HCVB)

Dentro de la muestra estudiada, el 100% de las mujeres nunca se sometió a una cirugía correctiva para la IU, todas ellas se encontraban dentro de una lista de espera para ésta.

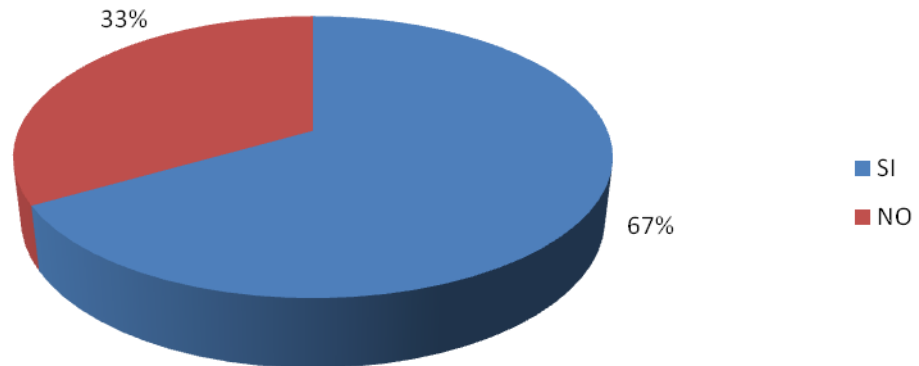
GRÁFICO N° 25: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN SÍNTOMAS, AÑO 2013 (n=30)



(FUENTE: UNIDAD DE PISO PÉLVICO, HCVB)

Dentro de la muestra, un 40% de las mujeres presentaba todos los síntomas: escape de orina con y sin esfuerzo y bulto o pesadez en zona genital. Además, un 27% de las mujeres sienten escape de orina con y sin esfuerzo, seguido de un 23 % quienes presentan únicamente escape de orina al esfuerzo y, el 10% restante presenta escape de orina al esfuerzo y bulto o pesadez en la zona genital.

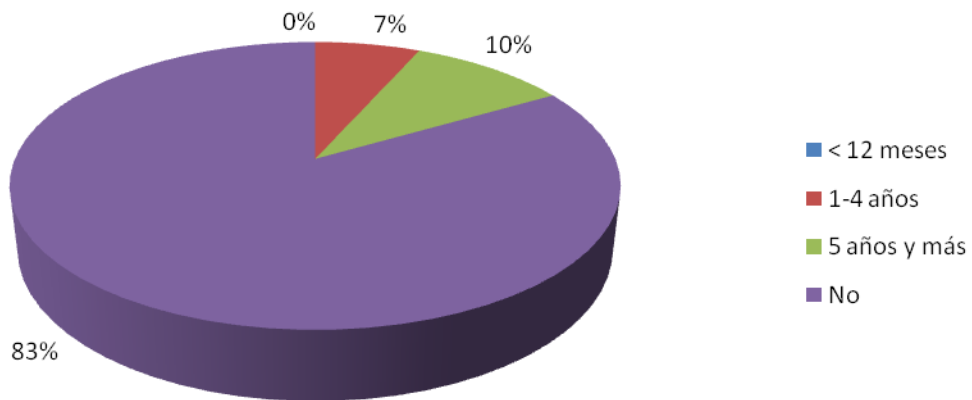
GRÁFICO N° 26: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN PERIODO DE MENOPAUSIA, AÑO 2013 (n=30)



(FUENTE: UNIDAD DE PISO PÉLVICO, HCVB)

Respecto del período de menopausia, el 67% de las mujeres ha tenido su última menstruación hace más de 12 meses y, un 33% de ellas aún continúan menstruando.

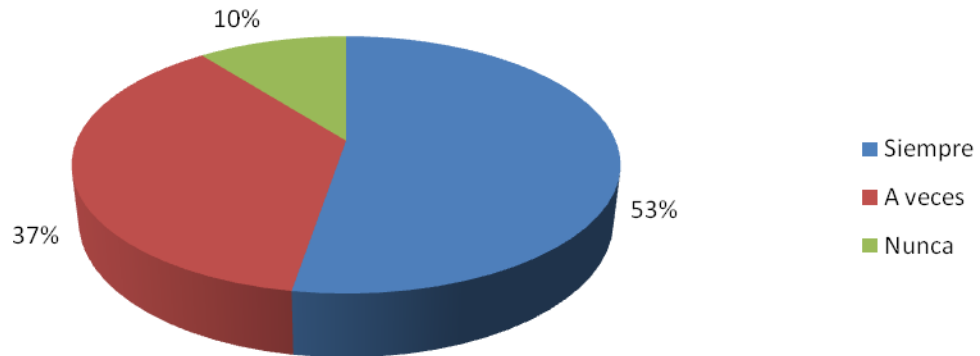
GRÁFICO N° 27: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN TERAPIA HORMONAL DE REEMPLAZO, AÑO 2013 (n=30)



