



Caja Costarricense de Seguro Social Gerencia Médica

Protocolo de Atención Clínica a la Mujer Incontinencia Urinaria

Código PAC.GM.DDSS-AAIP-PNM-22022022

Versión 01

Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud
Area de Atención Integral a las Personas
Programa Normalización de la Atención de la Mujer

2022

<p><i>Grupo Asesor Metodológico:</i></p>	<p><i>Dra. Angélica Vargas Campos. Médica especialista en Ginecología y Obstetricia. Coordinadora Programa de Normalización de la Atención a la Mujer.</i> <i>Dra. Odiney Quirós Serrano. Enfermera. Coordinadora Metodológica. Programa de Normalización de la Atención a la Mujer. Área de Atención Integral a las Personas.</i></p>	
<p><i>Grupo Elaborador:</i></p>	<p><i>Dra. Flory Morera González. Médica Especialista en Ginecología. Hospital México</i> <i>Dra. Katherine Carranza Vega. Médica Especialista en Ginecología. Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia</i> <i>Dra. Milena Hernández Chacón. Fisioterapeuta. Hospital México.</i> <i>Dr. Heiner Barboza Pérez. Fisioterapeuta. Área de Salud de Tilarán.</i> <i>Dra. Jen Yow Liu Lin. Médica Especialista en Ginecología. Hospital San Juan de Dios.</i> <i>Dra. Priscilla Rojas Ulate. Médica Especialista en Ginecología. Hospital de las Mujeres.</i> <i>Dra. Lourdes Soto Vásquez. Médica Especialista en Geriátría y Gerontología. Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología</i> <i>Dr. Raúl Blanco Cervantes.</i> <i>Dra. Andrea Umaña Álvarez. Médica. Especialista en Geriátría y Gerontología. Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología</i> <i>Dr. Raúl Blanco Cervantes</i> <i>Dra. Vilma García Camacho. Médica Especialista en Geriátría y Gerontología. Coordinadora Programa Atención de la Persona Adulta Mayor.</i> <i>Dra. Gabriela Barrantes Montiel. Médica Especialista en Urología. Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia</i> <i>Dra. María Elena Artavia Mora. Enfermera Especialista en Ginecología y Obstetricia. Subjefe Coordinación Nacional de Enfermería.</i> <i>Dra. Sara Cubillo Escalante. Psicóloga Clínica. Asistente Coordinación Nacional de Psicología</i> <i>Dra. Ruth Campos Masís. Trabajadora Social. Asistente Coordinación Nacional de Trabajo Social.</i> <i>Dra. Diana Masís Aguilar. Nutricionista. Asistente Coordinación Nacional de Nutrición.</i></p>	
<p><i>Asesoría Gerencia Médica:</i></p>	<p><i>Dra. Carla Gríos Dávila, Médica Gineco-obstetra, Asesora de Despacho, Gerencia Médica</i></p>	
<p><i>Validado por:</i></p>	<p><i>Dra. Abigail Zúñiga Alvarado Terapeuta físico. Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología.</i> <i>Dra. Alejandra Barrantes Solano. Trabajadora Social. Area de Salud Cariari.</i> <i>Dra. Alejandra María Trejos Chacón. Supervisora Enfermería DRIPSSCS.</i> <i>Dr. Alejandro Alfieri Marín Mora. Licenciado en Medicina, Máster en Gerencia de la Salud, Máster en Bioética, PhD en Bioderecho.</i> <i>Dra. Maureen Esquivel Gamboa. Dirección Médica, Area de Salud Pital.</i> <i>Dr. Allan Francisco Ramírez Rosales. Dirección Médica, Area de Salud Alajuela Oeste.</i> <i>Dra. Cindy Vanessa Castro Mora. Médico de vigilancia epidemiológica. Area de Salud Corredores.</i> <i>Dra. Maureen Esquivel Gamboa. Area de Salud Pital.</i> <i>Dr. Pablo Gómez Esquivel. Director Médico Hospital Golfito Manuel Mora Valverde.</i> <i>Dr. Roberto Gerardo Garita González. Urólogo Hospital Fernando Escalante Pradilla.</i> <i>Dr. Arturo Lothrop Saballos. Director Médico Area de Salud Corredores.</i> <i>Dr. Jorge Eduardo Granados Rivera. Director Médico Hospital de San Vito.</i> <i>Dra. Gloria Castro Zeledón. Jefatura Consulta Externa Hospital Dr. Tomas Casas Casajús.</i></p>	<p><i>Dra. Karla Daniela Ramírez Vargas. Trabajadora Social, Jefatura de TS ai Área de Salud de Hatillo.</i> <i>Dr. Armando Bolaños Barrantes. Nutricionista.</i> <i>Dra. Kathya Andrea Maroto Solorzano. Trabajadora Social Hospital San Vicente de Paul.</i> <i>Dra. Iris Juliette Juárez Carmona. Directora de Enfermería Hospital Ciudad Neilly.</i> <i>Dra. Mayela Lobo Chavarría. Trabajadora Social Area de Salud Palmares.</i> <i>Dr. Juan Carlos Moreira Alvarez. Fisioterapeuta Hospital México.</i> <i>Dra. María Graciela Rojas Figueroa. Nutricionista Hospital San Juan de Dios.</i> <i>Dra. Marjorie Greenwood Arroyo. Jefe de Gestión de Trabajo Social 1 Area de Salud Santa Barbara.</i> <i>Dr. Juan Orlando Gil Ng. Médico Area de Salud Matina.</i> <i>Dra. Kiara Viales Rodriguez. Médico Area de Salud Matina.</i> <i>Dra. Grettel Alvarado Agüero. Trabajadora Social Area de Salud Matina.</i> <i>Dra. Naily Rivera Rodríguez Trabajadora Social Hospital San Francisco de Asís.</i> <i>Dra. Ana Gómez Porras. Psicóloga DRIPSS Pacífico Central.</i> <i>Dra. Lindy González Solís. Enfermería Urología HCG.</i> <i>Dra. Mercedes Céspedes Chacón. Trabajadora Social. Hospital Monseñor Sanabria Martínez.</i></p>

<p>Dr. Ricardo Vega Rodríguez. Dirección Medica Hospital Tomas Casas Casajús.</p> <p>Dr. Allen Monge Salas. Urólogo Hospital Ciudad Neilly.</p> <p>Dr. Henry Alfredo Esquivel Céspedes. Director Médico Area de Salud de La Fortuna.</p> <p>Dr. William Sáenz Díaz. Director Médico Area de Salud Coto Brus.</p> <p>Dr. Mario Alfredo Lara Villalobos. Director Médico del Área de Salud Osa.</p> <p>Dra. Hannia María Obando Ortega. Directora Médica del Área de Salud Buenos Aires.</p> <p>Dr. Luis José Monge Corrales. Especialista en Ginecología. Área de Salud de Buenos Aires.</p> <p>Dra. Teresa Prado Tenorio. Dirección Medica Area de Salud Pérez Zeledón.</p> <p>Dra. Mayrran Henry Elizondo Valverde. Psicólogo Área de Salud Buenos Aires.</p> <p>Dra. Nelsi del Carmen Monge Hernandez. Enfermera Procesos de Compra Enfermería.</p> <p>Dra. Evelyn María Soto Barboza. Jefatura de Trabajo Social. Area de Salud Los Chiles.</p> <p>Dr. Luis Alonso Zúñiga Rodríguez. Medico Area de Salud de Santa Rosa.</p> <p>Dra. Scarlett Murillo Vargas. Jefatura del Servicio Nutrición Hospital Los Chiles.</p> <p>Dra. Marvel Torres Córdoba. Trabajadora Social. Jefatura de Trabajo Social Hospital Ciudad Neily.</p> <p>Dr. Jose Fernando Brenes Chaves. Médico especialista en Geriatria. Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla.</p> <p>Dra. Karla Venegas Zapata. Nutricionista Hospital Monseñor Sanabria Martínez.</p> <p>Dra. Ana Laura Mejía Vargas. Nutricionista Area de Salud Cañas.</p> <p>Dra. Alejandra Barrantes Solano. Trabajadora Social Area de Salud Cariari.</p> <p>Dra. Ana Victoria Cantillano Flores. Nutricionista Area de Salud Desamparados 3.</p> <p>Dra. Elvia Elena Solís Córdoba. Jefatura de Enfermería Area de Salud de Guápiles.</p> <p>Dra. Xiomara María Rojas Alfaro. Nutricionista Hospital Dr. Max Terán Valls.</p> <p>Dr. Pablo Andrés Quirós Morera. Director Médico Area de Salud Cóbano.</p> <p>Dra. Leidy Mariana Córdoba Vargas. Nutricionista Jefatura Hospital Dr. Tomas Casas Casajús.</p> <p>Dra. Tatiana María Morera Núñez. Médica General, Coordinadora Médica Área de Salud de Golfito.</p> <p>Dr. Kevin Ajoy Palma. Jefatura de Consulta Externa Area de Salud Mora Palmichal.</p> <p>Dr. Milton Arce Barrantes. Enfermería Ginecobstétrica, Coordinador Regional del Consejo Regional de Enfermería Obstétrica.</p>	<p>Dr. Carlos Diaz Venegas. Fisioterapeuta Hospital de Upala.</p> <p>Dra. Angie Jimenez Cubillo. Fisioterapeuta Area de Salud Cañas.</p> <p>Dra. Karen Vanessa Mora Prado. Enfermera Hospital Fernando Escalante Pradilla.</p> <p>Dr. Bryan Noé Lizano González. XXXXX</p> <p>Dra. Sandra María Hernández Valle. Enfermera Hospital Dr. Adolfo Carit Eva</p> <p>Dra. Ingrid de los Angeles Quesada Mata. Trabajadora Social ARSDT/ DDSS.</p> <p>Dra. Meybel Yecenia Méndez González. Enfermera Hospital La Anexión.</p> <p>Dra. Ninfa Salas González. Psicóloga. DGRRSSR Huetar Norte.</p> <p>Dr. Pouchi Chan Chen Nutricionista. Hospital Dr. Adolfo Carit Eva</p> <p>Dra. Abigail Zúñiga Alvarado. Fisioterapeuta Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología.</p> <p>Dr. Ronnie Andrés Williams Jiménez Medico Ginecólogo. Hospital de San Carlos.</p> <p>Dra. Ana Patricia Hidalgo. Dirección Médica. Area de Salud Florencia.</p> <p>Dra. Diana Carolina Campos Lopez. Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia. Area de Salud Zapote Catedral.</p> <p>Dra. Audrey Aimee Pérez Chaves. Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Jefe Fisiatria HSVP.</p> <p>Dra. Xiomara Marchena Angulo. Medica General. Area de Salud Desamparados 3.</p> <p>Dra. Nancy Susana Chacón Picado. Supervisora de Enfermería Área de Ginecobstetricia y Neonatología HSJD.</p> <p>Dra. Natalia Vanessa Zamora Marín Trabajo Social. Jefe de Gestión de Trabajo Social Área de Salud Grecia.</p> <p>Dra. María José González Alvarez Jefe de Gestión 1 Trabajo Social. Area de Salud Garabito.</p> <p>Dra. Gina Coto Villegas. Trabajo Social. Jefatura de Servicio de Trabajo Social de Hospital San Juan de Dios.</p> <p>Dra. Carla Mora Ruiz. Supervisora de Trabajo Social. DRIPSS. Pacifico Central.</p> <p>Dra. Karla Emilia Mora Solís. Medica General. Area de Salud Hatillo.</p> <p>Dra. María Isabel Zuñiga Castro. Trabajadora Social. Jefatura de Servicio. Hospital San Carlos.</p> <p>Dra. Leandra Jefford Cerdas Trabajadora Social Area de Salud Puerto Viejo de Sarapiquí.</p> <p>Dra. Laura Patricia Sánchez Jaén. Médica General Area de Salud Santa Rosa.</p> <p>Dra. María del Carmen Bolaños Quesada. Medico Obstetra Area de Salud Poás.</p>
---	--

	<p><i>Dra. Rosa Gallardo Guerra de Villa. Supervisora Regional de Enfermería.</i></p> <p><i>Dra. Ana Gabriela Cordero Sandoval. Nutricionista Hospital William Allen Taylor.</i></p> <p><i>Dra. Shary Lorette Barrantes Estrella. Médica Area de Salud Santa Cruz.</i></p> <p><i>Dr. Joe Gerardo Zamora López. Director Médico Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño.</i></p> <p><i>Dra. Ana María Pérez Oviedo. Nutricionista 1 Área de Salud Heredia Virilla.</i></p> <p><i>Dra. Marianela Espinoza Guerrero. Enfermera Jefe Hospital San Juan de Dios.</i></p> <p><i>Dra. Sugeylin Castillo Salas. Médico Especialista Administración Servicios de Salud, Médico Administrativo Área Salud Nicoya.</i></p> <p><i>Dr. Nelson Gerardo Matarrita Briceño. Médico General Area de Salud Nicoya.</i></p> <p><i>Dr. Luis Carlos Barrantes Navarro. Médico Especialista en Medicina Familiar Area de Salud Nicoya.</i></p> <p><i>Dr. Oscar Emilio González Alvarez. Fisioterapeuta. Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño.</i></p> <p><i>Dra. Loriley Garnier Morales. Nutricionista Jefatura a.i Servicio de Nutrición HEBB Liberia.</i></p> <p><i>Dra. Graciela Inés Vásquez Sancho. Psicóloga. Area de Salud Tibás Uruca.</i></p> <p><i>Dra. Ariannee Fuentes Alvarado. Fisioterapeuta Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño.</i></p> <p><i>Dr. Jairon David Mejía Venegas. Fisioterapeuta Hospital México.</i></p> <p><i>Dra. Flora María Sánchez Sáenz. Trabajadora Social Area de Salud Guápiles.</i></p> <p><i>Dra. Raquel Barquero Palma. Trabajadora Social Jefe de Gestión 1 del Area de Salud Belén Flores.</i></p> <p><i>Dr. Wilberth Gerardo Ajú Venegas. Director Médico Area de Salud Jicaral.</i></p> <p><i>Dr. Juan Ignacio Rodríguez Rodríguez. Director Médico Area de Salud Colorado.</i></p> <p><i>Dr. Luis Carlos Villalobos Monestel, Director Médico Área de Salud de Nicoya.</i></p> <p><i>Dr. Mario Andrés Vega Pacheco. Médico General, Jefatura Médica de Consulta Externa y especialidades del CAIS de Cañas.</i></p> <p><i>Dr. José Marvel García Acosta. Dirección Médica, AS Nandayure.</i></p> <p><i>Dra. Carolina Carmona Guillen. Médico especialista ginecología y obstetricia. Area de Salud Coronado.</i></p>	<p><i>Dra. Jinnette Guzmán Fajardo. Enfermera de la Unidad de Incontinencia Urinaria. Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología.</i></p> <p><i>Dra. María de la Cruz Carranza Jimenez. Nutricionista Area Salud Parrita.</i></p> <p><i>Dra. Karla Vanessa Sandí Saravia. Supervisora Regional de Nutrición DRIPSS Chorotega.</i></p> <p><i>Dra. Helena Murillo Calvo. Jefatura de Trabajo Social Área de Salud Coronado.</i></p> <p><i>Dra. Leyla María Arroyo Rivera. Psicóloga Area de Salud Coronado.</i></p> <p><i>Dr. Hall Gerardo García Ruiz. Medico Area de Salud Abangares.</i></p> <p><i>Dra. Marlen Vanessa Charpentier Vásquez. Médica Consulta Externa Area de Salud Mata Redonda.</i></p> <p><i>Dra. Natalie Núñez Moya. Jefatura de Trabajo Social del Área de Salud Barranca.</i></p> <p><i>Dra. Beatriz Oconitrillo Esquivel. Jefatura Servicio Nutrición Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega.</i></p> <p><i>Dr. Keylor Humberto Valenciano Vargas. Director Médico Area Salud de San Ramón.</i></p> <p><i>Dra. Gloriana Maria Arguedas Vega. Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia. Area de Salud Mata Redonda.</i></p> <p><i>Dra. Johanna Yep Duran. Trabajadora Social Area Salud Valle La Estrella.</i></p> <p><i>Dr. Rafael Eduardo Matamoros Morales. MSc. en Enfermería Obstétrica, DRIPSSCS.</i></p> <p><i>Dr. Allan Francisco Ramírez Rosales. Director Médico Area de Salud Alajuela Oeste.</i></p> <p><i>Dra. Ana Isabel Carballo Gómez. Trabajadora Social. Area de Salud Tibás Uruca.</i></p> <p><i>Dra. Carmen María Molina Salas. Jefatura Trabajo Social Area de Salud Ciudad Quesada.</i></p> <p><i>Dra. Ileana Ketrin Gazel Slon. Nutricionista Area de Salud Coronado.</i></p> <p><i>Dra. Fabiola Milena González Corrales. Geriatria Area de Salud Coronado.</i></p> <p><i>Dra. Leda María Vargas Aguilar. Dirección Médica Area de Salud Bagaces.</i></p> <p><i>Dr. Hendrick Miles Ramsey. Director Médico Area de Salud Cariari.</i></p> <p><i>Dra. Joselyn Barrantes Barrantes. Nutricionista. Hospital William Allen Taylor.</i></p> <p><i>Dra. Mariana Leiva Pérez. Jefatura Servicio de Nutrición Hospital William Allen Taylor.</i></p>
<p>Revisado por:</p>	<p>Dr. José Miguel Angulo Castro, Jefe, Área de Atención Integral a las Personas</p>	
<p>Aprobado por:</p>	<p>Mario Mora Ulloa, Médico Enlace por parte de la Dirección Desarrollo de Servicios de Salud – Gerencia Médica</p>	

