

**Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud**

Grado en Enfermería

Curso Académico 2013/ 2014

TRABAJO FIN DE GRADO

**PROGRAMA DE AUTOCUIDADO PARA LA PREVENCION DE INCONTINENCIA
URINARIA EN GESTACION Y POSTPARTO**

Autor/a: Regina Ruiz de Viñaspre Hernández

Tutor: Dña Ana Belen Subirón Valera

INDICE

Introducción	4
Objetivo	7
Metodología	7
Desarrollo	11
1. Diagnóstico de enfermería	11
2. Contexto social	11
3. Población diana	11
4. Red de apoyo	11
5. Planificación del programa de autocuidado	12
5.1 curso inicial	12
5.2 Recursos humanos y materiales	12
5.3 Temas sesiones	12
5.4 Carta descriptiva	13
5.5 Cronograma de sesiones grupales	14
6. Presupuesto	16
7. Evaluación	16
Discusión	18
bibliografía	19
Anexos	26

RESUMEN

La incontinencia urinaria (UI) definida como “cualquier pérdida involuntaria de orina” es un trastorno frecuente, debilitante y costoso que afecta más a las mujeres que a los hombres. Durante el embarazo o el período postnatal es el momento en que, por primera vez, muchas mujeres presentan incontinencia urinaria(1). La IU en gestación constituye un factor de riesgo de IU en postparto y ambas son factores de riesgo de IU en la vida posterior de la mujer(2).

En base a la evidencia acumulada se recomienda el entrenamiento muscular del suelo pélvico (EMSP) para la prevención y la rehabilitación de la IU durante la gestación y el postparto (3). Sin embargo no todas las mujeres conocen los ejercicios perineales ni saben cómo realizarlos (4).

En este trabajo se propone un programa de autocuidado de suelo pélvico supervisado por la matrona de atención primaria y dirigido a todas las mujeres gestantes. Tiene como propósito proporcionar a las mujeres los conocimientos y habilidades necesarias para la realización correcta de los ejercicios del suelo pélvico con el propósito de promover la salud perineal, prevenirla incontinencia urinaria o facilitar su rehabilitación si aparece. Consta de sesiones individuales y grupales que se extienden a lo largo de la gestación.

INTRODUCCIÓN

La International continence Society (ICS) define la incontinencia urinaria (IU), como la pérdida involuntaria de orina (5) y estandariza su diagnóstico clinicó en base a los síntomas (6):

- **Incontinencia urinaria de estrés (o de esfuerzo) (IUE):** queja de pérdida involuntaria de orina con el esfuerzo, con el ejercicio físico (e.j. actividades deportivas), al estornudar o toser.
- **Incontinencia urinaria de urgencia (IUU):** queja de pérdida involuntaria de orina asociada con urgencia. La mujer percibe la urgencia como la sensación repentina de un deseo imperioso de orinar que no puede postergar.
- **Incontinencia urinaria mixta (IUM):** queja de pérdida involuntaria de orina asociada a cualquiera de las dos situaciones anteriormente comentadas.

Las etiquetas diagnosticas de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (7) pueden hacerse corresponder con la nomenclatura propuesta por la ICS.

- Incontinencia urinaria de esfuerzo: pérdida súbita de orina al realizar actividades que aumentan la presión intraabdominal.
- Incontinencia urinaria de esfuerzo: emisión involuntaria de orina poco después de sentir una intensa sensación de urgencia de orinar.

Para el diagnostico clínico de la IU se recomienda la utilización de cuestionarios de síntomas validados (8). El diagnostico clínico basado en los síntomas es suficiente para iniciar los primeros cuidados y tratamientos desde las consultas de atención primaria (9). Además, la percepción de los síntomas y de su gravedad por parte de la mujer servirá para evaluar a posteriori el beneficio obtenido del cuidado propuesto (10)

Se dispone de versiones validadas en mujeres españolas de los cuestionarios: “King’s Health Questionnaire (KHQ)” (11), “International Consultation on Incontinence Questionnaire- Short Form (ICIQ-UI-SF)” (12), “Incontinence severity

index” (ISI) (13), “Urogenital Distress Inventory- short form” (UDI-6) e Incontinente impact questionnaire- short form (IIQ-7) , juntos el UDI-6 y el IIQ-7, han sido validados en población de mujeres gestantes españolas (14).

Las **estimaciones sobre la prevalencia** de incontinencia urinaria presentan variaciones sustanciales que se deben a la población de mujeres elegidas para el estudio, a la definición de IU utilizada o al método de estudio (15). La 3^a edición de la consulta internacional sobre incontinencia (ICI) estimó una prevalencia en gestación de entre 32-64 % (16). Las **causas de la incontinencia urinaria en el embarazo** son controvertidas y no bien conocidas (17). El padecimiento de fugas de orina antes de la gestación constituye el principal factor predictivo de IU en gestación (18). Se especula sobre la posibilidad de que algunas mujeres ya presentaran algún fallo en el complicado mecanismo de la continencia antes del embarazo, aun cuando este fallo no hubiera provocado síntomas de incontinencia. El embarazo podía revelar el defecto en las estructuras del suelo pélvico y empeorarlo ya que provoca cambios en las estructuras del suelo pélvico como consecuencia de las modificaciones que conlleva(19): **aumento de concentraciones de hormonas placentarias** que causan cambios de los tejidos locales al intervenir en la remodelación del colágeno y del tejido conectivo, **crecimiento del útero** que provoca un aumento de la presión intrapélvica que impactan sobre la vejiga y sobre la musculatura del suelo pélvico, **La ganancia de peso en gestación** que puede repercutir sobre los tejidos de la pelvis, causando estiramiento y debilitamiento de las diferentes estructuras del suelo pélvico y **el aumento del flujo sanguíneo renal y una mayor tasa de filtrado glomerular** que se eleva al 25% en la cuarta semana de embarazo y al 45% en 9 semanas de gestación (20).