(FUENTE: UNIDAD DE PISO PÉLVICO, HCVB)

Dentro de la muestra, un 83% de las mujeres indican que no han utilizado terapia hormonal de reemplazo. Además, un 7% de las mujeres utilizaron en algún momento o se encuentran utilizando actualmente terapia hormonal de reemplazo durante un período de 1 a 4 años. El 10 % restante de mujeres ha utilizado terapia por 5 años o más.

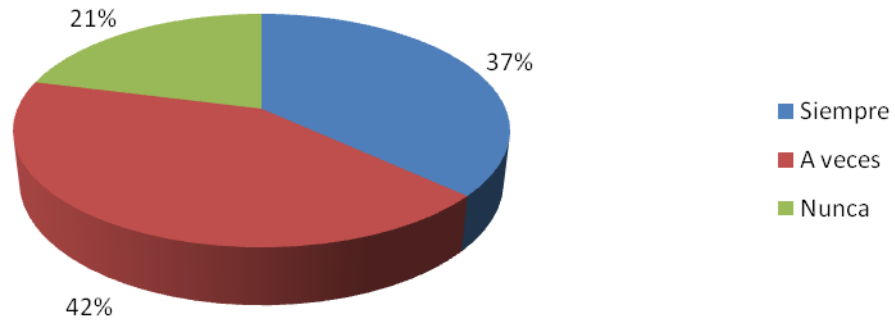
GRÁFICO N° 28: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEXUALMENTE ACTIVA, SEGÚN CARACTERÍSTICAS DE LA RELACIÓN SEXUAL: EXCITACIÓN, AÑO 2013. (n=19)



(FUENTE: UNIDAD DE PISO PÉLVICO, HCVB)

Dentro del grupo estudiado, el 53% declara que en todas sus relaciones sexuales logra excitarse, el 37% sólo a veces logra la excitación y, el 10% restante nunca logra la excitación durante el acto sexual.

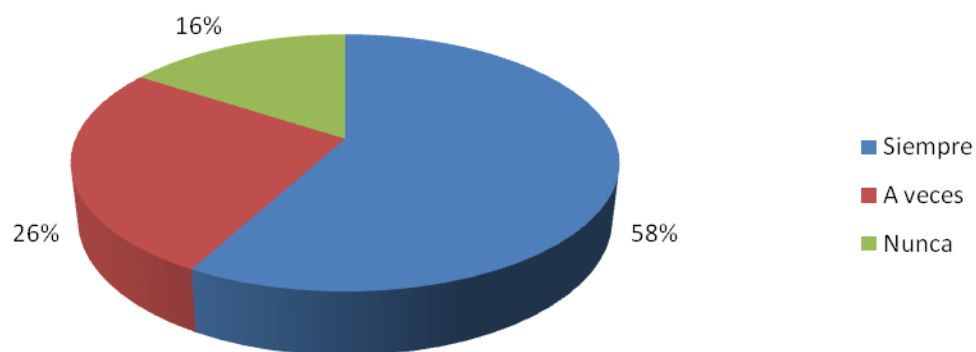
GRÁFICO N° 29: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEXUALMENTE ACTIVA, SEGUN CARACTERÍSTICAS DE LA RELACIÓN SEXUAL: LUBRICACIÓN, AÑO 2013. (n=19)



(FUENTE: UNIDAD DE PISO PÉLVICO, HCVB)

Dentro del grupo estudiado, el 42% declara que no durante todas sus relaciones sexuales logra lubricar, es decir, solo a veces. El 37% dice que siempre lubrica y, el 21% restante nunca logra la lubricación durante el acto sexual.