<i>Avalado por</i>	<i>Dr. Randal Álvarez Juárez Gerente Médico. Mediante Oficio N° XX (Anexo N° 1)</i>
<i>Fecha de revisión y aprobación</i>	<i>2022</i>
<i>Próxima revisión:</i>	<i>2026</i>
<i>Observaciones:</i>	<p><i>La reproducción gratuita de este material con fines educativos y sin fines de lucro es permitida, siempre y cuando se respete la propiedad intelectual del documento.</i></p> <p><i>No se permitirá la reproducción comercial del producto sin la autorización de la CCSS y la Dirección Desarrollo de Servicios de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).</i></p> <p><i>El equipo constructor de este documento declara que no ha existido ningún tipo de conflicto de interés en su realización. Que no poseen relación directa con fines comerciales con la industria sanitaria en dicho tema, ni han recibido dinero procedente de la investigación o promoción de dicho tema. Además, declaran no haber recibido ninguna directriz de parte del solicitante o pagador (CCSS) para variar técnicamente los resultados presentados en este documento (Anexo N° 2).</i></p>

1Índice

Presentación	5
1.Introducción	6
2. Definiciones	8
3. Abreviaturas	9
Tabla N°1. Abreviaturas	9
4.Metodología	11
5. Referencias normativas	13
Tabla N° 2. Referencias Normativas.	14
6. Alcance y campo de aplicación.	14
7. Objetivos	15
7.1. Objetivo general	15
7.2. Objetivos específicos	15
8. Población meta y población diana	15
9. Personal que interviene	15
10. Contenido	15
Modulo N°1: Generalidades de la Incontinencia Urinaria	16
Tabla N° 3: Factores de riesgo modificables y no modificables de la incontinencia urinaria	17
Modulo N.º 2: Identificación de los requerimientos para brindar el abordaje a la mujer con incontinencia urinaria en el primer nivel de Atención.	22
Consulta de control y seguimiento en el primer nivel de atención.	25
Tabla N° 4. Criterios de referencia para el segundo y tercer nivel de atención	26
Modulo N° 3: Tratamiento de Terapia Física para rehabilitación de la mujer con incontinencia urinaria.	27
11. Segundo y tercer nivel de atención:	34
Abordaje de la mujer con incontinencia urinaria en el segundo y tercer nivel de atención.	35
Modulo N° 4: Atención de la usuaria con incontinencia urinaria por profesionales especialistas en Ginecología, Urología y Geriátría, en el segundo y tercer nivel de atención.	35
Modulo N.º 5: Manejo conservador a la mujer con incontinencia urinaria.	38
Módulo N.º 6: Manejo farmacológico de la mujer con incontinencia urinaria.	40
Modulo N.º 7: Manejo quirúrgico de la mujer con incontinencia urinaria.	44
Modulo N.º 8: Manejo por Psicología, Nutrición y Trabajo Social de la mujer con incontinencia urinaria	48
12. Aspectos Bioéticos y de Derechos Humanos	60
13.Herramientas de Aplicabilidad	64

14. Contacto para Consultas	64
15. Monitoreo y Auditoria	64
16. Anexos	65
Anexo N°1: Aval del Protocolo.	66
Anexo N°2: Formulario de Declaración de Intereses para Elaboradores.	67
Anexo N° 3: Formulario de Declaración de Intereses para Validadores.	68
Anexo N° 4: Encuesta de Validación.	69
Anexo N° 5: Medicamentos y efectos secundarios	69
Anexo N° 6: Información de Terapeutas acreditados suelo pélvico por el CTCR en Hospitales de la CCSS.	70
Anexo N° 7: Escala de fuerza de Oxford.	70
Anexo N° 8: Parámetros de electroestimulación para IU por urgencia/esfuerzo	71
Anexo N° 9: Cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF	72
Anexo N° 10: Cuestionarios de Terapia Física	73
Tabla N° 5: Score de incontinencia de Wexner	74
Tabla N° 6: Sistema de Puntuación de Estreñimiento	74
Tabla N° 8: Diario Defecatorio	75
Anexo N° 11. Test del reloj	76
Anexo N°12: Indicadores para el Monitoreo y Auditoria del PAC.	77
Tabla N° 9: Indicador N° 1	77
Tabla N° 10: Indicador N° 2	78
Tabla N° 11: Indicador N° 3	78
Tabla N° 12: Indicador N° 4	79
Tabla N° 13: Indicador N° 5	80
Tabla N° 14: Indicador N°6	80
Tabla N° 15: Indicador N°7	81
Tabla N° 16: Indicador N° 8	81
Anexo N° 13: Tabla N° 17 Consentimiento Informado Tratamiento Terapia Física de Piso Pélvico.	83
Anexo N° 14 Tabla N° 18: Formulario de Consentimiento Informado de Cirugía para el Tratamiento de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo	87
17. Referencias	92

Presentación

Para la Gerencia Médica es de mucho agrado presentar este documento de normalización técnica, que responde a los requerimientos de las usuarias de los servicios de salud y que tiene como objetivo principal estandarizar la atención que se le brinda a la mujer con incontinencia urinaria dentro de los establecimientos de salud de la institución.

Lo anterior considerando que tanto a la usuaria que manifiesta presentar problemas de incontinencia como aquella a la que se le diagnostica la incontinencia urinaria por medio de la exploración física, debe ser abordada con el tratamiento adecuado, según su caso en particular, atendiendo integralmente sus necesidades físicas, emocionales y sociales.

Para brindarle a esta población un servicio óptimo y de calidad en los tres niveles de atención, se efectúa un abordaje oportuno y se identifican los factores de riesgo o enfermedades concomitantes que puedan complicar su condición o disminuir el efecto de determinado tratamiento, ya sea farmacológico, quirúrgico o de rehabilitación.

Una vez identificados en la mujer los factores de riesgo que la pueden llevar a presentar incontinencia urinaria, se le aborda de manera interdisciplinaria e integral, para que el tratamiento seleccionado por el profesional médico logre su mayor eficacia y, de no ser así, se le refiera al nivel de mayor complejidad.

Dentro de ese contexto, la mujer cuenta con la posibilidad de recibir educación, implementar estilos de vida saludable y prevenir la enfermedad por medio del abordaje integral e interdisciplinario del personal de salud desde el momento en que realiza la primera consulta en la institución.

GERENCIA MEDICA

Dr. Randal Alvarez Juárez

Gerente Médico.

1.Introducción

El presente documento se desarrolló en concordancia con lo establecido en el *Manual Metodológico para la Construcción de un Protocolo de Atención Clínica*, partiendo de la búsqueda de información con evidencia científica actual.


Para llevar a cabo esta labor, se conformó un equipo de trabajo integrado por especialistas en Medicina y Enfermería Ginecobstétrica, Psicología, Enfermería general, Trabajo Social, Terapia Física, Geriátrica, entre otros.

Las reuniones se realizaron dos veces al mes hasta finalizar con el proceso de validación, en el cual se utilizó la metodología RND/UCLA (Método Delphi modificado) con personal de salud que trabaja en la atención de la mujer en los tres niveles de atención de la CCSS, obteniéndose así un consenso de opiniones de los expertos con relación al contenido.

Cabe destacar que la elaboración de este documento fue liderada por la Dirección Desarrollo de Servicios de Salud, que tiene como misión ser el ente responsable “de la dirección estratégica institucional, para la atención integral en salud a las personas, mediante la asesoría, la normalización y la promoción de acciones oportunas y de calidad”.

Partiendo de esa misión, la Dirección y sus áreas de trabajo generan documentos de normalización técnica para la prestación de servicios de salud en la institución, con el fin de normalizar aspectos técnicos y mejorar la gestión.

En específico, los protocolos de atención, como componentes de los procesos de trabajo en establecimientos y servicios de salud, se constituyen en valiosos instrumentos que contribuyen a normalizar la atención, así como en importantes herramientas para la formación y la capacitación del personal de salud.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 8 de 97
PROCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01

2. Definiciones


Atención Integral de la Salud¹: se refiere al abordaje integral del proceso salud-enfermedad, que responde al concepto de salud como proceso de construcción social, y a los problemas y necesidades de salud de la población. Incluye actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención de la morbilidad y de las condiciones especiales relacionadas con la salud sexual y reproductiva, con énfasis en las dos primeras. Dentro de este abordaje se visualiza a la persona como un sujeto de derechos, que requiere atención personalizada, tomando en cuenta el contexto familiar y el comunitario, tanto en aspectos físicos como psicosociales. El enfoque incluye aspectos bio-psico-sociales, espirituales y ecológicos, lo que requiere del trabajo en equipo interdisciplinario, idealmente transdisciplinario, y el abordaje intersectorial. Toda atención integral debe incluir actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de la salud de la mujer y del recién nacido, que consideren las esferas biológicas, psicológicas, sociales y culturales, así como los factores de riesgo, el concepto de género e interculturalidad y su efecto en la calidad de la atención. Esta se ofrecerá bajo principios éticos y de respeto a la dignidad de la persona.

Continencia: se define como el control voluntario de la función de la vejiga y el intestino². Dicha función se adquiere durante la niñez (aproximadamente a los 3-4 años) y debe mantenerse por el resto de la vida. La pérdida de la continencia no está asociada al proceso de envejecimiento; esta constituye una alteración que debe investigarse.

Enuresis nocturna²: queja de micción involuntaria o pérdida de orina que se produce durante el sueño.

IMC: Según la Organización Mundial de la Salud el índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2)

Incontinencia urinaria coital³: queja de pérdida involuntaria de orina con el coito. Este síntoma se podría subdividir en la pérdida involuntaria de orina que ocurre con la penetración y la pérdida involuntaria de orina que ocurre en el orgasmo.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 9 de 97
PROCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01

Incontinencia urinaria continua³: queja de pérdida continua e involuntaria de orina

Incontinencia urinaria de esfuerzo: queja de pérdida involuntaria de orina por esfuerzo o esfuerzo físico (por ejemplo, actividades deportivas), o al estornudar o toser ^{iError! Marcador no definido.}

Incontinencia urinaria de urgencia²: queja de pérdida involuntaria de orina asociada con urgencia.

Incontinencia urinaria funcional³: es la pérdida de orina por inhabilidad de alcanzar el servicio sanitario a tiempo, debido a discapacidad física, cognitiva, afectiva o por barreras arquitectónicas

Incontinencia urinaria insensible²: queja de incontinencia urinaria en la que la mujer no sabe cómo ocurrió.

Incontinencia urinaria mixta²: pérdida involuntaria de orina asociada con la urgencia y el esfuerzo o el esfuerzo físico, o con el estornudar o toser.

Incontinencia urinaria postural²: queja de pérdida involuntaria de orina asociada con el cambio de posición corporal, por ejemplo, levantarse de una posición de sentado o acostado.

3. Abreviaturas


Tabla N°1. Abreviaturas

AAIP	Área de Atención Integral a las Personas
AGO	Antecedentes Ginecobstétricos
AGREE II	Instrumento para la Evaluación de Guías de Práctica Clínica.
APNP	Antecedentes Personales No Patológicos
APP	Antecedentes Personales Patológicos
AQX	Antecedentes Quirúrgico-Traumáticos.
ATAP	Asistente Técnico de Atención Primaria.
AVD	Actividades de la Vida Diaria.
CCSS	Caja Costarricense del Seguro Social.
CBC	Comité de Bioética Clínica
CIF	Clasificación Internacional de la Funcionalidad
CTCR	Colegio de Terapeutas de Costa Rica
DDSS	Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.
EBAIS	Equipo Básico de Atención Integral en Salud.
EDUS	Expediente Digital Único en Salud
EMDR	Terapia a Través del Movimiento Ocular de Desensibilización Sistemática
FUR	Fecha de Ultima Regla



LOM	Lista Oficial de Medicamentos
HTA	Hipertensión Arterial.
ICS	Sociedad Internacional de Continencia
IU	Incontinencia Urinaria
IUE	Incontinencia Urinaria de Esfuerzo
IUM	Incontinencia Urinaria Mixta
IUU	Incontinencia Urinaria de Urgencia
ICIQ	International Consultation on Incontinence (cuestionario de incontinencia urinaria)
IUGA	Asociación Internacional de Uroginecología
IV	Intravenoso
FDA	Food and Drug Administration
MBE	Medicina Basada en Evidencia.
MS	Ministerio de Salud.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
OPS	Organización Panamericana de la Salud.
PAC	Protocolo de Atención Clínica
SP	Suelo Pélvico
TREC	Terapia Racional Emotiva y Conductual y sus Variantes
TX	Tratamientos
TVT	Cinta Libre de Tensión Retropúbica
TVTO	Cinta Libre de Tensión Transobturadora
REMES	Registros Médicos

Fuente: elaboración propia

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 11 de 97
PROCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01

4. Metodología

La elaboración del presente Protocolo de Atención Clínica se basó en lo establecido en el documento *Manual metodológico para la construcción de un manual de procedimientos*⁴. Con base en este, se realizó una búsqueda de la normativa institucional, nacional e internacional existente y actual en relación con la patología incontinencia urinaria; además, se hizo una búsqueda bibliográfica sobre el tema en las diferentes bases de datos, así como en artículos científicos desarrollados y publicados por la profesional en terapia física que forma parte del equipo elaborador del protocolo.