EL “**entrenamiento muscular del suelo pélvico** (EMSP) se define como “cualquier programa de contracciones voluntarias y repetidas de los músculos del suelo pélvico explicado por un profesional de la salud” (21). Constituyen un cuidado básico de la salud perineal durante la gestación, además de haber demostrado su eficacia para la prevención y rehabilitación del estado de continencia en gestación y postparto (22)

Es una intervención sanitaria de bajo coste y que maneja el paciente con la instrucción y supervisión del personal sanitario. (21). Parte del supuesto de que las mujeres con IU pueden ser educadas para conocer su enfermedad y utilizar la musculatura del suelo pélvico lo que permite reducir al mínimo la incontinencia o eliminarla. Se ha demostrado eficaz para lograr la mejoría de todos los tipos de IU y se debe establecer como primera línea de prevención en todas las mujeres (23,24). El profesional de enfermería puede estar capacitado para tal fin (25); en países como Australia, Nueva Zelanda y Reino Unido, existe una red nacional de enfermeras especialistas en continencia, Continence Nurse Advisors (CNAs) ó Continence Nurses, que son las responsables de coordinar e integrar los servicios de continencia y guiar a las personas a través de la ruta de derivación más adecuada para sus necesidades. La eficacia de este servicio en Reino Unido ha sido informado por Matharu y col. (26), su estudio mostró que las enfermeras formadas en continencia son capaces de asignar los cuidados apropiados a la mayoría de las mujeres, lo que redunda positivamente en la reducción de las listas de espera, evita investigaciones innecesarias, reduce costes y aumenta la satisfacción del paciente. Otros estudios apoyan el coste efectividad del cuidado enfermero de la continencia (27-29)

Los costes económicos derivados de la IU para los sistemas de salud nacionales son muy importantes y aumentarán en los próximos años (21). Un estudio realizado por el departamento de salud estadounidense informó de que costes directos anuales de la incontinencia fueron superiores a los costes anuales de cáncer de mama, ovario, cérvix y útero combinados (30) .Por otro lado **la carga que la enfermedad supone en la vida cotidiana** de la mujer afecta a su calidad de vida y a su salud. Si bien es cierto que no pone en peligro la vida de la mujer que la padece, si que afecta negativamente a todas las facetas de su vida: trabajo, actividad social y de ocio, actividad física, sexualidad y relaciones afectivas, bienestar psicológico y estado físico de salud. A pesar de que empeora la calidad de vida de las mujeres, es poco frecuente que estas no busquen ayuda hasta que las pérdidas sean severas y provoquen un gran impacto en su calidad de vida (31). Muchas desconocen los ejercicios del suelo pélvico y aún conociéndolos es probable que no los realicen correctamente (32). Se aconseja que la realización del ejercicio sea verificada mediante medición digital intravaginal por un sanitario experimentado (33)

Si tenemos en cuenta que la IU en gestación es un factor de riesgo de IU en la vida posterior de la mujer (34) y que la IU empeora la calidad de vida de las mujeres en gestación y postparto (35) cualquier intervención sanitaria que prevenga la aparición de los síntomas durante este periodo tendrá un impacto importante en el coste sanitario y en la calidad de vida de la mujer (36)

OBJETIVO DEL TFG

Proporcionar un programa de autocuidado en salud perineal consistente en proporcionar la información y el entrenamiento necesario para que la mujer sepa utilizar sus músculos perineales tanto para la prevención como para la rehabilitación de la incontinencia urinaria en gestación y postparto.

METODOLOGIA del TFG

Preguntas:

- ¿Son eficaces los programas de ejercicios musculares del suelo pélvico para la prevención/rehabilitación de la IU en gestación y postparto en gestantes?
- ¿Qué programa de ejercicios perineales de suelo pélvico ha demostrado ser más eficaz para la prevención/rehabilitación de la IU en gestación y postparto en gestantes?

Para la respuesta de esta pregunta se ha consultado guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas y ECAs. La tablas 1 muestra los resultados de la búsqueda y las tablas 2 y 3 recogen las revisiones sistemáticas y los ensayos clínicos obtenidos en las bases de datos.

Table 1. Resultados de la búsqueda en bases de datos

Search terms	CINAHL	Medline	Cochrane
Pelvic floor exercises OR Kegel exercises	351	979	
Urinary incontinence	11274	34105	
pregnancy	129.545	768964	

Combinacion de términos mediante AND	17	28*	21**
Últimos 5 años	8	10	21

* limites: Guideline, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial, Clinical Trial.

** términos de búsqueda: urinary incontinence AND pregnancy.

Tabla 2. Revisiones sistemáticas sobre EMSP en gestación en los últimos 5 años

Autor/es y año	objetivo	metodología	conclusiones
Mørkved S y Bø K., 2014 (37)	Revisión sistemática del efecto del EMSP durante el embarazo y después del parto en la prevención y tratamiento de la IU.	Elegibles: ECA y ensayos cuasi experimentales en Inglés Participantes: ♀ embarazadas o puérperas. Intervenciones : el EMSP con o sin feed-back, conos vaginales o estimulación eléctrica	EMSP durante el embarazo y después del parto puede prevenir y tratar la IU. Se recomienda un protocolo de entrenamiento bajo supervisión concentraciones rápidas y sostenidas, y una duración mínima de 8 semanas.
Sahakian J, 2012 (38)	Revisión sistemática del efecto del EMSP para la prevención de IU en postparto	Los términos de búsqueda: EMSP and IUE and postparto en inglés a partir del año 2000 Intervention: EMSP sin estimulacion electrica.	4 de los 7 estudios los EMSP demostraron una mejora significativa en la IUE. En los 3 estudios que se realizan más alla de los 6 meses no se encuentra tal efecto.
Boyle R y col., 2012. (22)	Determinar el efecto de EMSP en gestacion y postparto comparado con el cuidado habitual de la IU.	Elegibles: ECA y ensayos cuasi experimentales Se realizaron búsquedas en el Registro Especializado del Grupo	Existe evidencia de que en primiparas, el EMSP puede prevenir la IU hasta seis meses después del parto. Hay apoyo a la recomendación de que el EMSP es un tratamiento