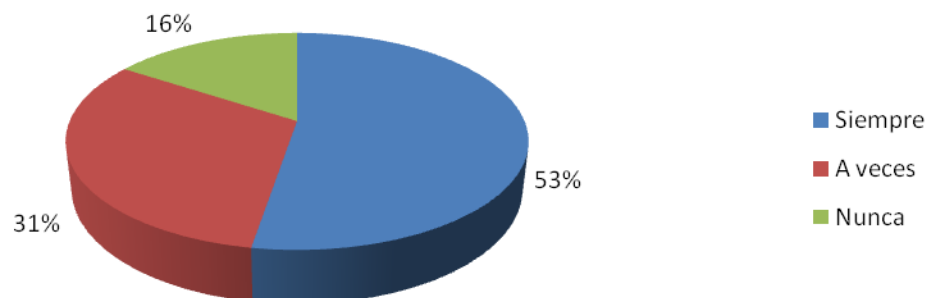
GRÁFICO N° 30: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEXUALMENTE ACTIVA, SEGÚN CARACTERÍSTICAS DE LA RELACIÓN SEXUAL: SATISFACCIÓN, AÑO 2013. (n=19)



(FUENTE: UNIDAD DE PISO PÉLVICO, HCVB)

Dentro del grupo estudiado, el 58% declara que durante todas sus relaciones sexuales logra la satisfacción. El 26% dice que se encuentra satisfecha únicamente a veces luego de la relación sexual y, el 16% restante nunca logra la satisfacción después del acto sexual.

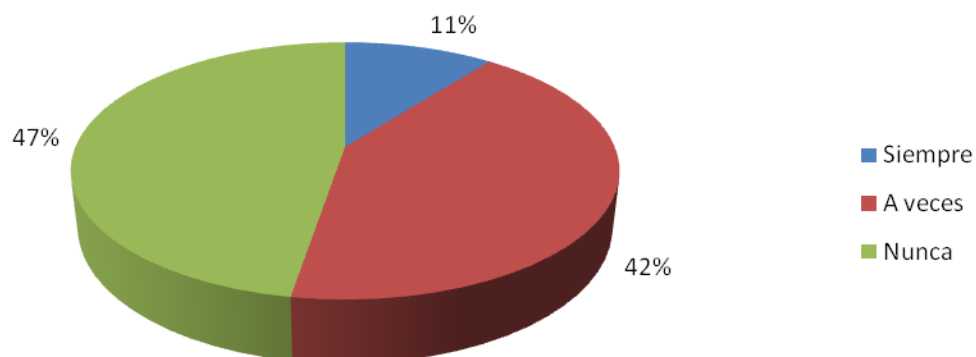
**GRÁFICO N° 31: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEXUALMENTE ACTIVA, SEGÚN CARACTERÍSTICAS DE LA RELACIÓN SEXUAL: ORGASMO, AÑO 2013.
(n=19)**



(FUENTE: UNIDAD DE PISO PÉLVICO, HCVB)

Dentro del grupo estudiado, el 53% declara que siempre, en todas sus relaciones sexuales, alcanza el orgasmo. El 31% dice que únicamente a veces logra el orgasmo y, el 16% restante nunca alcanza el orgasmo durante el acto sexual.

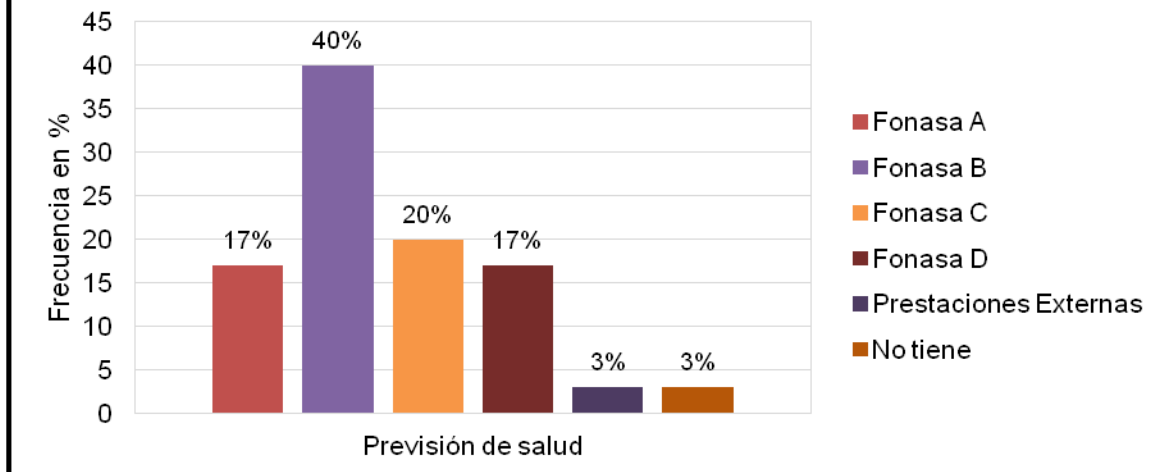
GRÁFICO N° 32: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEXUALMENTE ACTIVA, SEGÚN CARACTERÍSTICAS DE LA RELACIÓN SEXUAL: DOLOR, AÑO 2013. (n=19)