Tal como lo estipula el Manual metodológico para la construcción de un protocolo de atención clínica en la DDSS⁵, el grupo elaborador del documento completó el Formulario de Declaración de Intereses para Elaboradores y Validadores (ver anexo N° 2 y N° 3).

Durante todo el proceso, se trabajó de forma interprogramática con el Programa de Normalización de la Atención a la Persona Adulta Mayor y de manera interdisciplinaria con profesionales en Psicología, Enfermería Obstétrica, Medicina Ginecobstétrica, Terapia Física, Trabajo Social, Geriátrica, Urología y Nutrición; todos(as) expertos(as) de la institución que trabajan directamente en la atención de mujeres, con el fin de contar con diferentes perspectivas de este proceso.


Para un mayor orden, se diseñó un plan de trabajo para la construcción del protocolo, en el cual se incluyeron las actividades críticas de revisión de información y la distribución de tareas para los segundos y cuartos miércoles del mes, hasta terminar con el proceso de validación.

La validación se realizó utilizando la metodología RND/UCLA (Método Delphi Modificado) con un grupo representativo de posibles usuarios(as) diana de este protocolo de atención clínica, seleccionando al menos un panel de expertos reconocidos en el área de Ginecología y Obstetricia, Medicina General, Enfermería Obstétrica, Psicología, Geriátrica y Terapia Física a nivel institucional, que fueran responsables o estuvieran involucrados en el proceso de atención a la mujer en los servicios de salud en la CCSS, con el fin de obtener un consenso de opiniones respecto al contenido del documento.

Específicamente, se utilizó una encuesta en formato Forms, por medio del siguiente enlace:

<https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=gQ7GKQY8Ik6IXK54M95VSu56qzkHeMIInmz-N8Gi0F9UNTY1NjcxVvk5NR0xEMThSQk5IQUNEWTBUNS4u>

Dicha encuesta fue enviada vía correo electrónico (anexo N° 4) junto con el documento final en formato PDF, para que la persona experta calificara cada ítem con una escala de 1 a 9, dependiendo de qué tan apropiado considerara el contenido del material.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 12 de 97
PROCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01

En total se incluyeron 119 expertos que laboran en la institución en diversas disciplinas, tales como: Enfermería, Medicina, Terapia Física, Psicología, Geriátría, Trabajo Social, Nutrición, entre otras.

Además, se elaboró una encuesta también en formato Forms para el grupo de validadores especialistas en Terapia Física, por medio del siguiente enlace, y se adjuntó el borrador del documento para la revisión del apartado 11.1.3 Modulo N° 5: Tratamiento conservador de rehabilitación mujer con incontinencia urinaria para su escrutinio:

<https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=gQ7GKQY8Ik6IXK54M95VSu56gzkHeMIInmz-N8Gi0F9UM0NLNEJXN0pXU1IIUkU0VjU4WEhaUUdVVC4u>

En total se incluyeron 119 expertos que laboran en la Institución en diversas disciplinas como fueron: Enfermería, Medicina, Terapia Física, Psicología, Geriátría, Trabajo Social, Nutrición entre otras.

Figura 1. Escala Puntuación Consenso para Metodología RND/UCLA Delphi modificado




FUENTE: Caja Costarricense de Seguro Social. Manual Metodológico para la Construcción de un Manual de Procedimientos. Versión 02. San José, Costa Rica. CCSS; 2021

Como se observa en la figura anterior, una puntuación de 1 significa que el contenido es extremadamente inapropiado, mientras que un 9 significa que es extremadamente apropiado.

Con base en esto, se utilizó la siguiente escala de puntuación:

Se consideró como apropiado si el 100 % de los colaboradores (as) situó su calificación en el rango de 7 a 9 en la escala; en este caso se le llamó consenso absoluto. Por el contrario, si la recomendación recibió una calificación por alguno de los colaboradores (as) en el rango de 4 a 6 se consideró como dudosa. En el rango entre 1 y 3 se consideró como inapropiada y se denominó

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 13 de 97
<i>PROCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA</i> <i>NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON</i> <i>INCONTINENCIA URINARIA</i>	<i>CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022</i>	<i>PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022</i> <i>VERSIÓN: 01</i>

consenso por mayoría. En los casos en donde más de un colaborador (a) evaluó en el rango de 1 a 6 la recomendación, se consideró como más de una persona discrepando.

Posterior al proceso de validación del documento y una vez realizada la tabulación de la información recibida en la encuesta, se observa que la puntuación del 100% de las personas validadoras se situó en el rango de Apropiado (entre 8 a 9 puntos). Por lo que este documento superó la calificación por consenso absoluto en una primera ronda de validación.

Con el resultado del proceso de validación de expertos, se incorporaron en el documento las modificaciones y recomendaciones recopiladas, emitiéndose la primera versión del Protocolo de Atención Clínica, con el fin de ser enviada a las jefaturas correspondientes para su aprobación final.

Por acuerdo del grupo de trabajo, se contempla la actualización de este protocolo en un plazo de cinco años.


5. Referencias normativas

Brindar educación en salud a la mujer usuaria, que acude por atención a los Servicios de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, ha sido una preocupación constante en la formulación de programas y proyectos que se generan en la institución.

En específico, se ha evidenciado la necesidad de ofrecerle a la mujer información sobre el cuidado de su salud, la identificación de factores de riesgo, el espacio intergenésico, entre otros temas importantes. Todo esto dentro de una atención integral e interdisciplinaria y según la especialidad de cada profesional y los requerimientos de la usuaria, incorporando también aspectos relevantes sobre su sexualidad.

De ahí que se pretende crear un documento de referencia para el personal de salud, que pueda ser de fácil uso y aplicación en el grupo de mujeres usuarias que se captan independientemente de la edad.

Para lograr ese fin, se revisaron documentos nacionales e internacionales, con su respectiva normalización, los cuales se utilizaron de base para la elaboración de este Protocolo de Atención Clínica de Incontinencia Urinaria en la Mujer.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 14 de 97
PROCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01

Aunado a lo anterior, se enriquecieron los temas desarrollados con las experiencias propias del ejercicio de los profesionales que construyeron este documento.


Tabla N° 2. Referencias Normativas.

Año de Publicación	Documento Normativo
1948	Declaración de los Derechos Humanos ⁶
1949	Constitución Política de Costa Rica ⁷
1973	Ley N° 5395, General de Salud ⁸
1997	Reglamento del Seguro de Salud(Enfermedad y Maternidad) ⁹
2005	Ley N° 7600, Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad ¹⁰
2012	Reglamento de Consentimiento Informado en la Practica Asistencial de la Caja Costarricense de Seguro Social ¹¹ .
2016	Ley N ° 9379 Ley para la Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad ¹² ,
2017	Manual M. IT.GM.DDSS. ARSDT.CNTS.121217 Instrucciones de Trabajo para el Procedimiento de Atención Social y Consulta Social. Modalidades: Individual, Familiar y Grupal.
2018	Regulación de la Fisioterapia de Suelo Pélvico. Colegio de Terapeutas de Costa Rica
2019	Manual M.GM. DDSS-ARSDT-TS.211119 Manual de Gestión de Servicios de Trabajo Social.
2021	Manual metodológico para la construcción de un manual de procedimientos. Versión 02 ⁴

Fuente: elaboración propia

6. Alcance y campo de aplicación.

Este protocolo de atención clínica va dirigido a profesionales de Medicina General, Ginecología, Urología, especialistas en Geriatria y Gerontología, Enfermería, Terapia Física y Trabajo Social de los tres niveles de atención de los servicios de salud de la CCSS.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 15 de 97
PROCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01

7. Objetivos

7.1. Objetivo general

Estandarizar en la Red de Servicios de Salud de la CCSS la actuación de los diferentes profesionales involucrados en la atención de las usuarias con diagnóstico de incontinencia urinaria, contribuyendo así a mejorar la atención y la calidad de vida de la población meta.

7.2. Objetivos específicos

- Elaborar una guía estandarizada para el diagnóstico de la incontinencia urinaria en la mujer.
- Brindar a los profesionales en salud una guía con acciones estandarizadas para el tratamiento farmacológico, de rehabilitación y quirúrgico de las mujeres con incontinencia urinaria.
- Establecer el proceso de atención interdisciplinaria de las mujeres con diagnóstico de incontinencia urinaria.
- Asegurar intervenciones que garanticen el máximo disfrute del derecho a la salud, entendido este como el derecho a tener bienestar físico, emocional y mental.

8. Población meta y población diana

Población meta: el presente protocolo está dirigido a todos los profesionales de los tres niveles de atención que estén en relación directa con la atención de las mujeres con diagnóstico de incontinencia urinaria en la Red de Servicios de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social

Población diana: mujeres usuarias de los servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, con diagnóstico de incontinencia urinaria.

9. Personal que interviene

Todo el personal de salud que interviene en la atención de la usuaria con incontinencia urinaria desde la captación y durante todo el proceso de tratamiento en los tres niveles de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social.

10. Contenido

A continuación, se desarrollan las generalidades de la incontinencia urinaria en módulos que engloban las indicaciones para su abordaje en la mujer, según el nivel de atención.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 16 de 97
<i>PROCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA</i> <i>NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON</i> <i>INCONTINENCIA URINARIA</i>	<i>CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022</i>	<i>PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022</i> <i>VERSIÓN: 01</i>

En general, se debe considerar que la captación de la mujer con esta patología se puede realizar en la consulta de dos maneras:

1. **Primaria:** la mujer expresa de manera espontánea que tiene problemas de incontinencia urinaria en una cita con Medicina General.
2. **Secundaria:** el personal de salud durante la consulta por otros motivos le pregunta a la mujer si presenta algún síntoma de incontinencia urinaria

Modulo N°1: Generalidades de la Incontinencia Urinaria


La micción es un proceso dinámico que consta de dos fases (una de llenado y otra de vaciado), donde participan la vejiga, la uretra y el piso pélvico, los cuales deben estar coordinados a través de una vía nerviosa central y periférica integra.

La vejiga es un órgano hueco, compuesto por capas de colágeno y músculo liso entrelazadas, que permiten distenderse y contener la orina a baja presión, hasta el momento de la evacuación. El músculo liso del detrusor se extiende en una especie de entrelazado hasta el esfínter uretral interno a nivel del cuello uretro-vesical.

La uretra es un conducto que tiene un plexo venoso submucoso, rodeado de capas musculares lisas circulares y longitudinales, que favorecen el cierre tónico de la uretra. Existe una capa muscular circular externa que conforma parte del esfínter uretral externo y que tiene relación con los músculos del piso pélvico y los ligamentos de soporte uretral.

El piso pélvico se forma de estructuras musculares y de tejidos conectivos condensados conocidos como ligamentos y fascias. El músculo principal es el músculo elevador del ano, que se conforma de tres haces independientes, pero interrelacionados, que son el haz pubococcígeo, el haz puborrectal y el haz iliococcígeo. Este músculo tiene una íntima relación con la vía urinaria y defecatoria, asistiendo en los procesos de evacuación y contención de ambos.

La fascia endopelvica es una capa de tejido conjuntivo fibroso, que da soporte a los órganos pélvicos, e incluye los arcos tendinosos, la fascia recto vaginal, el anillo pericervical y el complejo uterosacro-cardinal.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 17 de 97
PROCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01

La fisiopatología de la incontinencia urinaria no está completamente dilucidada, pero probablemente no es una entidad monocausal, sino que es una entidad dada por una falla en la integración y la capacidad de compensación de todas las variables que interactúan para crear la continencia¹³.

Actualmente, faltan estudios prospectivos de mayor cantidad de población, que permitan conocer el impacto real de las medidas de prevención en incontinencia urinaria.


Se han estudiado una serie de factores de riesgo (ver tabla N° 3) que pueden estar involucrados con la fisiopatología de esta enfermedad, y que interesan hacer énfasis para tratar de tomar medidas de prevención.

Lamentablemente hay ausencia de estudios prospectivos de mayor cantidad de población, que permita conocer el impacto real de las medidas de prevención en incontinencia urinaria.

Tabla N° 3: Factores de riesgo modificables y no modificables de la incontinencia urinaria

	Variable	Comentario
No modificables	Genética ¹⁴	Historia familiar aumenta de 2 a 3 veces el riesgo de IU
	Paridad ¹⁵	-30% más de riesgo de IU en mujeres con un parto vs nulíparas -Secuela de daño muscular y por denervación -Aumenta con la cantidad de embarazos
	Cirugía Ginecológica ¹⁶	Antecedente de histerectomía se asocia con mayor riesgo de incontinencia
	Edad ¹⁷	Conforme aumenta la edad Aumenta el riesgo de IU
	Etnia ¹⁶	3 veces más riesgo en caucásicos que en población afroamericana y asiática.
	Estado Mental ¹⁷	Trastorno de orientación mental aumentan hasta 4x el riesgo de IU
Modificables	Obesidad ¹⁸	OR 1,6 por cada 5 unidades de aumento en el IMC
	Tabaquismo ¹⁹	Aumenta el riesgo hasta 3 veces
	Modo de vía de parto ²⁰	Aumenta el riesgo de incontinencia el uso de fórceps y vacuum.
	Dieta ²¹	Asociación entre la ingesta de bebidas cafeinadas con la presencia de IU

Fuente: elaboración propia

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 18 de 97
PROCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01

Edad: la continencia urinaria se debe mantener independientemente de la edad. La pérdida de esta función NO constituye un fenómeno normal del envejecimiento; sin embargo, algunos factores como la multimorbilidad, las comorbilidades que pueden afectar la vía urinaria y la polifarmacia incrementan la probabilidad de que la persona adulta mayor desarrolle incontinencia urinaria. De igual forma, la disminución de las fibras musculares del radioesfínter con el envejecimiento podría estar relacionada con el aumento de la incidencia de incontinencia urinaria en este grupo de la población. Otras variables que podrían sumarse son la disminución de la movilidad, el estreñimiento y el mayor riesgo de infecciones urinarias. En general, la continencia urinaria se evalúa dentro de las actividades básicas de la vida diaria, que son las que permiten que el adulto mayor pueda llevar a cabo su autocuidado.