		Cochrane de Incontinencia Intervencion: EMSP vs cuidado rutinario u otro tratamiento	adecuado para las mujeres con incontinencia urinaria persistente después del parto
--	--	---	--

Tabla 3. Resumen de los Ensayos clínicos aleatorios (ECAs)

Autor año lugar	Intervención	Dirección	objetivo	resultados
Pelaez M y col., 2014 España (39)	22 SG (3/semana) De 8 a 100 contrac./ sesion. (rápidas y sostenidas)	Graduados en educación física.	Medir el efecto de EMSP en la prevención de IU en gestantes sin IU	En el GI tuvo un incidencia menor de IU (4.8% vs 39.3%, P < 0,001). Tamaño del efecto 80%
Miquelutti y col.,2013 Brasil (40)	5 SG semanales + SI diarias Series de contrac: 30 rápida y 20 sostenidas De pie y sentada	matronas	evaluar la eficacia de un programa de preparación al parto que incluye EMSP para la prevención de IU	El riesgo de IU en el GI fue significativamente menor a las 30 sg (42,7 % vs 62,2 % ; RR = 0,69) y a las 36 sg (41,2 % vs 68,4% ; RR= 0,60)
Stafne SN y col., 2012 Noruega (41)	12 SG semanales + SI (\geq 2 /sem) Series de 30 contrac./ sesion.	Fisioterapeuta	evaluar si después de un curso de EMSP, se hallaba menor incidencia de IU al final del embarazo	En el GI tuvo un incidencia significativamente menor de IU (11% vs 19 % , P = 0,004)
Bø K y Haakstad LA., 2011 Noruega.	12 SG (2/sem) 3 series de 8 a 12 contrac sostenidas (6 a 8 seg) .	Entrenador de Fitness*.	evaluar la eficacia de las EMSP en embarazadas	No se encontraron diferencias en la incidencia de IU en gestación ni a las 6 semanas postparto**

(42)	De pie, sentada, arrodillado			
Sangsawang, B., 2011 Tailandia (43)	3 SG + SI (≥ 5 /sem) durante 6 sem Series: contracciones sostenidas (10 sg) + rápidas (20)	enfermera	Efecto de los ejercicios en la severidad de la IU en gestación.	Los EMSP fueron capaces de disminuir la severidad de la IU en las gestantes que siguieron el programa.
Mason L y col, 2010 Inglaterra (44)	4 SG mensuales + SI Series: Contracciones sostenidas (6-8 seg) + 4 rápidas De pie, sentada, rodillada y acostada	Fisioterapeuta	determinar la eficacia de los EMSP prenatal en la prevención de IUE postnatal en primíparas	No se demostraron significativas entre los grupos en relación con episodios de incontinencia y grado de molestia de los síntomas después del parto, aunque las tendencias indican un efecto positivo.
Ko PC y col., 2010 (45)	12 SG semanales + SI (2/día) durante 6 semanas Series: 8 contracciones sostenidas (6 sg) descanso de 2 min	Fisioterapeuta	Evaluar el efecto de los EMSP en la prevención y tratamiento de la incontinencia urinaria durante el embarazo y el período posparto.	El GI tuvo una significativa menor incidencia de IU que el GC (odds ratio = 1,63; IC 95%: 1,52 - 1,74 , P < 0,05) a las 36 sg y 6 meses postparto

Abreviaturas: SG= sesiones grupales; SI= sesiones individuales; sem= semanas; contrac= contracciones; sg= segundos; mn= minutos; GI= grupo de intervención; GC= Grupo control (atención prenatal habitual)

Notas: *El entrenador de fitness fue a su vez instruido por un fisioterapeuta para que diese información verbal a las mujeres sobre cómo realizar los ejercicios ** no se comprobó por medición digital la correcta realización de los ejercicios, si se hizo en el resto de estudios

La 1^a pregunta quedo respondida mediante la consulta de guía clínica NICE revisada en 2013 (9), la revisión realizada por el subcomité para la promoción de la continencia de ICS (21), y las tres revisiones Cochrane (37, 38, 22, 45). Existe acuerdo en que los EMSP previenen la aparición de IU en gestación y postparto y que deben ser recomendadas durante la gestación

La 2^a pregunta no se ha podido responder, tanto en las guía clínica como en las revisiones se reconoce la imposibilidad actual de establecer que pauta o entrenamiento de ejercicios es más eficaz dada la heterogeneidad de los programas de cada estudio. Tal aseveración queda confirmada tras la consulta de los ECAs de los últimos 5 años (Tabla 2) Sin embargo en base a la evidencia se concluye que cualquier programa de ejercicios del suelo pélvico es mejor que ninguna intervención, en general las sesiones grupales se complementan con sesiones individuales en el domicilio (40, 41, 43- 45)y se combinan en las series contracciones rápidas y sostenidas (39, 40, 43,44).

DESARROLLO

1. Diagnóstico de enfermería

Disposición para mejorar el autocuidado (2006, NDE 2.1)

2. Contexto social

El barrio de Cascajos de Logroño tiene un nivel socioeconómico medio-alto. Las mujeres en su mayoría tienen su primer hijo entorno a los 30 años, tienen estudios superiores y trabajo remunerado. Siguen su proceso de embarazo, parto y postparto en el Sistema de Salud Riojano (SERIS) y el 90% acuden a primera visita de la matrona antes de las 10 sg, El porcentaje de mujeres inmigrantes se sitúa en torno al 10%.

3. Población diana

Gestantes en primer trimestre de gestación del centro de salud de Cascajos.

4. Redes de apoyo (asociaciones...)

Asociación de vecinos del barrio y AMPA del colegio, Actividades deportivas del ayuntamiento: yoga para embarazadas, Pilates para embarazadas y Matronatación. Grupo de apoyo a la lactancia materna (ALHALDA).

5. Planificación del Programa de Autocuidados

5.1 Curso inicial o de nivel superior

Los grupos se formaran cada dos meses aproximadamente con un número máximo de 20 mujeres

5.2 Recursos humanos y materiales

Personal sanitario: matrona del centro de salud

Recursos materiales: sala de reuniones del centro, gimnasio, ordenador y proyector, 20 colchonetas y 40 cuñas. Tríptico explicativo, modelo de diario miccional, modelo de programa de ejercicios.