(FUENTE: UNIDAD DE PISO PÉLVICO, HCVB)

Dentro del grupo estudiado, el 47% declara que no siente dolor durante el coito. El 42% dice que a veces, es decir, durante algunas de sus relaciones sexuales, siente dolor y, el 11% restante siempre siente dolor durante el acto sexual.

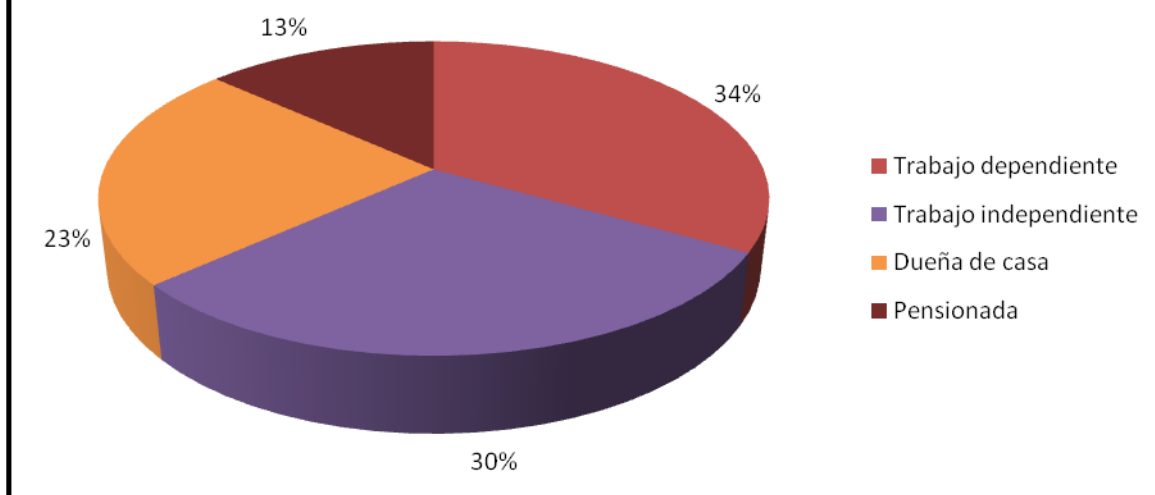
GRÁFICO N° 33: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN PREVISIÓN DE SALUD, AÑO 2013 (n=30)



(FUENTE: UNIDAD DE PISO PÉLVICO, HCVB)

Un 94% de la población encuestada tiene como previsión de salud a FONASA. En base al total de la población, un 40% corresponde a FONASA A, un 20% a FONASA C, y equitativamente con un 10% perteneciente a cada uno, encontramos FONASA A Y FONASA D. Un 3% restante corresponde a prestaciones externas, y un 3% no cuenta con previsión.

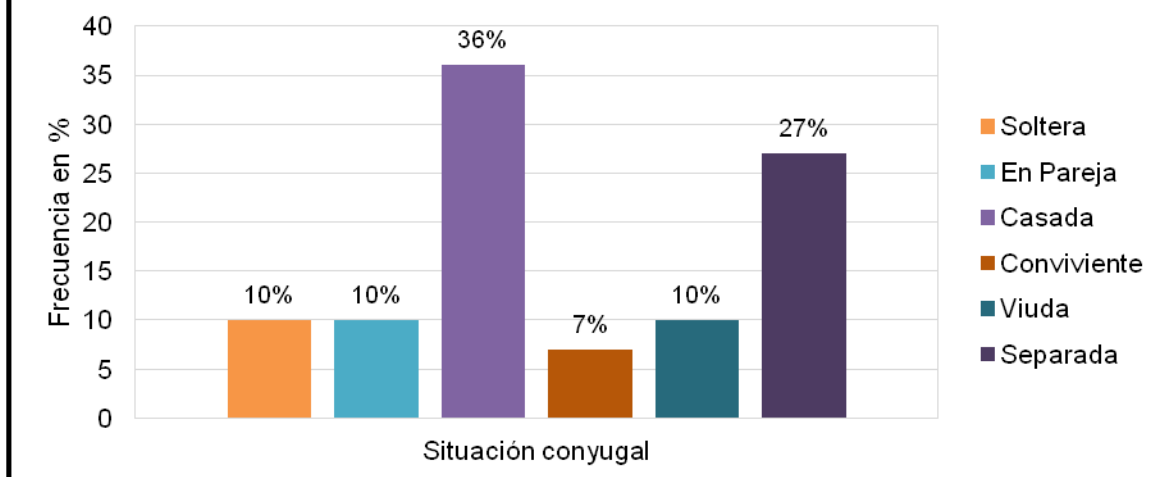
GRÁFICO N° 34: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN OCUPACIÓN , AÑO 2013 (n=30)