Menopausia: en teoría, el origen embrionario común hace que los cambios atróficos afecten la función uretral. Según revisión efectuada en la base de datos Cochrane, el uso de estrógenos vaginales muestra una mejoría a diferencia de la terapia oral o sistémica, que más bien podría empeorar el cuadro. Es limitada la información en cuanto a la utilidad como medida preventiva.

Obesidad: en pacientes con un IMC mayor a 30, el lograr bajar un 5 % de su peso involucra una mejoría de su incontinencia.


Parto vaginal: es el factor de riesgo más importante para lesión de piso pélvico. Se cree que su fisiopatología puede estar relacionada con lesión a nervio pudendo o lesión a los tejidos de soporte.

Esta es una variable compleja y compuesta, ya que involucra el tamaño del producto, la talla de la madre, la duración de la labor de parto, la episiotomía y el parto instrumentado.

Según estudios realizados, la cesárea electiva tiene una menor incidencia de incontinencia (OR: 46) por lo que eventualmente podría ser un tema por discutir entre las pacientes de mayor riesgo.

El NNT se calcula en aproximadamente ocho a nueve cesáreas para evitar una paciente con incontinencia urinaria.

A pesar de que la incidencia de incontinencia es menor en las pacientes con parto por cesárea electiva, los casos de incontinencia severa no parecen ser menores que las de pacientes con parto vaginal.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 19 de 97
PROCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01

Clasificación de la Incontinencia Urinaria²⁹

Los síntomas más frecuentes de incontinencia urinaria según el tipo son:

a) Incontinencia urinaria de urgencia: fuga involuntaria de orina acompañada o inmediatamente precedida por contracciones musculares desinhibidas de urgencia; activación muscular del detrusor intrínseco; vías sensoriales deterioradas en la vejiga, la médula espinal y/o los niveles corticales.

b) Incontinencia urinaria de esfuerzo: pérdida involuntaria con esfuerzo, estornudo o tos

c) Incontinencia urinaria mixta: Se presenta con urgencia y con esfuerzo, estornudos y tos.

Anterior a la publicación de la terminología de la Sociedad internacional de continencia del 2011 se describe la incontinencia urinaria por rebosamiento, que es una incontinencia asociada a la incapacidad de evacuar adecuadamente la vejiga, el termino actual se conoce como retención urinaria crónica.

Diagnóstico ¡Error! Marcador no definido.;

Para el adecuado diagnóstico en usuarias cuya sintomatología sea de incontinencia urinaria se debe realizar lo siguiente:

1. Historia clínica: hacer una historia exhaustiva de los síntomas, tanto para clasificar el tipo de incontinencia como para descartar patología asociada que puede cursar con Incontinencia

a) Sintomatología:

a.1 Valorar tipo y severidad de los síntomas

a.2 Valorar impacto de los síntomas, específicamente en calidad de vida y en función sexual.

a.3 Valorar síntomas asociados: como dolor pélvico, hematuria, disuria.

b. Patología médica asociada


b.1 Valorar tratamientos que puedan estar influyendo en los síntomas

b.2 Enfermedades coexistentes, como enfermedades neurológicas

b.3 Infecciones recurrentes de tracto urinario.

b.4 Preguntar sobre dificultades de movilización, dificultades visuales

b.5 Obstétrica.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 20 de 97
PROCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01

b.6 Antecedentes de tratamientos como radioterapia o cirugía previa

c. Historia social: valorar estilo de vida (ejercicio, fumado, ingesta de líquidos -cantidad y tipo-, entre otros), así como la función cognitiva, para analizar posibles tratamientos y exámenes a realizar.

d. Historia de manejo recibido previamente: valorar qué tratamientos ha tenido y qué expectativa del tratamiento o manejo tiene la paciente y/o su familia.

2. Examen físico: este debe ser exhaustivo e incluye la valoración de los siguientes aspectos:

a. Estado general: estado mental, IMC, posible deterioro físico y movilidad.

b. Examen abdominal: descartar presencia de globo vesical, masas pélvicas

c. Examen pélvico: efectuar inspección de la vagina para valorar su estado trófico, prueba de tos y descartar prolapsos urogenitales. Además, se debe aprovechar para hacer los exámenes pélvicos de rutina (como toma de citología) y detección de otras patologías (masas pélvicas). Se debe realizar la prueba de tos con vejiga llena en posición supina; se le debe pedir a la persona maniobras de esfuerzo (tos, valsalva). La prueba se toma como positiva con cualquier pérdida de orina en cualquiera de las maniobras. Adicionalmente, se debe realizar la valoración de la integridad muscular y la sensibilidad perineal.

d. Diario miccionales: permite conocer la frecuencia y severidad de los síntomas, número de episodios de incontinencia, volumen urinario en 24 horas, uso de toallas y grado de urgencia. Para que sea una herramienta confiable, se debe realizar diario miccional de tres a siete días.

e. Examen de orina general: este debe efectuarse en todas las pacientes con incontinencia urinaria al inicio de su estudio. Si el examen está normal se descarta la infección urinaria; si la paciente presenta una infección sintomática se le debe dar tratamiento y revalorarla posterior al tratamiento. Las pacientes adultas mayores que presentan bacteriuria asintomática no requieren ser tratadas previo al estudio.

f. Pruebas de función renal: estas se deben enviar para descartar lesión renal en casos severos o con comorbilidades asociadas.



- g. Volumen residual:** es el volumen de orina que se presenta posterior a la micción. Este se puede valorar por ultrasonido o por cateterismo vesical. Este siempre se debe medir en pacientes con síntomas durante el vaciamiento o posterior a cirugía por incontinencia urinaria de esfuerzo.
- h. Imágenes:** los estudios de imágenes no siempre se deben realizar; no son exámenes de rutina. Estos se recomiendan en los casos donde se sospeche enfermedad pélvica o enfermedad del tracto urinario coexistente, por ejemplo, pacientes que presenten hematuria o incontinencia con residuo posmiccional significativo.
- i. Endoscopía:** los estudios endoscópicos, como la cistoscopia, están indicados en pacientes con hematuria o con dolor o en quienes se sospeche una fístula.
- j. Urodinamia:** este estudio puede ser utilizado para análisis diagnóstico, para valorar resultado de algún tratamiento y/o para la consejería para la usuaria. No se aconseja su realización en todos los casos; solo se debe hacer si el resultado pudiera cambiar el manejo de la paciente, si existe una falla de tratamiento, cuando hay sospecha de enfermedad neurogénica o en casos de incontinencia complicada.


k. Otros estudios:

Otros estudios que se pueden realizar son

1.1 Prueba de la toalla: este consiste en pesar una toalla sanitaria previo a la colocación y volverla a pesar en 24 horas; esto con el fin de objetivar la pérdida de orina. En este caso.

1.1 Electromiografía: se debe indicar si durante la evaluación se sospecha enfermedad neurológica.

En general, se debe tener presente que para el diagnóstico de incontinencia de esfuerzo y de urgencia o síndromes de dolor pélvico, la colaboración interdisciplinaria es altamente recomendada. Además, se debe considerar que el diagnóstico no puede estar basado únicamente en la historia, como lo indica el subcomité de estandarización de la ICS (International Continence Society)²².

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 22 de 97
PROCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01

Modulo N.º 2: Identificación de los requerimientos para brindar el abordaje a la mujer con incontinencia urinaria en el primer nivel de Atención.

El segundo módulo de este PAC describe el lugar, los insumos necesarios, el personal de salud y las indicaciones a seguir para el abordaje de la mujer con incontinencia urinaria, según valoración individualizada y capacidad resolutive del primer nivel de atención.

Lugar: primer nivel de atención, Ebáis y áreas de salud tipo I de la institución.

Insumos: consultorio médico que debe contar con privacidad, climatización, separación por cubículos, cortinas de separación grado médico insumos de laboratorio y gabinete e insumos de farmacia.

Personal que interviene: profesionales en Medicina General, Auxiliares de Enfermería, profesionales de Enfermería, personal de Laboratorio Clínico y Farmacia, personal de Redes y profesionales en Enfermería Ginecobstétrica, en los casos donde se cuente con estos y profesionales de los servicios de apoyo de ser requerido.

Indicaciones: a continuación, se describen las principales actividades que deben desarrollarse en la atención de las mujeres con incontinencia urinaria durante la consulta inicial, así como los responsables de brindarla.

Objetivo de la consulta inicial en el primer nivel de atención: valorar a la usuaria que con síntomas de incontinencia urinaria.

Descripción de las actividades:

Verificación:


- El personal administrativo (REMES) verifica los documentos.

Preconsulta:

- El Auxiliar de Enfermería realiza la preconsulta, determina el motivo de esta, toma signos vitales, peso y talla, brindará educación a la usuaria sobre promoción de estilos de vida saludables y prevención de enfermedades, llena el registro de historia de Enfermería y remite a la consulta médica.

Consulta:

El profesional en Medicina General: se presentará con calidez, brindando una atención humanizada, con empatía, llamará a la usuaria por su nombre, resolverá las consultas, identificará inquietudes y necesidades emocionales además de la expectativa de la usuaria que

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 23 de 97
PROCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01

llega a consultar. En caso de que vaya a realizar algún procedimiento se debe resguardar intimidad y privacidad, permitir acompañamiento en caso de que la usuaria lo desee, interprete cultural en caso necesario²³.

1. Realizará la historia clínica completa a la usuaria, con el fin de determinar:


- Antecedentes familiares.
- Antecedentes patológicos personales (enfermedades neurológicas, pulmonares y/o reumáticas, diabetes, antecedentes de tratamientos como radioterapia.)
- Antecedentes no patológicos, incluyendo los antecedentes psicosociales y cognitivos.
- Antecedentes quirúrgicos.
- Antecedentes laborales; por ejemplo, trabajo que implique esfuerzo físico.
- Antecedentes de infecciones del tracto urinario.
- Historia obstétrica: partos macrosómicos, partos distócicos, parto instrumentado, desgarros perineales y episiotomía.
- Tratamiento farmacológico que pueda estar influyendo en los síntomas (ver Anexo N° 5).

2. Realizará el examen físico completo, incluyendo examen ginecológico con colocación de espéculo, para definir:

- Valoración del IMC.
- Presencia de atrofia vaginal.
- Presencia de prolapso urogenital.
- Si la pérdida de orina es transuretral o extrauretral (se observa la pérdida de orina a través del meato uretral o por otro orificio); esto se determina mediante la prueba de esfuerzo (tos y pujo con vejiga llena).
- Si es capaz de realizar una contracción del músculo elevador del ano (ejercicio de Kegel); esto se determina mediante inspección visual y tacto vaginal.
- Si hay presencia de masas pélvicas; esto se determina mediante el tacto vaginal.
- Si presenta dificultades de movilización: deberá registrar si la usuaria tiene discapacidad en cualquiera de los tipos (física, visual, auditiva, cognitiva o psicosocial) y la asistencia que requiere de acuerdo con su discapacidad, tales como: silla de ruedas, bastón (de 1, 3 o 4 puntos), andadera, perro guía, bastón para persona con discapacidad visual o asistente personal.

3. Valorará el estilo de vida de la usuaria: tabaquismo, ejercicios, estreñimiento, trabajos que impliquen esfuerzo físico, cantidad y tipo de líquidos que ingiere.

4. Efectuará valoración psicosocial y cognitiva de la usuaria; en caso necesario, hará referencia a Trabajo Social o a Psicología.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 24 de 97
PROCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01

5. Registrará el tiempo de evolución de acuerdo con los síntomas asociados: síntomas de prolapso, síntomas irritativos, disuria, hematuria, dolor pélvico.
6. Efectuará las siguientes preguntas, para determinar el tipo de incontinencia y si la usuaria puede ser abordada en el Ebáis

- Cuando usted ríe, tose o estornuda, ¿tiene pérdida de orina? (Sí) (No)
- ¿Cuándo siente deseos de ir al baño logra llegar o tiene pérdidas antes? (Sí) (No)
- ¿Qué tan frecuente pierde orina? (diario, algunas veces por semana, algunas veces al mes, menos de una vez por mes)
- ¿Qué tanto afecta su calidad de vida? (1-10) (siendo 10 muy afectada su calidad de vida)

En caso afirmativo en la primera pregunta se sugiere: incontinencia de esfuerzo (N393)

En caso afirmativo en la segunda pregunta se sugiere: incontinencia de urgencia (N328)


- En caso afirmativo en la primera y en la segunda pregunta se sugiere: incontinencia urinaria mixta (N393, N328)

Clasificará a la usuaria, con base en los siguientes postulados:

- Incontinencia urinaria de esfuerzo.
- Incontinencia urinaria de urgencia o mixta, según los hallazgos encontrados.
- Incontinencia urinaria mixta.
- Usuaria con prolapso genital sintomático e incontinencia urinaria.
- Usuaria con incontinencia complicada (fístulas, irradiadas, postoperadas de cirugía antiincontinencia, hematuria).

7. Actividades por realizar en el primer nivel de atención son:

- Educar a la usuaria sobre el conocimiento de su enfermedad.
- Mejorar los factores modificables detectados en la historia clínica. Como parte de esta actividad, se le debe instruir para que evite:
 - El uso de medicamentos que empeoren la incontinencia (como los diuréticos).
 - El estreñimiento.
 - El tabaquismo.
 - Esfuerzos físicos excesivos que aumenten la presión intraabdominal.
 - La ingesta de líquidos antes de dormir (los últimos deben ingerirse al menos dos a tres horas antes de acostarse).
 - La ingesta excesiva de líquidos irritantes (por ejemplo, bebidas cafeinadas).
- Educar a la usuaria sobre recomendaciones generales, como parte de esa actividad se le debe instruir:
 - Micción horaria: recomendar la micción cada dos a tres horas durante el día.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 25 de 97
PROCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01

- Promover la ingesta no excesiva de líquidos, de acuerdo con recomendación médica o de nutricionista.
 - Recomendar la micción previa a dormir.
 - Educar a la usuaria sobre la correcta identificación del músculo que debe contraer evitando que realice ejercicios como el pujo. Promover la realización de ejercicios diarios (10-20 contracciones de 3-5 segundos de duración, 3 series por día), con vejiga vacía, inicialmente las dos primeras semanas acostada, sentada y posteriormente de pie; no realizarlos en la micción.
 - Enviar pruebas de laboratorio: glicemia, ego y urocultivo.
 - Realizará papanicolaou en caso necesario.
 - Verificará que la usuaria tenga un IMC adecuado. Si posee un IMC mayor a 25 kg/m², referirá a valoración por Nutrición del servicio de salud que le corresponda.
 - Si el servicio de salud cuenta con profesional en Educación Física, referirá para prescripción de ejercicio de forma individual en caso de no poder realizar los ejercicios por su cuenta.
 - Valorará el uso de estrógenos vaginales en caso de presencia de atrofia vaginal.
 - Realizar referencia a segundo o tercer nivel en caso de cumplir con requisitos (ver tabla N° 4) y revalorar el caso en 6 meses para ver evolución.
 - Evacuara dudas y expectativas de la usuaria
 - Revalorará el caso en 6 meses para ver evolución.
8. El Profesional en medicina interpretará los hallazgos para definir si la usuaria puede ser abordada en el EBAIS o realizar referencia de acuerdo con la Tabla N° 4: Criterios de referencia para el segundo y tercer nivel de atención.