5.3 Temas/sesiones.

5.3.1. Temas:

Los conocimientos a adquirir:

- Anatomofisiología de la continencia
 - o Estructuras pélvicas implicadas en la continencia
- Efecto de la gestación y el parto sobre las estructuras pelvico-perineales
- Promoción de la continencia y prevención de la incontinencia urinaria
 - o Modificación de estilos de vida. Prevención del estreñimiento, ganancia de peso adecuada para el IMC materno (dieta y ejercicio) , sustitución de los ejercicios de alto impacto perineal por otros de bajo impacto, abandono del tabaco, bloqueo perineal ante situación de hipertensión abdominal como tos o estornudo
 - o Ejercicios musculares del suelo pélvico
 - Evidencia sobre su rol en la prevención y la rehabilitación de la disfunción perineal en embarazo y postparto.
 - Pauta de ejercicios propuesta

Y las habilidades:

- Reconocimiento de los huesos de la pelvis de cada mujer
- Análisis de los estilos de vida propios de cada mujer que influyen positiva o negativamente sobre su salud perineal y capacidad de programar sus cambios.
- Identificación de los músculos del suelo pélvico
- contracción voluntaria de los músculos del suelo pélvico
- programación personal de los ejercicios del suelo pélvico (diseño del diario de ejercicios)

5.3.2 Sesiones:

- intervención individual
 - o 30 minutos. primera visita prenatal (≤ 12 sg) para explicar los objetivos del programa, diagnóstico del estado de continencia de la mujer (UDI-6 e IIQ-7) (anexo 1), explicar y comprobar la correcta realización del ejercicio de Kegel, medir la fuerza de contracción (escala de Oxford) (anexo 2) e invitar a la mujer a la actividad grupal.
 - o 30 minutos. última visita prenatal que se realiza en el centro de salud (35-38 sg), comprobación de la evolución del estado de continencia de la mujer (UDI-6 e IIQ-7), evaluación del diario miccional (3 días previos a la visita) y comprobación de la correcta realización de los ejercicios y evaluación junto a la mujer de su diario de ejercicios perineales.
- La intervención grupal tendrá una duración de 3 semanas, en sesiones de 90 minutos semanales.

5.4 Carta descriptiva

Estimada gestante:

Le proponemos formar parte de un programa de autocuidado perineal que tiene como propósito proporcionar a todas las gestantes los conocimientos y habilidades necesarias para realizar los ejercicios del suelo pélvico durante su embarazo con la finalidad de prevenir o rehabilitar la incontinencia urinaria en gestación y postparto. Para ello se concertaran en el centro de salud 2

visitas individuales en la consulta de la matrona y 3 sesiones en grupo, en horario de mañana de 10.00- 11.30 o de tarde de 18.00 a 19.30 los miércoles.

Los objetivos de este curso son que usted

- Aprenda a identificar los músculos de su suelo pélvico,
- Sea capaz de identificar los factores de riesgo que afectan a su salud perineal y establecer los cambios en sus hábitos de vida que pueden ser perjudiciales a su periné.
- Realice la contracción de los músculos perineales con una fuerza adecuada y de manera sostenida
- Sepa cumplimentar adecuadamente el diario miccional de 48 horas.
- Diseñe su propio programa de ejercicios
- Se sienta motivada a practicar los ejercicios perineales desde el término de la actividad grupal hasta el final de la gestación, con un mínimo de 3 días a la semana y una intensidad de 20 ejercicios perineales de su elección al día.

El programa será impartido por su matrona con la que podrá consultar durante toda la gestación y que realizará la evaluación de su estado perineal a lo largo de la gestación y del postparto.

Esperamos contar con usted en este nuevo proyecto.

Un cordial saludo.

5.5 Cronograma sesiones grupales

1º sesión: El suelo pélvico y la continencia urinaria		
Contenido	Técnica	duración
presentación del curso y de sus objetivos	Participativa y grupal	5 mn
Presentación del grupo	Participativa y	10 mn

	grupal	
¿Cuándo creéis que las pérdidas de orina se convierten en un problema de salud para la mujer?	Participativa y grupal: Grupo de discusión	30 mn
Anatomofisiología de la continencia: el rol de los músculos del suelo pélvico.	Expositiva y grupal	20 mn
Palpación externa de los huesos de la pelvis y discriminación de los músculos del suelo pélvico respecto a otros músculos (rectos inferiores, glúteos o abductores)	Grupal y participativa: Demostración Entrenamiento de la habilidad	15 mn
Resumen de la sesión y propuesta de práctica de ejercicio de kegel.	Grupal y participativa	10 mn
2ª sesión: la salud perineal y los factores de riesgo		
Contenido	Técnica	duración
Resumen de las actividades del día anterior	Participativa y grupal	10
Salud perineal: factores de riesgo y factores protectores (dieta, ejercicio, hábitos de micción y defecación, higiene postural)	Expositiva y grupal	20
Identificación de los factores de riesgo y protectores en cada mujer y propuesta de modificación	análisis individual	15
Puesta en común de los cambios propuestos	Grupal y participativa	20

Programa de ejercicios perineales	Demostración Entrenamiento de la habilidad	20
3º sesión: Elaboración del diario miccional y el diario de ejercicios perineales		
Contenido	Técnica	duración
Resumen de las actividades del día anterior	Participativa y grupal	10
Tipos de IU. Efecto del embarazo sobre la IU y resumen de la evidencia sobre el efecto de los ejercicios en el suelo pélvico de la embarazada	Expositiva y grupal	20
Elaboración del diario miccional y diario de ejercicios	Demostración cumplimentación de los diarios	20
Programa de ejercicios perineales	Demostración Entrenamiento de la habilidad	20
Resumen y evaluación de la satisfacción de las participantes.	Grupo de discusión: adecuación del horario, el tiempo y la metodología para el aprendizaje	20

6. **Presupuesto:** no es necesario, se utilizan los recursos del propio centro

7. Evaluación

7.1 Evaluación de los objetivos educativos

- La correcta identificación de los músculos del suelo pélvico y su correcta contracción por parte de las mujeres se evaluará mediante tacto vaginal en la primera y última consulta de matrona con la escala de Oxford, comparándose ambos resultados.