(FUENTE: UNIDAD DE PISO PÉLVICO, HCVB)

Dentro de la población estudiada el grupo mayoritario corresponde a mujeres trabajadoras dependientes (34%), seguidas por las trabajadoras independientes (30%). Además, un 23% de las encuestadas ejerce como dueña de casa y, un 13% se sustenta a través de pensión.

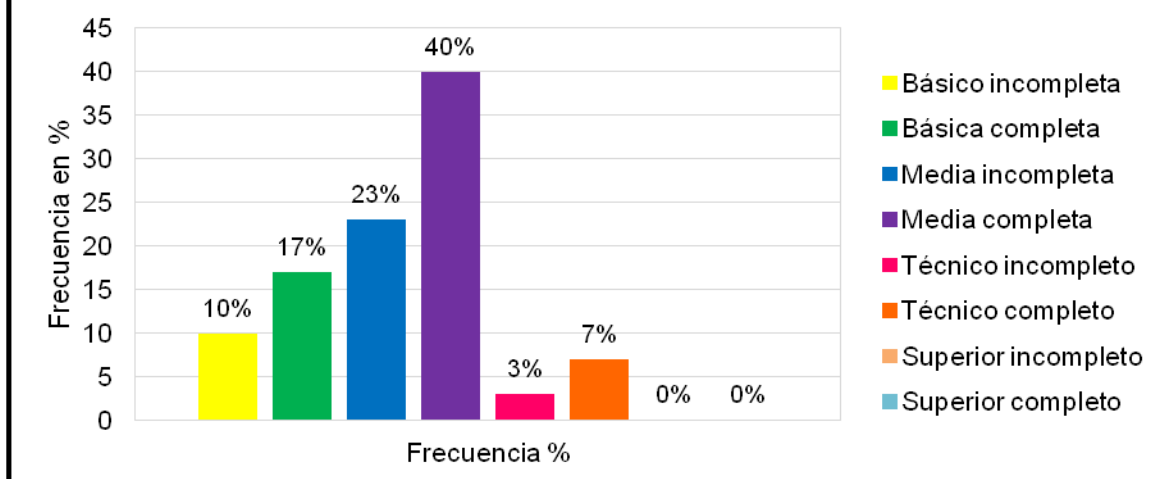
GRÁFICO N° 35: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN SITUACIÓN CONYUGAL, AÑO 2013 (n=30)



(FUENTE: UNIDAD DE PISO PÉLVICO, HCVB)

Dentro de la distribución de acuerdo a la situación conyugal, un 53% de las mujeres encuestadas tienen pareja y un 47% restante corresponde a mujeres sin pareja. Dentro de la totalidad de las encuestadas, un 36% corresponden a mujeres casadas, 27% son separadas, en iguales porcentajes (10%) se encuentran las mujeres en una relación de pareja y solteras; y (7%) en una relación de convivencia y viudas.

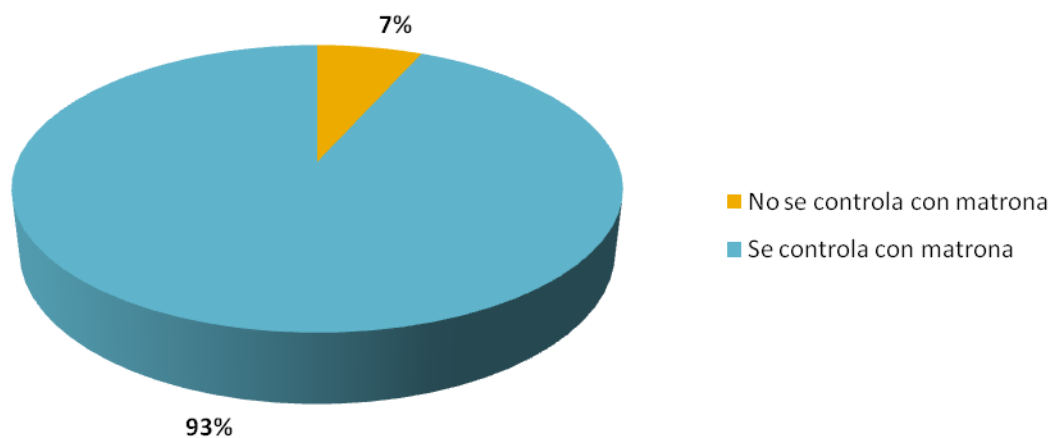
GRÁFICO N° 36: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD, AÑO 2013 (n=30)