Consulta de control y seguimiento en el primer nivel de atención.


Lugar: primer nivel de atención, Ebáis y áreas de salud tipo I de la institución.

Indicaciones: a continuación, se describen las principales actividades que deben desarrollarse en la atención de las mujeres con incontinencia urinaria durante la consulta de control y seguimiento en el primer nivel, así como los responsables de brindarla.

Objetivo de la consulta de control y seguimiento en el primer nivel: el objetivo de esta consulta es valorar los resultados de los exámenes de laboratorio y gabinete, así como la evolución de la incontinencia urinaria tras las acciones iniciales.

Verificación:

- El personal administrativo (REMES) recibe a la usuaria y verifica los documentos.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 26 de 97
PROCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01

Preconsulta:

- El Auxiliar en Enfermería realiza la preconsulta, determina el motivo de esta, toma signos vitales, peso y talla, brindará educación a la usuaria sobre promoción de estilos de vida saludables y prevención de enfermedades, llena el registro de historia de Enfermería y remite a la consulta médica.

Consulta:

El profesional en Medicina General: se presentará con calidez, brindando una atención humanizada, con empatía, llamará a la usuaria por su nombre, resolverá las consultas, identificará inquietudes y necesidades emocionales además de la expectativa de la usuaria que llega a consultar. En caso de que vaya a realizar algún procedimiento se debe resguardar intimidad y privacidad, permitir acompañamiento en caso de que la usuaria lo desee, interprete cultural en caso necesario²³


- Revisará e interpretará los resultados de los exámenes de laboratorio y gabinete.
- Tomará una decisión basada en la individualización clínica de la usuaria y los resultados obtenidos.
- En caso de haber tenido mejoría de la incontinencia con las medidas iniciales se reforzarán y se continuará su seguimiento en el primer nivel de atención.
- En caso de que la usuaria no reúna las condiciones para su manejo en el primer nivel de atención, hará referencia para consulta ginecológica o urológica, según los criterios indicados en la Tabla N° 4.

Tabla N° 4. Criterios de referencia para el segundo y tercer nivel de atención

Deterioro significativo de la calidad de vida de la usuaria
No respuesta al tratamiento conservador (seis meses)
Usuaria con prolapso urogenital en estadio 3 o 4
Usuaria con antecedente de cirugía antiincontinencia
Usuaria con incontinencia urinaria extrauretral
Usuaria con antecedente de cirugía oncológica pélvica
Usuaria con antecedente de radioterapia pélvica
Usuaria con antecedente de enfermedad neurológica

Fuente: Elaboración propia.

Las usuarias deben ser valoradas por el especialista en Ginecología, Urología o Geriátrica y de considerar necesario tratamiento de terapia de piso de pélvico serán referidas al primer, segundo o tercer nivel de atención de acuerdo con el área de adscripción correspondiente y que cuente con especialista en terapia física de piso pélvico. (ver anexo N° 6: lista de especialistas en terapia física de la CCSS según área de adscripción)

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 27 de 97
PROCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01

Modulo Nº 3: Tratamiento de Terapia Física para rehabilitación de la mujer con incontinencia urinaria.

El tercer módulo de este PAC describe la valoración por parte del profesional en fisioterapia de las usuarias con disfunción de piso pélvico. Se describen la valoración visual, palpación y medidas de actividad muscular tanto manual como instrumental (vaginal, uretral, contracción, de presión y electromiografía superficial)²⁴.


Diagnóstico Fisioterapéutico: las usuarias se envían a terapia con el diagnóstico médico establecido. Los terapeutas, adicionalmente, tienen acceso a los resultados de estudios complementarios, como urodinamia, EMG y estudio de imágenes (resonancia magnética, ultrasonidos, entre otros).

Planeamientos: el planeamiento incluye la valoración de resultados medibles y metas negociables en colaboración con la usuaria, el familiar y el cuidador. Al respecto, cabe mencionar que es extremadamente importante que la usuaria decida las metas.

Durante la evaluación es indispensable considerar los síntomas sensitivos (adormecimiento, sensación disminuida, sensibilidad-hipersensibilidad, pinchazos, quemazón y disconfort), así como los síntomas motores (laxitud, apertura amplia, debilidad, abultamiento, pérdida de control, dificultad para relajar, tensión, ruido o aires vaginales).

Para valorar la función muscular se puede utilizar la inspección visual, la inspección física y test simples, y verificar mediante medidas objetivas. Entre otras cosas, se debe registrar en el expediente si varía la fuerza muscular derecha de la izquierda, el número y posición de dedos que se utilizan en la inspección, las capas valoradas, los comandos o claves verbales que se utilizan (por ejemplo, apriete como si estuviera reteniendo un gas u orina), la contracción parasitaria que se realiza y si la persona discrimina entre pujar, relajar y contraer. Además, se debe registrar el resultado de la valoración de la piel, la longitud del cuerpo perineal, la posición del cuerpo perineal en reposo y en activación, el gap introito y el gap (abertura o distancia) anal y la presencia de deformidades²⁵.

Intervención: la principal intervención de terapia física en piso pélvico es la educación sobre la disfunción, con énfasis en estilos de vida, técnicas manuales e instrumentales y entrenamiento

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 28 de 97
PROCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01

de la musculatura abdominopélvica. Además del uso de biofeedback o retroalimentación, la estimulación eléctrica, el uso de agentes físicos como las diatermias y los tratamientos preventivos en todas las etapas de la vida de la mujer²⁶.

Evaluación: se utilizan resultados medibles antes y después del tratamiento, con el fin de hacer una revaloración posterior a la atención clínica. Se recomienda a los terapeutas físicos el uso de la Clasificación Internacional de la Funcionalidad (CIF), que es un sistema aprobado por la Organización Mundial de la Salud para clasificar la salud y los estados relacionados con la salud en sus diferentes componentes y condiciones²⁷.

A continuación, se describen las actividades que realiza el profesional en Terapia Física.

Lugar: todos los niveles de atención donde se cuente con profesional en Terapia Física con especialidad en Terapia Pélvica.

Insumos: báscula, tallímetro, computadora, material informativo y educativo, camilla eléctrica, equipo de electroterapia con cuatro canales, equipo de diatermia, equipo de biofeedback, electrodos vaginales, electrodos anal, sondas de presión anal, sondas de presión vaginal y anal, guantes, preservativos, silla inodoro, balón terapéutico, papel craft, guantes, sonda anal de doble balón, aplicadores, agujas de punción seca, algodón, alcohol, jabón, torundas de gasa, gel estéril, colchoneta, pizarra educativa, folletos educativos, crema conductora, electrodo de superficie, material de limpieza y esterilización (jabón, OPA).

Personal que interviene: profesional en Terapia Física especialista en piso pélvico certificado por el CTCR, Auxiliar de Enfermería, personal de REMES, asistente de pacientes, enfermería especializada.


Indicaciones: se describen las actividades a realizar durante la atención de la usuaria con incontinencia urinaria durante la consulta de terapia física.

Objetivo de la consulta: reducir la pérdida involuntaria de orina.

Verificación:

- El personal de REMES recibe a la usuaria y verifica los documentos.

Preconsulta:

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 29 de 97
PROCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01

- El Auxiliar de Enfermería: realiza la preconsulta, determina el motivo de la consulta, toma signos vitales, peso y talla. Brindará educación a la usuaria sobre promoción de estilos de vida saludables y prevención de enfermedades, llena el registro de historia de Enfermería y remite a la consulta de Terapia Física.

Consulta profesional de Terapia Física: el profesional en Terapia Física se presentará con calidez, brindando una atención humanizada, con empatía, llamará a la usuaria por su nombre, resolverá las consultas, valoración del dolor, identificará inquietudes y necesidades emocionales además de la expectativa de la usuaria que llega a consultar. En caso de que vaya a realizar algún procedimiento se debe resguardar intimidad y privacidad, permitir acompañamiento en caso de que la usuaria lo desee, interprete cultural en caso necesario²³.

- **Realiza la historia clínica completa:** queda a criterio del terapeuta si la hace presencial o virtual, en caso de contar con esta posibilidad.

Se registrará:

a) Datos personales:


- Nombre:
- Ocupación:
- Diagnóstico médico:
- Especialista que remite:

b) Historial obstétrico:


- Número de embarazos.
- Vaginales.
- Cesáreas.
- Óbitos.
- Episiotomía
- Instrumental
- Fecha de los partos
- Hijo con mayor peso al nacer
- Peso máximo en embarazo
- Recuperación de la cuarentena
- Antecedente de desgarro perineal y grado del desgarro.

c) Antecedentes patológicos y estado actual general:

- Alergias.
- Enfermedades cardiorrespiratorias.
- Enfermedades neurológicas.
- Enfermedades psiquiátricas.
- Intervenciones quirúrgicas en pelvis.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 30 de 97
PROCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01


- Otras patologías.
 - Tratamiento farmacológico.
- d) Antecedentes ginecológicos:
- Infecciones vaginales en los últimos 6 meses
 - Expulsión de gases vaginales
 - FUR
 - Presencia o antecedente de dismenorrea
 - Tratamiento hormonal
 - Presencia o antecedente dispareunia
 - Método anticonceptivo
- e) Antecedentes urológicos:
- Infecciones urinarias en los últimos seis meses
 - Frecuencia miccional diurna.
 - Frecuencia miccional nocturna.
 - Cantidad y tipo de toallas usadas.
 - Descripción del fluido.
 - Perdidas de orina diurnas o nocturnas.
 - Circunstancias de pérdida de la orina: (tose, estornuda, al hacer esfuerzos, cuando tiene ganas y no va, reírse etc)
 - Sensación de vaciado incompleto.
 - Interrupción voluntaria del chorro.
 - Suele orinar “por si acaso”.
- f) Antecedentes coloproctológicos:
- Incontinencia fecal: (gases, heces solidas o diarrea)
 - Antecedente o presencia de estreñimiento
 - Utiliza Valsalva:
 - Consistencia habitual de las heces: utilizar la escala brístol
 - Presencia de dolor al defecar según escala EVA
 - Se modifica las heces con la dieta:
- g) Hábitos:
- Actividad deportiva
 - Descansa y duerme bien
 - Consumo de café, gaseosas
- **Realizar examen físico**
- a) Evaluación de la usuaria:
- Evaluación de postura
 - Tono diafragmático
 - Diástasis abdominal

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 31 de 97
PROCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01

- Activación de transverso abdominal
- Inspección vulvovaginal
- Tono vaginal
- Trofismo vulvar
- Distancia ano- vulva
- Cicatrices
- Test de la tos (+ o -)
- Presenta los siguientes diagnósticos médicos:
- Histerocele (-) cistocele (-), uretrocele (-) rectocele (-) enterocele (-)
- Contracción a la orden / valsalva y aspiración
- Sensibilidad: s3 y s4
- Sinergias parasitarias: glúteos () abdomen () músculos aductores. ()
- Dolor, localización y escala EVA
- Exploración de reflejos
- Reflejo bulbocavernoso
- Reflejo ano rectal
- Reflejo de la tos
- Palpación y valoración interna: fuerza según escala Oxford (ver anexo N° 7)
- Escala Perfect de Laycock ver anexo N° 8)
- Valoración de dolor miofascial
- Puntos gatillo
- Músculos: bulbocavernoso, isquiocavernoso, isquiocoxígeo, iliocoxígeo transverso
- Actividad de músculos aductores y rotadores de cadera
- b) Exploración rectal:
 - Corrugación de esfínter anal
 - Cicatrices
 - Hemorroides externas
 - Pliegues radiales
 - Contracción de núcleo fibroso
 - Exploración interna
 - Tono cutáneo, rectal y tono puborectal
- **Interpreta los hallazgos y establece el diagnóstico fisioterapéutico.** En este proceso utiliza la Clasificación Internacional de la Funcionalidad (CIF).

A continuación, un ejemplo del uso de la CIF en piso pélvico:

 - **Función corporal:** fisiología y función fisiológica de los sistemas corporales (retraso de la latencia de los nervios del PP o de la actividad muscular)

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 32 de 97
PROCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01

- **Estructura corporal:** partes anatómicas (ruptura o atrofia de los músculos del piso pélvico)
- **Impedimentos:** problemas en la función corporal, tales como pérdidas significativas (debilidad o incoordinación en el piso pélvico)
- **Actividad:** ejecución de la tareas o acción individual (permanecer continente durante el aumento de la presión abdominal)
- **Participación:** involucra situaciones de la vida (ser capaz de participar en situaciones sociales, como bailar, hacer ejercicio sin miedo o vergüenza a perder orina)
- **Ambiental:** fácil acceso al inodoro

La incontinencia urinaria podría ser clasificada como una actividad en el nuevo sistema CIF.

- **Llenar el consentimiento informado para Terapia de Piso Pélvico.**

Implementa las siguientes actividades, de acuerdo con la condición de cada usuaria:

a) Ejercicios terapéuticos:


- Ejercicios respiratorios
- Entrenamiento tónico y fásico
- Intensidad: submáxima
- Posición: Supino, 4 puntos, sentado y bípedo
- Ejercicios dinámicos en diferentes posiciones con activación de piso pélvico
- Ejercicios funcionales con activación de piso pélvico
- Contracción: dada por evaluación y progresiva (PERFET) (ver anexo N° 9)
- Repeticiones
- Coordinación
- Entrenamiento en precontracción: toser, levantarse, agacharse
- Control motor en actividades funcionales: AVD sentadillas etc
- Mantenimiento

b) Estimulación eléctrica:

- IUE, IUU. IUM, reeducación, facilitación. (ver anexo N° 8)

Contraindicaciones de estimulación eléctrica:

- Cáncer
- Inflamación aguda
- Embarazo
- Pobre cognición
- Miedo o rechazo

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 33 de 97
PROCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01

- Marcapaso cardiaco

Consulta subsecuente para valoración de la mujer:

El profesional en Terapia Física:

- Valora evolución de la incontinencia, apego y respuesta al tratamiento, en caso de haber terminado la terapia, se le aplica el cuestionario nuevamente
- Revisa de estudios complementarios
- Realiza examen físico a la usuaria
- Revisa diario miccional en la segunda cita
- Refuerza la terapia conductual

En esta cita también se valora un nuevo ciclo de terapia, según necesidad de la usuaria.

Metas de la Terapia Física en la mujer con incontinencia urinaria

Metas en 6 a 8 semanas

- Disminuir episodios de pérdidas a ___ por día.
- Disminuir el tipo de toalla o pad:
- Incrementar la fuerza muscular a un Oxford ___.
- Incrementar la resistencia a ___ segundos.
- Disminuir la frecuencia a ___ día.
- Disminuir la frecuencia a ___ noche.
- Demostrar contracción efectiva de ___ con ___ microvoltios.
- Lograr frecuencia miccional a ___ día.