- Todas las mujeres entre la 2^a y la 3^a sesión auto-cumplimentaran el diario micción entre la 2^a y la 3^a sesión y sus resultados se informaran en historia clínica de la mujer
- Todas las mujeres, entre la 2^a y la 3^a sesión, basándose en un modelo propuesto, diseñaran por sí misma una hoja de registro de los ejercicios perineales que se proponen hacer diariamente
- En la última visita prenatal la mujer compartirá con la matrona su hoja de registro de ejercicios perineales, se considerara que el objetivo se ha cumplido cuando la mujer registro la práctica de ejercicios al menos 20 veces diarias y 3 días por semana

7.2 Evaluación del diseño e implementación del programa

- n° de gestantes con diagnóstico de estado de continencia por la matrona en primer trimestre/ n° de mujeres vistas por la matrona en consulta en primer trimestre
- n° de gestantes que acuden al grupo de educación maternal/ n° de mujeres vistas por la matrona en consulta en primer trimestre
- n° de gestantes que completan el programa educativo

7.3 Evaluación de la satisfacción de las usuarias

- La satisfacción de las usuarias se medirá con una versión modificada del Short-Form Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ-18)(46) (Anexo 4)

7.4 Evaluación de los resultados sanitarios

- Registro en historia clínica por parte de la matrona del estado de continencia de la mujer al inicio de la gestación, al final de la gestación, en la primera semana postparto, a los seis meses postparto del parto
- Sobre los resultados de los registros de IU de la matrona se prevé realizar un estudio de seguimiento con el que se pueda medir el impacto del programa en el estado de continencia de las mujeres en gestación y postparto.

CONCLUSIONES DEL TFG

La realización de este trabajo me ha permitido utilizar gran parte de los conocimientos enfermeros adquiridos mediante mi formación académica y mi formación profesional. Es importante que como enfermera tenga la capacidad de utilizar la literatura biomédica que está a mi disposición, que sea sensible a las necesidades de la población que atiendo y que sea capaz de planificar cuidados enfermeros cuyo impacto en la salud sean medibles. Creo que la propuesta de programa de autocuidado perineal plasmada en este trabajo para la prevención de la incontinencia urinaria es factible de llevarse a cabo, no requiere incrementar significativamente el presupuesto y dota a la mujer de herramientas de salud importantes para cuidar su periné y protegerlo contra las agresiones en un momento de riesgo como es el embarazo y el parto. Otra aportación importante de este programa es la adaptación de los ejercicios a la disponibilidad de tiempo y a las habilidades de cada mujer. No habiendo un protocolo de ejercicios que haya mostrado su superioridad respecto al resto, entiendo que aquel que elija la mujer será el que conseguirá mayor adherencia por su parte; la práctica asistencial me ha enseñado que las mujeres tienen mayor facilidad para realizar unos que otros ejercicios o que unos le resultan más agradables que otros. Además la comprobación por parte de la matrona de su adecuada realización y el biofeedback que dicha comprobación supone para que la mujer sepa cuáles realiza mejor es una importante intervención enfermera que está recomendada en la literatura.

Otro efecto que puede tener este programa es evitar el ocultamiento del problema y la normalización de su padecimiento de la IU en gestación y postparto. El diagnóstico incontinencia y de fuerza perineal que se realizara a todas las gestantes independientemente de que acudan al curso dará pie a tratar el tema y aportar cuidados basados en evidencia.

Por último la evaluación del programa propicia la investigación enfermera, sería interesante realizar la validación de la versión modificada del cuestionario de satisfacción y estudiar si la propuesta de este programa que es dejar que la mujer elabore su propia serie de ejercicios incrementa la adherencia frente a un programa estándar de ejercicios.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Hay-Smith J, Morkved S, Fairbrother KA, Herbison GP. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev* 2008 Oct 8;(4)(4):CD007471.
- (2) Arrue M, Diez-Itza I, Ibañez L, Paredes J, Murgiondo A, Sarasqueta C. Factors involved in the persistence of stress urinary incontinence from pregnancy to 2 years post partum. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2011 12;115(3):256-259.
- (3) Wesnes SL, Lose G. Preventing urinary incontinence during pregnancy and postpartum: a review. *Int Urogynecol J* 2013 Jun;24(6):889-899.
- (4) Ruiz de Viñaspre Hernández R, Tomas Aznar C. Gestión de la incontinencia urinaria en la embarazada: conocimientos, prácticas y búsqueda de ayuda. *Evidentia* 2010;7(32).
- (5) Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2002;21(2):167-178.
- (6) Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn* 2010;29(1):4-20.
- (7) North American Nursing Diagnosis Association. . *Diagnósticos Enfermeros: Definición y Clasificación 2001-2002*. Madrid: harcourt; 2001.
- (8) Shamlivan T, Wyman J, Bliss DZ, Kane RL, Wilt TJ. Prevention of urinary and fecal incontinence in adults. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)* 2007 Dec;(161)(161):1-379.
- (9) National Institute for Care and Health Excellence. Urinary incontinence. The management of urinary incontinence in women. 2013.