(FUENTE: UNIDAD DE PISO PÉLVICO, HCVB)

El 40% de las mujeres encuestadas cursó hasta enseñanza media completa, mientras que el 23% no la cursó sin completarla. El 17% de la población cursó enseñanza básica en su totalidad y, un 20% la cursó sin completarla. Un 7% ha completado estudios técnicos, mientras que un 3% ha cursado estudios técnicos sin completarlos. Dentro de esta muestra no se encontraron mujeres que hayan cursado estudios superiores.

**TABLA N°37: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN,
SEGÚN SI RECIBÍA CONTROL CON MATRONA,
AÑO 2013.
(n=30)**

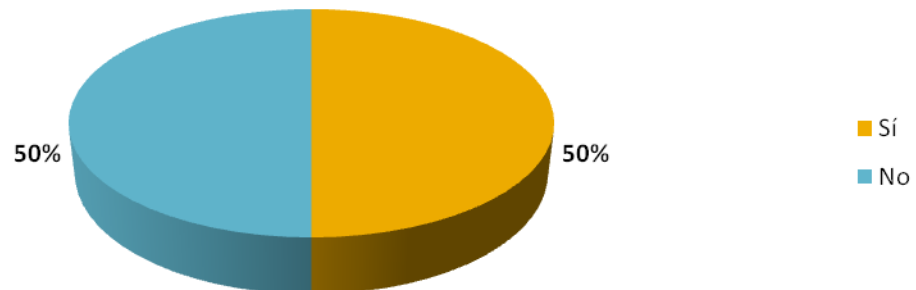


(FUENTE: UNIDAD DE PISO PÉLVICO, HCVB)

Un 93% de la muestra señala que se controla con matrona, el 7% restante indica que se controla con otro profesional.

GRÁFICO N° 38: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN CONTROLADA POR MATRÓN/NA, SEGÚN LA FORMA EN QUE SE ACUERDA EL SIGUIENTE CONTROL CON EL PROFESIONAL, AÑO 2013.

(n=28)

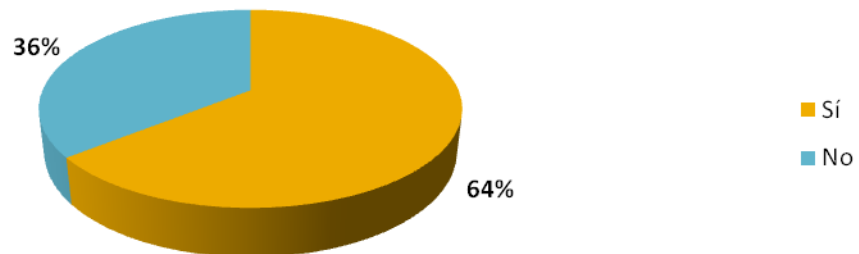


(FUENTE: UNIDAD DE PISO PÉLVICO, HCVB)

Un 50% de la muestra señala que el acuerdo para efectuar el próximo control con el profesional matron/na se realizaba en forma mutua y, el otro 50% señala que el día era impuesto por dicho profesional.

GRÁFICO N° 39: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN CONTROL CON MATRÓN/NA, SEGÚN LA PERCEPCIÓN DE LA USUARIA RESPECTO DEL INTERÉS POR PARTE DEL PROFESIONAL POR EL RESULTADO DE SUS EXÁMENES, AÑO 2013.

(n=28)...



(FUENTE: UNIDAD DE PISO PÉLVICO, HCVB)

Un 64% de la muestra percibe que el profesional matron/na demuestra interés por conocer el resultado de sus exámenes, el 36% restante no percibe interés por parte de este profesional por conocer el resultado de sus exámenes.