Metas a las 12 semanas

- Fuerza de al menos 3-6-6-Mejor fuerza abdominal, cadera y rotadores
- Buena activación del SP en diferentes posturas.

Proceso de desinfección de los equipos.


1. Desinfección de Bajo nivel: aquí se encuentran los amonios cuaternarios, los cuales en este momento a nivel institucional solo utilizan en área no críticas, es decir; donde no se atiende pacientes.

2. Desinfección de mediano nivel: aquí se encuentran el hipoclorito de sodio, el cual es lo que actualmente estamos utilizando para la desinfección de áreas y superficies.

3. Desinfección de alto nivel: aquí se encuentra el glutaraldehído al 2% (Tiódex) y el CIDEX OPA.

Proceso de esterilización de los equipos.

1. Para el sensor vaginal:
 - El lavado del equipo con jabón de manos.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 34 de 97
PROCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01

- El glutaraldehído al 1%.
 - También se puede utilizar el hipoclorito de sodio al 0.1%.
 - La esterilización con autoclave a bajas temperaturas.
2. Para el sensor Anal:
- El lavado del equipo con jabón enzimático.
 - El glutaraldehído al 1%.
 - La esterilización con autoclave a bajas temperaturas.


Se recomienda que para el lavado y desinfección de ambos sensores que lo siguiente:

- Una vez terminado el procedimiento terapéutico se debe trasladar el equipo a un área donde se maneja el equipo sucio, para realizarle la descontaminación con la solución enzimática por el tiempo recomendado por el fabricante del producto enzimático (puede ser de 5 a 15 minutos dependiendo del jabón enzimático que se esté utilizando). No se recomienda que el equipo quede sucio para el día siguiente y se debe de cumplir con los tiempos establecidos para la descontaminación y la desinfección.
- Se enjuaga con abundante agua y se seca.
- Coordinar con la central de esterilización para ver la posibilidad de someter el equipo a una esterilización a bajas temperaturas como lo recomienda la casa fabricante del equipo.
- De no ser posible la esterilización, se le realizará al equipo una desinfección de alto nivel, por el tiempo recomendado por el fabricante del desinfectante.
Posteriormente se enjuaga con abundante agua, se seca y se almacena el equipo, tal y como lo establecido por el servicio²⁸.

11. Segundo y tercer nivel de atención:

El segundo nivel de atención apoya al primer nivel mediante la prestación de servicios preventivos (prevención secundaria), curativos y de rehabilitación, con grado variable de complejidad y especialidad. Los establecimientos de salud de este nivel son: hospitales generales (regionales y periféricos), albergues temporales y clínicas tipo 3 y 4 con especialidades básicas médico-quirúrgicas²².

El tercer nivel de atención, por su parte, se enfoca en la prestación de servicios preventivos (prevención secundaria y terciaria), curativos y de rehabilitación de la más alta especialización y complejidad, para atender determinados problemas de salud. El área de influencia del nivel terciario podrá trascender el área del nivel secundario y abarcar el territorio de varias provincias, cantones y distritos. Los establecimientos de salud de este nivel son: hospitales centrales o nacionales y hospitales especializados²².

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 35 de 97
PROCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01

Abordaje de la mujer con incontinencia urinaria en el segundo y tercer nivel de atención.

Modulo N° 4: Atención de la usuaria con incontinencia urinaria por profesionales especialistas en Ginecología, Urología y Geriatria, en el segundo y tercer nivel de atención.

El cuarto módulo de este protocolo describe el proceso de atención de la mujer con incontinencia urinaria en el segundo y tercer nivel. Al recibir a la usuaria del primer nivel de atención la primera acción que se realiza es reforzar la terapia conductual y los factores de riesgo modificables.

Lugar: todas las áreas de salud tipo I y II, hospitales Regionales, Periféricos y Nacionales, así como el especializado Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes.

Insumos: consultorio médico con su respectivo equipamiento:

- Camilla, espéculo, papel craft, guantes, sondas vesicales, catéteres para estudio de urodinamia y manometría, instrumento de medición de prolapso de órganos pélvicos, equipo de urodinamia, pesarios, mallas para cirugía antiincontinencia y equipo de manometría, gel lubricante.
- Perineómetro en los servicios que cuenten con éste, ultrasonido, lámpara de cuello de Ganso, equipo de cistoscopia y agujas endoscópicas especiales para cistoscopia.

Personal que Interviene: médicos especialistas en Ginecología y Obstetricia, profesionales de Enfermería General, profesionales en Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal, Terapia Física, Psicología, Trabajo Social y Nutrición, médico especialista en Geriatria, asistente de pacientes y Auxiliar de Enfermería.


Indicaciones: se describen las principales actividades que se deben desarrollar en la atención de las mujeres con incontinencia urinaria durante la consulta inicial con médico especialista.

Verificación:

- El personal administrativo (REMES) recibe a la usuaria y verifica los documentos.

Preconsulta:

- El Auxiliar Enfermería: realiza la preconsulta, determina el motivo de la consulta, toma signos vitales, peso y talla, brindará educación a la usuaria sobre promoción de estilos de vida saludables y prevención de enfermedades, llena el registro de historia de Enfermería y remite a la consulta médica.


	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 36 de 97
PROCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01

- El asistente de pacientes entrega a la usuaria hoja de cuestionario para que la usuaria complete información del cuestionario ICQ (ver anexo N° 9)

Consulta:

El médico especialista: se presentará con calidez, brindando una atención humanizada, con empatía, llamará a la usuaria por su nombre, resolverá las consultas, identificará inquietudes y necesidades emocionales además de la expectativa de la usuaria que llega a consultar. En caso de que vaya a realizar algún procedimiento se debe resguardar intimidad y privacidad, permitir acompañamiento en caso de que la usuaria lo desee, interprete cultural en caso necesario²³

- Realizar historia clínica:
 - Verificar antecedentes personales patológicos y medicamentos que puedan afectar la presencia de la incontinencia urinaria.
 - Registrar antecedentes de cirugías.
 - Clasificar a la usuaria de acuerdo con el tipo clínico de incontinencia urinaria (esfuerzo, urgencia y mixta).
 - En caso de identificar algún indicador de riesgo o vulnerabilidad social, referirá a Trabajo Social según criterio profesional.
- Realizar examen físico
 - Exploración ginecológica: se debe descartar presencia de masa vaginales, pélvicas y prolapso urogenital (ver anexo N° 7, POP-Q, en caso necesario).
 - Prueba de tos: debe ser realizada con vejiga llena y se describe como positiva o negativa.
 - Valoración de la movilidad uretral
 - Prueba de Bonney: se realizará restitución uretral para observar el comportamiento de la incontinencia, en caso de persistir es una prueba negativa y en caso de mejorar la incontinencia es una prueba positiva.
 - Valorar el reconocimiento adecuado de los músculos del piso pélvico y clasificar mediante escala de Oxford. (ver anexo 7)
 - Valoración de estudios realizados.
 - Verificar la adecuada realización y adherencia de la usuaria de las recomendaciones brindadas en el primer nivel de atención,
 - Brindar recomendaciones terapéuticas tanto farmacológicas como no farmacológicas y de rehabilitación de suelo pélvico, de acuerdo con los hallazgos encontrados.
 - Envía diario miccional: se le debe instruir en el registro de micciones, pérdidas de orina e ingesta de líquidos tanto de día como de noche por al menos tres días con la finalidad de objetivizar los hábitos miccionales de la usuaria.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 37 de 97
PROCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01

En caso de verificar adecuada adherencia a recomendaciones y tratamientos dados en primer nivel se podrá hacer la referencia a fisioterapia.

Indicaciones para envío de la usuaria a fisioterapia:

- No reconocimiento de la musculatura del piso pélvico
- Usuaria con debilidad de la musculatura del piso pélvico (Oxford 1 o 2)
- Usuaria con vejiga hiperactiva, con o sin incontinencia que no responde a la terapia farmacológica.
- Usuaria con hipertoniía de piso pélvico.

En caso de no haber tenido adherencia al tratamiento brindado en el primer nivel se reeducará e insistirá en que la usuaria los realice.

En caso de que la usuaria ya haya realizado terapia física en primer nivel sin mejoría se envía a estudio de urodinamia.

Indicaciones para enviar a la usuaria a estudios de urodinamia:

- Usuaria con antecedente de cirugía antiincontinencia.
- Usuaria con orina residual elevada.
- Usuaria con enfermedad neurológica.
- Usuaria para cirugía que asocie síntomas de trastorno de vaciamiento o de urgencia.
- Usuaria con urgencia urinaria refractaria a tratamiento médico.
- Otros: usuaria con incontinencia urinaria con historia clínica no clara.


Postconsulta:

- El personal administrativo tramita citas, referencias, ultrasonido, recetas de tratamiento farmacológico y otorga próxima cita.

Consulta subsecuente especialidad.

El médico especialista:

- Valora evolución de la incontinencia, apego y respuesta al tratamiento.
- Revisa estudios previos.
- Revisa diario miccional
- Refuerza la terapia conductual
- Prescribe tratamiento farmacológico y/o referencia a Fisioterapia, en caso necesario

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 38 de 97
<i>PROCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA</i> <i>NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON</i> <i>INCONTINENCIA URINARIA</i>	<i>CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022</i>	<i>PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022</i> <i>VERSIÓN: 01</i>

- Valorar necesidad de estudios complementarios.
- Valora tratamiento de alta o cirugía.

Modulo N.º 5: Manejo conservador a la mujer con incontinencia urinaria.

Es la primera línea de tratamiento en usuarias que consultan por incontinencia, esta consiste en cambios de estilos de vida y en realizar ejercicios de piso pélvico, para lograr resultados, se necesita construir volumen muscular y ganar respuesta automática de activación de piso pélvico durante incrementos de presión abdominal y ante demandas de fuerza.


Dentro de los cambios de estilos de vida se contempla: micción horaria, reeducación vesical, control de líquidos, evitar estreñimiento y control de peso. De acuerdo con la usuaria también se deben contemplar medidas como compensar enfermedades crónicas y modificaciones del ambiente. El manejo conservador de la usuaria con incontinencia urinaria consta de 4 opciones terapéuticas.

Al recibir a la usuaria del primer nivel de atención, el o la profesional se presentará con calidez, brindando una atención humanizada, con empatía, llamará a la usuaria por su nombre, resolverá las consultas, identificará inquietudes y necesidades emocionales además de la expectativa de la usuaria que llega a consultar. En caso de que vaya a realizar algún procedimiento se debe resguardar intimidad y privacidad, permitir acompañamiento en caso de que la usuaria lo desee, interprete cultural en caso necesario²³. En caso de persistir con la incontinencia, se debe elegir la opción terapéutica que se ajuste a las necesidades de la usuaria que se citan a continuación:

- Farmacológico.
- Rehabilitación de piso pélvico.
- Dispositivos.

Lugar: segundo y tercer nivel de atención

Personal que interviene: profesionales en Enfermería general y especializada, Geriátría, Urología, Ginecología y Terapia Física.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 39 de 97
PROCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01

Insumos: consultorio con su respectivo equipamiento, balanza, tallímetro, computadora, material informativo y educativo, camilla eléctrica, equipo de electroterapia con cuatro canales, equipo de biofeedback, electrodos vaginales, electrodo anal, sondas de presión anal, sondas de presión vaginal, guantes, preservativos, silla inodoro, balón terapéutico, papel craft, guantes, sonda anal de doble balón, aplicadores, algodón, alcohol, torundas de gasa, gel estéril, pizarra educativa, folletos educativos, crema conductora, electrodo de superficie, material de limpieza y esterilización (jabón, OPA), insumos farmacológicos y pesarios.

Indicaciones: a continuación, se describen las actividades que se realizan en la atención de la mujer con incontinencia urinaria, para verificar si requiere de un manejo conservador y, en caso afirmativo, cuál sería la mejor opción terapéutica.

Verificación:

- El personal de REMES recibe a la usuaria y verifica los documentos.

Preconsulta:

- El Auxiliar de Enfermería: realiza la preconsulta, determina el motivo de esta, toma signos vitales, peso y talla, brindará educación a la usuaria sobre promoción de estilos de vida saludables y prevención de enfermedades, llena el registro de historia de Enfermería y remite a la consulta médica.

Consulta:

El médico especialista: se presentará con calidez, brindando una atención humanizada, con empatía, llamará a la usuaria por su nombre, resolverá las consultas identificará inquietudes y necesidades emocionales además de la expectativa de la usuaria que llega a consultar. En caso de que vaya a realizar algún procedimiento se debe resguardar intimidad y privacidad, permitir acompañamiento en caso de que la usuaria lo desee, interprete cultural en caso necesario²³

- Elige la terapia conservadora apropiada para la usuaria.


5.1 Usuaris candidatas a farmacoterapia: ver modulo 6 Manejo farmacológico de la mujer con incontinencia urinaria.

Usuaris que asocie urgencia, frecuencia, nicturia, dolor vesical.

5.2 Usuaris candidatas a rehabilitación de piso pélvico: ver modulo N°3 Tratamiento de Terapia Física para rehabilitación de la mujer con incontinencia urinaria.

Usuaris con incontinencia urinaria (urgencia, esfuerzo y mixta) leve a moderada

Usuaris que no reconozca la musculatura o con debilidad del piso pélvico (Oxford igual o menos de 2).

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 40 de 97
PROCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01

Usuaría con urgencia urinaria y/o vejiga hiperactiva

Usuaría con incontinencia (urgencia, esfuerzo y mixta) leve posterior a cirugía

Usuaría con incontinencia dual (urinaria y fecal)

Usuaría con incontinencia urinaria y dolor pélvico

Usuaría que no desee la cirugía o con contraindicación de cirugía.

5.3 Dispositivos pesarios para incontinencia:

Usuaría con incontinencia y prolapso que no desee cirugía o que tenga contraindicación quirúrgica.

Módulo N.º 6: Manejo farmacológico de la mujer con incontinencia urinaria.

Lugar: todas las áreas de salud tipo I y II, hospitales Regionales y Periféricos.

Insumos:

- Consultorio médico con su respectivo equipamiento.
- Medicamentos prescritos: imipramina, oxibutinina
- Camilla, espéculo, papel craft, guantes.

Personal que interviene: médicos(as) generales, médicos(as) especialistas en Ginecología, Urología y Geriátrica


Indicaciones: el o la profesional se presentará con calidez, brindando una atención humanizada, con empatía, llamará a la usuaria por su nombre, resolverá las consultas, identificará inquietudes y necesidades emocionales además de la expectativa de la usuaria que llega a consultar. En caso de que vaya a realizar algún procedimiento se debe resguardar intimidad y privacidad, permitir acompañamiento en caso de que la usuaria lo desee, interprete cultural en caso necesario²³.