- (10) Kinchen KS, Burgio K, Diokno AC, Fultz NH, Bump R, Obenchain R. Factors associated with women's decisions to seek treatment for urinary incontinence. *J Womens Health (Larchmt)* 2003 Sep;12(7):687-698.
- (11) Badia Llach X, Castro Diaz D, Conejero Sugranes J. Validity of the King's Health questionnaire in the assessment of quality of life of patients with urinary incontinence. The King's Group. *Med Clin (Barc)* 2000 May 6;114(17):647-652.
- (12) Espuña Pons M, Rebollo Álvarez P, Puig Clota M. Validación de la versión española del International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form. Un cuestionario para evaluar la incontinencia urinaria. *Med Clin (Barc)* 2004;122(8):288-292.
- (13) Sandvik H, Espuna M, Hunskaar S. Validity of the incontinence severity index: comparison with pad-weighing tests. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2006 Sep;17(5):520-524.
- (14) Ruiz de Viñaspre Hernández R, Tomás Aznar C, Rubio Aranda E. Validación de la versión española de las formas cortas del Urogenital Distress Inventory (UDI-6) y del Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7) en mujeres embarazadas. *Gaceta Sanitaria* 2011 10;25(5):379-384.
- (15) S. L. Wesnes. Urinary incontinence in pregnancy and postpartum: incidence, prevalence and risk factors. Oslo: University of Bergen; 2011.
- (16) Milsom I, Altman D, Lapitan MC, Nelson R, Sillén U. Epidemiology of Urinary (UI) and Faecal (FI) Incontinence and Pelvic Organ Prolapse (POP). In: Abrams P, Cardozo L, khouri S, Wein A, editors. *Incontinence: 4th International Consultation on Incontinence* Paris: Health Publication Ltd; 2009. p. 35-112.
- (17) Diez-Itza I, Ibanez L, Arrue M, Paredes J, Murgiondo A, Sarasqueta C. Influence of maternal weight on the new onset of stress urinary incontinence in pregnant women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2009 Oct;20(10):1259-1263.

- (18) Brown SJ, Donath S, MacArthur C, McDonald EA, Krastev AH. Urinary incontinence in nulliparous women before and during pregnancy: prevalence, incidence, and associated risk factors. *Int Urogynecol J* 2010 Feb;21(2):193-202.
- (19) Shek KL, Kruger J, Dietz HP. The effect of pregnancy on hiatal dimensions and urethral mobility: an observational study. *Int Urogynecol J* 2012 Nov;23(11):1561-1567.
- (20) Sangsawang B, Sangsawang N. Stress urinary incontinence in pregnant women: a review of prevalence, pathophysiology, and treatment. *Int Urogynecol J* 2013 Feb 23.
- (21) Hay-Smith J, Berchmans B, Burgio K, Dumoulin SH, K., Moore K, Dow JN, et al. Adult Conservative Management. In: P. Abrams, L. Cardozo, S. Khoury, A. Wein, editor. *Continence*. 4^a ed. Paris: Health Publication; 2009. p. 1027-1120.
- (22) Boyle R, Hay-Smith EJ, Cody JD, Morkved S. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and fecal incontinence in antenatal and postnatal women: A short version Cochrane review. *Neurourol Urodyn* 2014 Mar;33(3):269-276.
- (23) Abrams P, Cardozo L, Wein A. The International Consultation on Incontinence, Research Society (ICI-RS). *Neurourol Urodyn* 2010 Apr;29(4):596-597.
- (24) Abrams P, Andersson KE, Birder L, Brubaker L, Cardozo L, Chapple C, et al. Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. *Neurourol Urodyn* 2010;29(1):213-240.
- (25) Newman DK, Ee CH, Gordon D, Srini VS, Williams K, Cahill B, et al. Continence Promotion, Education & Primary Prevention. In: P. Abrams, L. Cardozo, S. Khoury, A. Wein, editor. *Incontinence*. 4^a edición ed.; 2009. p. 1642-1684.
- (26) Matharu GS, Assassa RP, Williams KS, Donaldson MK, Matthews RJ, Tincello DG, et al. Continence nurse treatment of women's urinary symptoms. *Br J Nurs* 2004 Feb 12-25;13(3):140-143.

- (27) Du Moulin MF, Chenault MN, Tan FE, Hamers JP, Halfens RH. Quality systems to improve care in older patients with urinary incontinence receiving home care: do they work? *Qual Saf Health Care* 2010 Oct;19(5):e18.
- (28) Du Moulin MF, Hamers JP, Paulus A, Berendsen CL, Halfens R. Effects of introducing a specialized nurse in the care of community-dwelling women suffering from urinary incontinence: a randomized controlled trial. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2007 Nov-Dec;34(6):631-640.
- (29) Moore KH, O'Sullivan RJ, Simons A, Prashar S, Anderson P, Louey M. Randomised controlled trial of nurse continence advisor therapy compared with standard urogynaecology regimen for conservative incontinence treatment: efficacy, costs and two year follow up. *BJOG* 2003 Jul;110(7):649-657.
- (30) Varmus H. Disease-Specific Estimates of Direct and Indirect Costs of Illness and NIH Support. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, Office of the Director, Bethesda (MD). 1997.
- (31) Shaw C, Das Gupta R, Williams KS, Assassa RP, McGrother C. A survey of help-seeking and treatment provision in women with stress urinary incontinence. *BJU Int* 2006 Apr;97(4):752-757.
- (32) Tibaek S, Dehlendorff C. Pelvic floor muscle function in women with pelvic floor dysfunction: a retrospective chart review, 1992-2008. *Int Urogynecol J* 2014 May;25(5):663-669.
- (33) Bo K, Finckenhagen HB. Vaginal palpation of pelvic floor muscle strength: inter-test reproducibility and comparison between palpation and vaginal squeeze pressure. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001 Oct;80(10):883-887.
- (34) Viktrup L, Rortveit G, Lose G. Risk of stress urinary incontinence twelve years after the first pregnancy and delivery. *Obstet Gynecol* 2006 Aug;108(2):248-254.
- (35) Leroy L, Lopes M. Urinary incontinence in the puerperium and its impact on the health-related quality of life. *Rev latinoam enferm* 2012;20(2):346-353.