El primer paso del manejo farmacológico consiste en la revisión y adecuación del tratamiento de patología crónica de la usuaria.

Las indicaciones del tratamiento farmacológico para la usuaria serían:

- Tratamiento para el manejo de la incontinencia urinaria de urgencia.
- Síndrome de vejiga hiperactiva (frecuencia urinaria, urgencia urinaria, nicturia)
- Incontinencia urinaria mixta de predominio de urgencia.
- Usuaría con urgencia urinaria, incontinencia y trastorno del vaciamiento.

Tipos de tratamiento:

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 41 de 97
PROCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01


1. Estrógenos conjugados de origen equino (primer, segundo y tercer nivel de atención)

- **Presentaciones:** tubo de crema 43 g, 0.625 mg.
- **Dosis recomendada:** 1 a 2 gramos 2 veces por semana aplicación vaginal profundo en la noche antes de acostarse. Según la LOM.
- **Contraindicaciones absolutas:**
 - Hipersensibilidad a algún componente.
 - Sangrado uterino anormal no diagnosticado.
 - Embarazo.
 - Antecedente de cáncer de origen ginecológico hormono dependiente.
- **Contraindicaciones relativas:**
 - Antecedente de cáncer de mama.
 - Antecedente de enfermedad tromboembólica
- **Efectos adversos:** puede existir absorción sistémica con el uso de crema vaginal por lo que se deberán tomar en consideración reacciones adversas asociadas con el tratamiento oral.
 - Mastalgia
 - Sangrado vaginal
 - Reacciones en el sitio de aplicación

Seguimiento de la usuaria: en caso de mejoría subjetiva adecuada se puede continuar el tratamiento crónico; no se requieren estudios de seguimiento ni agregar tratamiento coadyuvante con progesterona. El tratamiento es por tiempo indefinido dependiendo de la respuesta y efectos adversos de la usuaria

2. Imipramina (primer nivel de atención)

- **Presentaciones:** tabletas de 10 y 25 miligramos
- **Dosis recomendada:** 10 a 25 mg VO hora sueño, de acuerdo con la tolerancia de la usuaria.
- **Contraindicaciones:**
 - Hipersensibilidad al compuesto
 - Usuarías cardiópatas
 - Usuarías con hipertensión descompensada
 - Glaucoma de ángulo cerrado

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 42 de 97
PROCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01

- **Efectos adversos:**

- Boca seca
- Somnolencia
- Estreñimiento

Usar con precaución en la usuaria adulta mayor.


Seguimiento de la usuaria: en caso de adecuada tolerancia y mejoría subjetiva mayor a 7 puede continuar el tratamiento crónico; no se requieren estudios de seguimiento. Entiéndase la mejoría subjetiva de la usuaria cuando se encuentra en un rango >7 en una escala de 0 a 10.

Si la usuaria no responde al medicamento después de tomarlo de 8 a 12 semanas, referir al segundo y tercer nivel.

3. Oxibutinina: (uso exclusivo por Ginecología, Urología y Geriátría, continuación de tratamiento de casos referidos se autoriza a Fisiatría, Neurología, Pediatría, Medicina Interna).

Se solicita la inclusión de los especialistas en Geriátría para la prescripción inicial de la **Oxibutinina** medicamento en usuarias de acuerdo con las indicaciones establecidas en la LOM vigente.

- **Presentación:** tabletas de 5 mg.
- **Dosis:** iniciar tratamiento con oxibutinina 5 mg cada 12 horas por un periodo de 8 a 12 semanas. En caso de falla, valorar aumentar dosis a 5 mg cada ocho horas en caso de que la usuaria lo tolera.
- **Contraindicaciones absolutas:**
 - Sensibilidad al compuesto.
 - Glaucoma de ángulo cerrado.
 - Orina residual elevada.
 - Miastenia gravis.
 - Colitis ulcerativa.
 - Cardiopatía con arritmias.
- **Contraindicaciones relativas:**
 - Deterioro cognitivo.
 - Gastroparesis.
 - En caso de embarazo o lactancia materna valorar riesgo beneficio²⁹.
 - En usuarias con intolerancia a la lactosa evaluar el riesgo-beneficio.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 43 de 97
PROCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01

○ **Efectos adversos:**

- Boca seca.
- Ojo seco.
- Estreñimiento.
- Somnolencia.
- Visión borrosa.
- Alteraciones de la memoria.

Si hay fallo terapéutico referir a urodinamia al tercer nivel de atención y a atención farmacéutica de su respectiva farmacia.

Seguimiento de la usuaria: en caso de adecuada tolerancia y mejoría subjetiva >7, se puede continuar el tratamiento crónico; no se requieren estudios de seguimiento, con la salvedad de que si la usuaria tiene una orina residual limítrofe (50 cc) se debe hacer control de una nueva orina residual en cita de seguimiento.

En el caso de la usuaria adulta mayor el seguimiento es en seis meses si hay algún deterioro cognitivo (se mide con una prueba reloj, mini mental -ver anexo N° 11) con respecto a su basal.

4- Betanecol: uso en segundo y tercer nivel de atención, por los especialistas en Ginecología, Urología y Geriatria. Estos medicamentos tienen efecto colinérgico que asiste en el vaciamiento vesical por lo cual su indicación es para usuarias con orinas residuales elevadas y/o trastornos del vaciamiento.


Presentación: el betanecol se encuentra en presentación de 10 mg, se indica 10 a 50 mg cada 6 a 8 horas.

Contraindicaciones:

- Hipersensibilidad al compuesto
- Bradicardia severa o inestabilidad vasomotora
- Obstrucción gastrointestinal o vesical

Efectos adversos:

- Retención urinaria
- Riesgo de infección urinaria
- Mareos
- Hipertiroidismo

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 44 de 97
PROCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01

- Uso en embarazo y lactancia según riesgo beneficio según criterio médico.

Seguimiento: en caso de adecuada tolerancia y mejoría subjetiva >7, se puede continuar el tratamiento crónico. Se debe realizar orina residual de control para valorar efecto terapéutico.

Modulo N.º 7: Manejo quirúrgico de la mujer con incontinencia urinaria.

Las mujeres que requieren cirugía son:

- Usuarias con incontinencia urinaria de esfuerzo que afecta su calidad de vida y que ha tenido falla a la terapia conservadora.
- Usuarias con incontinencia persistente o recurrente de esfuerzo luego de una cirugía antiincontinencia.
- Usuarias con incontinencia urinaria mixta de predominio de esfuerzo, que afecte su calidad de vida y con falla a la terapia conservadora.

Lugar: sala de operaciones del segundo o tercer nivel y/o internamiento.

Insumos: Sala de operaciones con equipamiento para cirugías de incontinencia urinaria, kit de malla antiincontinencia, sondas Foley de diferentes calibres, piñeras (de preferencia hidráulicas), cistoscopio, torre de cistoscopia.


Personal que interviene: profesionales en Ginecología, Urología, personal de sala de operaciones

Requisitos preoperatorios para realizar los procedimientos:

- Exámenes de laboratorio recientes (EGO normal)
- Valoración preoperatoria de las especialidades que correspondan según las comorbilidades de la usuaria.
- Con base en las recomendaciones preoperatorias el procedimiento se podría realizar de forma ambulatoria u hospitalizada.
- Resultado de urodinamia en los casos que lo ameriten.
- Medición de orina residual.
- Consentimiento informado.

Estos procedimientos se harán de forma ambulatoria o en internamiento, valorando las condiciones de cada centro y las características de cada usuaria.

Procedimientos: existen diferentes técnicas quirúrgicas para la mujer con incontinencia urinaria; la elección de cuál aplicar se hace previa valoración del especialista.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 45 de 97
PROCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01

La suspensión retropúbica técnica Burch: históricamente fue la cirugía estándar que consiste en la elevación de la pared vaginal anterior al ligamento ileopectíneo y su abordaje puede ser laparoscópico o abierto. Se reportan tasas de éxito de hasta un 66%³⁰.


El o la especialista se presentará con calidez, brindando una atención humanizada, con empatía, llamará a la usuaria por su nombre, resolverá las consultas, identificará inquietudes y necesidades emocionales además de la expectativa de la usuaria que llega a consultar. En caso de que vaya a realizar algún procedimiento se debe resguardar intimidad y privacidad, permitir acompañamiento en caso de que la usuaria lo desee, interprete cultural en caso necesario²³.

Las siguientes son sugerencias de indicaciones para la selección de la técnica quirúrgica, quedando la elección a criterio del cirujano, condición de la usuaria y los insumos con los que cuenta el hospital. Independientemente del procedimiento quirúrgico seleccionado, se le debe brindar a la usuaria el consentimiento informado respectivo (ver anexo N° 13 y N° 14)

- **Mini sling:** usuarias con incontinencia urinaria de esfuerzo leve (menos de 6 puntos en el cuestionario de ICQ ver anexo N° 9) con residuo post miccional normal. El control cistoscópico queda a criterio del cirujano. La colocación de un sling medio uretral sintético es actualmente el procedimiento quirúrgico de primera línea, con una tasa de curación mayor al 80% y con pocas comorbilidades.

Los sling pueden ser de tejidos autólogos siendo tomados de la fascia lata o de la fascia de los rectos abdominales o material sintético (lo más utilizado en la actualidad) en cuyo caso se utilizan mallas de polipropileno microporo y monofilamento³⁰. En cualquier caso, el material se inserta por una pequeña incisión en la pared vaginal anterior, aproximadamente 2 cm del meato uretral dejándose libre de tensión (TVT) y dando así soporte a la uretra media. Después de esto pueden darse dos vías de abordaje:

- a) **Retropúbica:** en este caso la malla se introduce por la incisión vaginal siguiendo el trayecto hacia el espacio retropúbico y continúa hasta la pared abdominal al área suprapúbica. Esta técnica tiene un mayor riesgo de lesión vesical y de trastornos de vaciamiento postoperatorios.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 46 de 97
PROCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01

b) TVT-O (malla libre de tensión transobturadora): en esta técnica, que es la más comúnmente utilizada, la malla pasa de manera bilateral a través del foramen obturador. La técnica se divide en dos, según la forma en que se insertan las agujas: “de adentro hacia afuera”, donde la aguja se inserta por la incisión vaginal, atraviesa la membrana obturatriz y sale por la piel a nivel del pliegue genitocrural; y “de afuera hacia adentro”, donde la aguja se inserta por la piel a nivel del pliegue genitocrural y sale a nivel de la incisión vaginal²⁶.

- **Sling transobturador:** usuarias con incontinencia urinaria de esfuerzo con residuo post miccional normal. La usuaria debe tener capacidad de flexión (90 grados) y abducción de cadera (30 grados). El control cistoscópico queda a criterio del cirujano.
- **Sling retropúbico:** usuarias con incontinencia urinaria recidivante, sospecha de incontinencia secundaria a deficiencia intrínseca de esfínter, las incontinencias clasificadas por urodinamia como tipo 3. Debe realizarse cistoscopia al final del procedimiento.
- **Cabestrillo con tejido autólogo:** usuarias con incontinencia urinaria recidivante, sospecha de incontinencia secundaria a deficiencia intrínseca de esfínter, las incontinencias clasificadas por urodinamia como tipo 3. Usuarias con reacción adversa previa a material protésico. Debe realizarse cistoscopia al final del procedimiento
- **Burch:** en casos específicos valorados por el equipo interdisciplinario o en caso de no contar con insumos quirúrgicos. Debe realizarse cistoscopia al final del procedimiento.

Recomendaciones de egreso:

El procedimiento puede realizarse de forma ambulatoria, se recomienda su egreso luego de verificar la micción espontánea. Queda a criterio del médico tratante el uso de la sonda Foley según las características de la usuaria y de la cirugía realizada.

Complicaciones trans y postquirúrgicas:

- Lesión vesical.
- Sangrados y hematomas.
- Shock séptico.



- Cirugía fallida.
- Complicaciones anestésicas.
- Complicaciones musculoesqueléticas.
- Extrusión de la malla.
- Desgarros de la mucosa vaginal.
- Retención urinaria.
- Fistulas urinarias.
- Dolor
- Urgencia urinaria.

Seguimiento de la mujer después de la cirugía:

Se recomienda que la primera cita posoperatoria se realice entre la semana 4 a las 16 después de la cirugía (esto dependiendo de la capacidad instalada y del personal disponible de cada servicio).

Las siguientes citas de control se recomiendan a los seis meses y/o al año de la cirugía; esto según el criterio del especialista que valora a la usuaria.

En estas citas se debe documentar la mejoría subjetiva y objetiva mediante los siguientes criterios:

Criterios subjetivos:

- Mejoría de síntomas con escala del 1 al 10, siendo 1 la no mejoría y 10 la mejoría total.
- Mejoría de la calidad de vida según cuestionarios de calidad de vida ver anexo N° 9


Criterios objetivos:

- Reducción total o parcial de la incontinencia urinaria valorada por disminución del uso de toallas, episodios de pérdida o urodinamia.

A) Criterio de referencia a otras especialidades por complicaciones asociadas al procedimiento quirúrgico

- En caso de dolor postquirúrgico musculoesquelético asociado al sitio de colocación de la malla (especialista refiere a la usuaria a Terapia Física para su valoración)
- Referencia a urología en caso de sospecha de fistula vesico vaginal o uretrovaginal.

B) Criterios de continuidad en la especialidad

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 48 de 97
PROCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01

- Persistencia de la incontinencia
- Trastornos de vaciamiento vesical
- Complicaciones post quirúrgicas
- Urgencia urinaria
- Extrusiones de malla
- Dolor

C) Criterios de alta:

- Cura o mejoría subjetiva mayor a 8 con adecuada calidad de vida.
- Usuaría que rehúsa continuar con tratamientos para el manejo de su incontinencia.
- Usuaría que tenga control paralelo por la misma indicación en otro servicio o centro hospitalario.

Modulo N.º 8: Manejo por Psicología, Nutrición y Trabajo Social de la mujer con incontinencia urinaria

Intervenciones del profesional en Psicología a la mujer con diagnóstico de incontinencia urinaria en los tres niveles de atención de la CCSS.

A continuación, se desarrollan las intervenciones que realiza el profesional de Psicología en el tratamiento de la incontinencia urinaria en la mujer.


Lugar: los tres niveles de atención de la CCSS.

Insumos: consultorio para la atención psicológica con su respectivo equipamiento, cuando sea necesario, instrumentos de medición psicológica.

Personal que interviene: profesionales en Psicología de los tres Niveles de Atención.

Indicaciones: cuando según criterio del equipo médico tratante, y dadas las particularidades de la atención interdisciplinaria, se desprenda la necesidad del acompañamiento psicológico coadyuvante, será posible la emisión de solicitud de atención psicológica dirigida a psicología del centro de salud donde se realiza la atención de las usuarias.

Se detallan a continuación las condiciones requeridas para la solicitud de referencias, interconsultas a Psicología, según sea la necesidad detectada.