- (36) Wilson L, Brown JS, Shin GP, Luc KO, Subak LL. Annual direct cost of urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 2001 Sep;98(3):398-406.
- (37) Morkved S, Bo K. Effect of pelvic floor muscle training during pregnancy and after childbirth on prevention and treatment of urinary incontinence: a systematic review. *Br J Sports Med* 2014 Feb;48(4):299-310.
- (38) Sahakian J. Stress incontinence and pelvic floor exercises in pregnancy. *Br J Nurs* 2012 Oct 11-24;21(18):S10, S12-5.
- (39) Pelaez M, Gonzalez-Cerron S, Montejo R, Barakat R. Pelvic floor muscle training included in a pregnancy exercise program is effective in primary prevention of urinary incontinence: a randomized controlled trial. *Neurourol Urodyn* 2014 Jan;33(1):67-71.
- (40) Miquelutti MA, Cecatti JG, Makuch MY. Evaluation of a birth preparation program on lumbopelvic pain, urinary incontinence, anxiety and exercise: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013 Jul 29;13:154-2393-13-154.
- (41) Stafne SN, Salvesen KA, Romundstad PR, Torjusen IH, Morkved S. Does regular exercise including pelvic floor muscle training prevent urinary and anal incontinence during pregnancy? A randomised controlled trial. *BJOG* 2012 Sep;119(10):1270-1280.
- (42) Bo K, Haakstad LA. Is pelvic floor muscle training effective when taught in a general fitness class in pregnancy? A randomised controlled trial. *Physiotherapy* 2011 Sep;97(3):190-195.
- (43) Sangsawang B, Serisathien Y. Effect of pelvic floor muscle exercise programme on stress urinary incontinence among pregnant women. *J Adv Nurs* 2012 Sep;68(9):1997-2007.
- (44) Mason L, Roe B, Wong H, Davies J, Bamber J. The role of antenatal pelvic floor muscle exercises in prevention of postpartum stress incontinence: a randomised controlled trial. *J Clin Nurs* 2010 Oct;19(19-20):2777-2786.
- (45) Ko PC, Liang CC, Chang SD, Lee JT, Chao AS, Cheng PJ. A randomized controlled trial of antenatal pelvic floor exercises to prevent and treat urinary incontinence. *Int Urogynecol J* 2011 Jan;22(1):17-22.

- (46) Marshall GN, Hays RD. The Patient Satisfaction Questionnaire Short Form (PSQ-18) . Santa Monica, CA: RAND Corporation; 1994.
- (47) Donovan JL, Badia X, Corcos M, Gotoh M, Kelleher C, Naughton M. Symptom and quality of life assessment. Incontinence Plymouth (Reino Unido): Plymbridge Distributors Ld; 2002. p. 267-316.
- (48) Donovan JL, Ruud Bosch JLH, Gotoh M, Jackson S, Naughton M, Radley S, et al. Symptom and quality of life assessment. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, editors. Incontinence: 2nd International Consultation on Incontinence Plymouth, UK: Health Publication Ltd; 2005. p. 519-584.
- (49) Avery KN, Bosch JL, Gotoh M, Naughton M, Jackson S, Radley SC, et al. Questionnaires to assess urinary and anal incontinence: review and recommendations. *J Urol* 2007 Jan;177(1):39-49.
- (50) Shumaker S, Wyman JP, Uebersax JS, McClish D, Fantl JA. Health-related quality of life measures for women with urinary incontinence: the Incontinence Impact Questionnaire and the Urogenital Distress Inventory. *Qual Life Res* 1994;3:291.
- (51) Uebersax JS, Wyman JF, Shumaker SA, McClish DK, Fantl JA. Short forms to assess life quality and symptom distress for urinary incontinence in women: the Incontinence Impact Questionnaire and the Urogenital Distress Inventory. Continence Program for Women Research Group. *Neurourol Urodyn* 1995;14(2):131-139.
- (52) Sandvik H, Hunskaar S, Seim A, Hermstad R, Vanvik A, Bratt H. Validation of a severity index in female urinary incontinence and its implementation in an epidemiological survey. *J Epidemiol Community Health* 1993 Dec;47(6):497-499.
- (53) Jackson S, Donovan J, Brookes S, Eckford S, Swithinbank L, Abrams P. The Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms questionnaire: development and psychometric testing. *Br J Urol* 1996 Jun;77(6):805-812.

- (54) Wagner TH, Patrick DL, Bavendam TG, Martin ML, Buesching DP. Quality of life of persons with urinary incontinence: development of a new measure. *Urology* 1996 Jan;47(1):67-71; discussion 71-2.
- (55) Kelleger CJ, Cardozo LD, Khullar V, Salvatore S. A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 1994;104(12):174-179.
- (56) Stach-Lempinen B, Kirkinen P, Laippala P, Metsanoja R, Kujansuu E. Do objective urodynamic or clinical findings determine impact of urinary incontinence or its treatment on quality of life? *Urology* 2004 Jan;63(1):67-71; discussion 71-2.
- (57) Stothers L. Reliability, validity, and gender differences in the quality of life index of the SEAPI-QMM incontinence classification system. *Neurourol Urodyn* 2004;23(3):223-228.
- (58) Amarenco G, Arnould B, Carita P, Haab F, Labat J, Richard F. European Psychometric Validation of the CONTILIFE®: A Quality of Life Questionnaire for Urinary Incontinence. *Eur Urol* 2003 4;43(4):391-404.
- (59) Avery K, Donovan J, Peters TJ, Shaw C, Gotoh M, Abrams P. ICIQ: a brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. *Neurourol Urodyn* 2004;23(4):322-330.
- (60) Brookes ST, Donovan JL, Wright M, Jackson S, Abrams P. A scored form of the Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms questionnaire: data from a randomized controlled trial of surgery for women with stress incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 2004 Jul;191(1):73-82.
- (61) Kulseng-Hanssen S, Borstad E. The development of a questionnaire to measure the severity of symptoms and the quality of life before and after surgery for stress incontinence. *BJOG* 2003 Nov;110(11):983-988.

ANEXOS

Anexo 1 instrumentos de medida de los sintomas de incontinencia y su impacto en la calidad de vida de la mujer

1.1 Urogenital Distress inventory- Short Form (UDI-6)

Indique si tiene o no los siguientes problemas:	NO	SI	SI tiene el problema, ¿cuanto le molesta?.			
			Nada, en absoluto	Ligeramente	Modera-mente	mucho
La necesidad de orinar frecuentemente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pérdidas de orina unidas a una sensación de urgencia (necesidad urgente de ir al WC)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pérdidas de orina cuando realiza una actividad física, estornuda o tose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pérdida de orina en pequeñas cantidades (es decir, gotas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificultad para vaciar su vejiga	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolor o incomodidad en la parte inferior del abdomen o en la zona genital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fuente: Ruiz de Viñaspre Hernández R, Tomás Aznar C, Rubio Aranda E. Validación de la versión española de las formas cortas del Urogenital Distress Inventory (UDI-6) y del Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7) en mujeres embarazadas. Gaceta Sanitaria 2011;10;25(5):379-384.

1.2 Incontinence Impact Questionnaire – Short Form (IIQ-7)

Indique si las pérdidas de orina le han afectado en los siguientes ámbitos:	NO Nada, en absoluto	SI Ligera-mente	SI Modera-mente	SI mucho
La necesidad de orinar frecuentemente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pérdidas de orina unidas a una sensación de urgencia (necesidad urgente de ir al WC)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pérdidas de orina cuando realiza una actividad física, estornuda o tose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pérdida de orina en pequeñas cantidades (es decir, gotas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificultad para vaciar su vejiga	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolor o incomodidad en la parte inferior del abdomen o en la zona genital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fuente: Ruiz de Viñaspre Hernández R, Tomás Aznar C, Rubio Aranda E.

Validación de la versión española de las formas cortas del Urogenital Distress Inventory (UDI-6) y del Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7) en mujeres embarazadas. Gaceta Sanitaria 2011 10;25(5):379-384

Anexo 2. Evaluación de la realización correcta de los EMSP y de grado de fuerza muscular.

2.2 Procedimiento Palpación digital vaginal

1. Introducir las dos falanges distales de los dedos indicador y medio dentro de la vagina, con gelatina lubrificante;
2. Solicitar que la mujer haga contracción y la mantenga, por el mayor tiempo posible, la contracción voluntaria de los músculos perineales alrededor de los dedos del examinador, en una secuencia de tres sesiones, con intervalo de 15 segundos entre ellas;
3. Permanecer con los dedos en la vagina durante todas las mensuraciones de la FMP;
4. Registrar la mayor clasificación de contracción por la escala de Oxford

2.3 Escala de valoración modificada de Oxford para la musculatura del suelo pélvico

Grado	Respuesta
0	Ninguna
1	Parapadeos. Movimientos temblorosos de la musculatura
2	Débil. Presión débil sin parpadeos o temblores musculares
3	Moderado. Aumento de presión y ligera elevación de la pared vaginal posterior
4	Bien. Los dedos del examinador son aprestados firmemente; elevación de la pared posterior de la vagina contra resistencia moderada
5	Fuerte. Sujeción con fuerza de los dedos y elevación de la pared posterior en contra de una resistencia mínima.

Fuente: Sapsford, R.; Bullock-Saxton, J.; Markwell S. Women's Health. A Textbook for Physiotherapists 1998, WB Saunders, London, UK.

Anexo 3. Diario miccional

Anexo 4. Diario de ejercicios.

Fecha	Tipo de ejercicio realizado	Numero de sesiones realizadas.	Posición de realización del ejercicio

Ejercicio 1. Ejercicio de kegel: contracción y relajación rápida de la musculatura (sesiones de 20 contracciones rápidas)

Ejercicio 2. Contracciones sostenidas: contraer de forma progresiva en 3 segundo, mantener 3 sg la contracción y relajar en 6 segundos (sesiones de 10 contracciones mantenidas)

Ejercicio 3. Onda: 3 ejercicios de Kegel seguido de una contracción sostenida (sesiones de 10 ondas)

Ejercicio 4. Contracción del periné sostenida junto con contracción del abdomen al echar el aire (espiración) y relajación de periné y abdomen el coger el aire (inspiración) (sesiones de 10 combinadas)

Ejercicio 5. Contracción del músculo transverso o ejercicio abdominal hipopresivo (sesiones de 5 ejercicios hipopresivos con apnea en 10 sg.)

Anexo 5. Versión adaptada del Short-Form Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ-18)

Lea cuidadosamente las afirmaciones que realizamos a continuación e indique su grado de acuerdo con las mismas, rodeando con un circulo el numero (1= desacuerdo, 2=poco acuerdo, 3= moderado acuerdo, 4= bastante acuerdo y 5 = acuerdo absoluto)

1. La matrona me ha explicado bien las razones para realizar el curso

1 2 3 4 5

2. Creo que el centro de salud reúne lo necesario para proporcionarle toda la atención necesaria para conseguir los objetivos del curso

1 2 3 4 5

3. No creo que la exploración vaginal previa al curso sea necesaria para aprender los ejercicios perineales

1 2 3 4 5

4. Tengo dudas sobre el diagnóstico realizado por su matrona

1 2 3 4 5

5. Estoy segura de que la atención recibida no precisa ningún pago de dinero por mi parte

1 2 3 4 5

6. La matrona ha utilizado todos sus conocimientos para realizar un adecuado diagnóstico del problema y le ha proporcionado los cuidados necesarios para su resolución.

1 2 3 4 5

7. Creo que tendré que pagar de su bolsillo para conseguir la curación de su incontinencia si la tuviese

1 2 3 4 5

8. Tengo fácil acceso a los especialistas que necesito

1 2 3 4 5

9. Tendré que esperar una largo tiempo para recibir tratamiento si aparece el problema de incontinencia en gestación o postparto

1 2 3 4 5

10. La matrona se comporta de manera demasiado formal o impersonal

1 2 3 4 5

11. Mi matrona me trata de una manera amigable y cortés.

1 2 3 4 5

12. Mi matrona a veces da la información y enseña los ejercicios demasiado deprisa.

1 2 3 4 5

13. La matrona ignora lo que le digo.

1 2 3 4 5

14. Tengo dudas sobre la capacidad de la matrona para realizar este curso

1 2 3 4 5

15. La matrona utiliza todo el tiempo necesario conmigo

1 2 3 4 5

16. Me resulta difícil conseguir una cita para la matrona pronto

1 2 3 4 5

17. No estoy satisfecha con algunas cosas sobre el cuidado de la salud

Recibido por parte de mí

1 2 3 4 5

18. Puedo conseguir atención de la matrona cuando lo necesito.

1 2 3 4 5