	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 49 de 97
PROCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01

- Usuarías que por su condición de salud requieran la atención psicológica de los componentes racionales, emocionales y conductuales de su situación.
- Usuarías que por el uso de sondas vesicales requieran manejo psicológico, enfocado en hábitos conductuales del uso de la sonda, cogniciones, emociones y conductas asociadas.
- Usuarías que requieran entrenamiento conductual vesical a través de tratamiento psicológico basado en la evidencia, como la terapia racional emotiva y conductual (TREC) y sus variantes, con objetivos terapéuticos específicos para recuperar el control de la vejiga, de manera que se favorezca el aprendizaje de la resistencia del impulso de salida y la capacidad vesical.
- Usuarías que requieran tratamientos basados en estimulación eléctrica intravaginal, en cuyo caso el objetivo es el manejo psicológico de la situación que se implica durante este tipo de tratamiento. A través de técnicas de autorregulación emocional, con enfoques terapéuticos basados en la evidencia, como la TREC y sus variantes, la terapia a través del movimiento ocular de desensibilización sistemática (EMDR) y otras estrategias de intervención basadas en la evidencia aprobadas institucionalmente para su implementación, se sugiere el abordaje de posibles traumas psicológicos asociados³¹.
- Usuarías que por su condición requieran manejo de aspectos psicológicos de la sexualidad, hábitos de la conducta sexual y adaptaciones necesarias, manejo cognitivo, emocional y conductual, autoestima y sentimientos que pudiesen estar en disfuncionalidad, como la seguridad, la vergüenza, el aislamiento, entre otros.
- Usuarías que requieran atención psicológica orientada a sostener la adherencia al tratamiento indicado por el equipo de salud tratante, en pro de reducir el fallo terapéutico que pudiese darse por causa de conductas no funcionales adoptadas por las usuarias.
- Usuarías que por su condición de salud asocien y presenten situaciones especiales urgentes de manejo psicológico, tales como enfermedades crónicas no transmisibles (obesidad, hipertensión, etc.), violencia psicológica, intrafamiliar, física o sexual, problemas de salud mental, entre otras.
- Usuarías que presenten incontinencia urinaria de tipo psicológico o somatomorfo y sus derivaciones psicopatológicas.

Intervenciones del profesional en Psicología

Generalidades de la atención Psicológica en los tres niveles de atención:

La atención psicológica será solicitada por el médico tratante de preferencia o por cualquier otro profesional del equipo de salud mediante el modelo de referencia institucional vigente, por

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 50 de 97
PROCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01


interconsulta, en caso del escenario de hospitalización y urgencias, las cuales se verán reflejadas en el respectivo aplicativo de la plataforma EDUS.

La atención psicológica se activará a través del subproceso de atención integral de psicología, será realizada única y exclusivamente por profesionales en psicología con nombramiento activo en la institución, conforme a lo establecido en la Oferta de Servicios Psicológicos para los Tres Niveles de Atención de la Caja Costarricense de seguro Social. Código GM-MDD-3970-2018³¹.

Las anotaciones producto de la atención psicológica deben ser consignadas en el SIES- EDUS en tiempo real por parte de los profesionales en Psicología, tal como lo establece el Lineamiento contenido estándar para las anotaciones de psicología en la hoja de evolución del expediente de salud EDUS CCSS. (GM-MDD-32335-2017)³² San José, Costa Rica.

Las modalidades de atención que se pueden implementar con las usuarias portadoras IU serán las aprobadas por la Coordinación Nacional de Psicología vigentes a la fecha de su publicación, a saber, individual, grupal, pareja, familia y tele psicología por medios alternativos institucionales. Según el Manual de procedimientos para la aplicación de la Tele psicología en la Caja Costarricense de Seguro Social. (MP-GM-DDSS-ARSDT-PSI-11112020)³³ y la *Oferta de Servicios Psicológicos para los Tres Niveles de Atención de la Caja Costarricense de Seguro Social (GM-MDD-3970-2018)*³³

Los escenarios de atención psicológica para esta población son el de consulta externa, hospitalización, emergencias y domiciliar según sea la prioridad y necesidad de las usuarias, acorde con lo establecido en el Manual de Instrucciones de Trabajo de atención intrahospitalaria en Psicología de la CCSS. (MIT.GM.DDSS.ARSdT.PSI.002)³⁴, el Manual de instrucciones de trabajo en el escenario domiciliar. (MIT.GM.DDSS-ARSDT-PSI. 0052016)³⁵, la *Oferta de Servicios Psicológicos para los Tres Niveles de Atención de la Caja Costarricense de Seguro Social (GM-MDD-3970-2018)*³¹ y el *Manual de instrucciones de trabajo de atención psicológica de personas usuarias que acuden al Servicio de Urgencias (MIT.GM. DDSS-ARSDT- PSI. 003 versión: 00)* San José, Costa Rica. *Oferta de Servicios de Psicología (GM-MDD-3970-2018)* Manual de instrucciones de trabajo de atención psicológica de personas usuarias que acuden al Servicio de Urgencias Código MIT.GM. DDSS-ARSDT- PSI. 003 versión: 00³⁶

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 51 de 97
PROCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01

En general se recomienda programar la atención psicológica según la condición de salud de la usuaria, ya sea en consulta externa o en cualquier otro escenario de la atención. La cantidad de sesiones se determinará con base en el modelo de atención en estilo breve y según los objetivos terapéuticos definidos para cada sesión, acorde con los tiempos establecidos en la circular GM-18828-2³⁷ para la atención psicológica y la concertación de citas en los servicios de Psicología, según *Lineamiento sobre el uso de la agenda oficial para concertar citas en los servicios de Psicología de la CCSS*³⁸


Plan de intervención psicológica:

Objetivo psicoterapéutico general:

Facilitar que las usuarias con incontinencia urinaria el desarrollo de conductas de afrontamiento psicológico positivo, acorde con su estado de salud, considerando variables de personalidad, edad, ocupación, así como relaciones de pareja, familiares y sociales, entre otros.

Objetivos psicoterapéuticos específicos:

1. Abordaje del estado cognitivo, emocional y afectivo de las mujeres con incontinencia urinaria, con la finalidad de implementar aquellas estrategias que favorezcan el estado integral de la salud psicológica.
2. Manejo psicológico de aquellos estilos de vida y patrones conductuales (costumbres, creencias negativas, aspectos emocionales) que interfieran con la estabilidad psicológica y que son desencadenados directamente por la condición de incontinencia urinaria.
3. Inclusión de un plan de manejo conductual dirigido a las usuarias para la adquisición del repertorio de conducta específico relacionado con el entrenamiento vesical. Para tal fin, se recomienda considerar el establecimiento y la adopción de técnicas conductuales que incorpore en la rutina diaria la realización de ejercicios de Kegel. Se trata de que las usuarias inicien con series de contracciones que deben ir incrementando, según plan de tratamiento, para que de manera paulatina se logre la implementación de un número terapéutico de contracciones diarias por lo menos durante tres meses, en términos generales. La cantidad específica de contracciones a incorporar dentro del plan de

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 52 de 97
<i>PROCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA</i> <i>NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON</i> <i>INCONTINENCIA URINARIA</i>	<i>CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022</i>	<i>PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022</i> <i>VERSIÓN: 01</i>


tratamiento psicológico será acordada de previo, siguiendo las indicaciones del equipo interdisciplinario para cada caso, según la condición de salud de las usuarias.

4. Abordaje e incorporación de estrategias dirigidas a fortalecer las conductas de autocontrol que le permitan a la usuaria adoptar una posición activa frente a su condición de salud, partiendo de conductas de entrenamiento en control de estímulos que permitan recordar la ejecución del tratamiento y estrategias de autorregistro y contratos conductuales, según criterio técnico del profesional en psicología tratante.
5. Manejo psicológico de posibles estados de depresión y ansiedad presentes en las usuarias con este padecimiento.
6. Reforzamiento de la adherencia al tratamiento que las usuarias deben sostener, según recomendaciones del equipo interdisciplinario, para ello, es importante incorporar aspectos de reestructuración cognitiva, psicoeducación referida al suministro de información para el manejo y evolución de la enfermedad y entrenamiento en solución de problemas.

Actividades para desarrollar durante la atención psicológica:

La intervención psicológica debe contar con al menos los siguientes elementos y actividades:

1. Entrevista psicológica inicial, a cargo de un profesional en Psicología.
2. Sesiones psicológicas basadas en objetivos psicoterapéuticos, con estrategia de intervención de estilo breve. Pudiéndose aplicar cuando sea necesario estrategias de intervención en crisis. En todo momento estarán a cargo en forma exclusiva de profesionales en psicología con nombramiento activo en la institución.
3. Cuando el profesional en Psicología lo considere y justifique el uso de procedimientos psicológicos que no retrasen el tratamiento psicológico, podrían utilizarse instrumentos de medición psicológica a partir de herramientas psicométricas, donde se incluye la medición de la ansiedad estado-rasgo, la depresión, el coeficiente intelectual, los estilos de afrontamiento, medición del coeficiente intelectual, entre otros. Cuando se considere el uso de otros procedimientos conductuales, como de autorregistro conductual también deben de reflejarse en las atenciones consignadas para las usuarias, debe de datarse el número de

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 53 de 97
PROCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01

ejercicios diarios empleados por las usuarias, partiendo de una línea base con duración definida, según la condición de estas.

4. Los resultados de las estrategias de intervención y de los procedimientos realizados en Psicología se incorporarán al EDUS y formarán parte de la información a consignarse en atención psicológica de las usuarias.
5. El seguimiento psicológico, que se hará con base en las condiciones psicológicas de la usuaria, considerando su evolución y progreso, para ello, se dará control en los servicios de Psicología correspondientes, de acuerdo con la oferta de servicios de Psicología vigente en la institución³¹, pudiéndose optar por modalidad individual, pareja, familia y grupal, según las necesidades de las usuarias y la disponibilidad de recursos de los servicios de Psicología en los centros de salud del nivel en que se desarrolle el tratamiento interdisciplinario indicado. En este proceso también se consideran los diferentes escenarios para la atención psicológica: consulta externa, hospitalización, urgencias y domicilio.

Intervenciones del profesional en Nutrición a la mujer con diagnóstico de incontinencia urinaria en los tres niveles de atención de la CCSS.

A continuación, se desarrollan las intervenciones que realiza el profesional de Nutrición en el tratamiento de la incontinencia urinaria en la mujer.


Lugar: los tres niveles de atención de la CCSS

Insumos: consultorio para la atención nutricional con su respectivo equipamiento, equipo antropométrico (balanza, tallímetro, centímetro, entre otros).

Personal que interviene: profesionales en Nutrición de los tres niveles de atención.

Indicaciones: el profesional en Nutrición asignado a la atención de pacientes hospitalizados o ambulatorios recibe la interconsulta o referencia, según sea el caso, proveniente del médico. Si corresponde a una referencia para consulta externa, la clasifica tal como se describe en el Lineamiento de referencia y contrarreferencia de las personas usuarias de los servicios de consulta externa en nutrición, en los establecimientos de salud de la CCSS, 2021.

Se detallan a continuación las condiciones requeridas para la solicitud de referencias, interconsultas a Nutrición según sea la necesidad detectada.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 54 de 97
PROCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01

- Usuaris que tenga IMC mayor a 25 kg/m², es decir con estado nutricional en sobrepeso u obesidad.
- Usuaris con alguna condición clínica asociada a enfermedades crónicas no transmisibles.
- Usuaris que dentro de la revisión de los análisis bioquímicos presente alguna alteración en glucosa, ácido úrico, dislipidemias, o cualquier otro indicador que el médico considere ser tratado desde la intervención nutricional.
- Usuaris que inician el control médico de incontinencia urinaria y deben iniciar el tratamiento nutricional para prevenir el sobrepeso y la obesidad.
- Tener control de líquidos e hidratación.
- Usuaris que requieran tratar efectos secundarios de los fármacos, como el estreñimiento.

Intervenciones del profesional en Nutrición

Generalidades de la atención nutricional en los tres niveles de atención:

Procedimiento para la intervención nutricional

A. Valoración de la interconsulta o referencia


El profesional en Nutrición recibe la interconsulta o referencia emitida por el médico. Si corresponde a una referencia para consulta externa, la clasifica de acuerdo con lo establecido en el *Lineamiento de referencia y contrarreferencia de las personas usuarias de los servicios de consulta externa en nutrición, en los establecimientos de salud de la CCSS, 2021*.

B. Evaluación nutricional

El nutricionista realiza la evaluación nutricional completa integrando la valoración de los indicadores antropométricos, bioquímicos, clínicos y dietéticos, para emitir el diagnóstico nutricional correspondiente, así definir los objetivos de la intervención que consta de la prescripción dietética, seguimiento y educación nutricional.³⁹

C. Antropometría⁴⁰

Las medidas e indicadores antropométricos que se utilizan para valorar el estado nutricional son: peso, talla, circunferencia de la muñeca, circunferencia braquial, circunferencia de pantorrilla, circunferencia abdominal, circunferencia de cintura, índice de masa muscular, índice cintura/cadera porcentaje de grasa.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 55 de 97
PROCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01

En lo que respecta a la capacidad predictiva para IU, el indicador con mayor sensibilidad es la circunferencia de la cintura; el indicador con mayor especificidad es el índice de conicidad; y el indicador con mayor área sobre la curva ROC es la razón cintura/estatura. Después de estos, los indicadores antropométricos, especialmente aquellos que consideran la medida de la cintura en su cálculo, pueden ser utilizados como indicativos de IU ³⁹

D. Bioquímica

Los análisis bioquímicos en conjunto con otros indicadores son coadyuvantes para determinar el diagnóstico nutricional y la severidad de las enfermedades.

Los indicadores bioquímicos sugeridos en la evaluación del paciente con incontinencia Urinaria son: niveles de glucosa, perfil lipídico, función renal y hepática, hemograma y electrolitos (sodio, potasio, calcio, magnesio)⁴¹. A pesar de que estos no son específicamente para el problema de incontinencia urinaria, ayudan a tener controladas las comorbilidades que puedan estar presentes en la usuaria.

E. Parámetros Clínicos

El nutricionista revisa los datos registrados en el expediente clínico, con el fin de conocer: los antecedentes familiares, las enfermedades que ha tenido la mujer, cómo han sido los embarazos y partos y si ha tenido algún problema ginecológico. Como complemento, entrevista a la paciente, para conocer sus síntomas e identificar los factores de riesgo y otras comorbilidades. En ese sentido, se debe considerar la presencia de condiciones patológicas como asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, tabaquismo, obesidad, vómitos frecuentes o enfermedades traumatológicas que incrementan la presión intraabdominal. ⁴²

F. Parámetros dietéticos

La valoración de la ingesta dietética está relacionada a los hábitos alimentarios, disponibilidad de alimentos, consumo usual de la persona; así como la influencia que ejerce sobre el desarrollo y evolución de determinada enfermedad. ⁴³

El nutricionista puede utilizar métodos como la frecuencia de consumo y el consumo usual, tomando en cuenta gustos, preferencias, intolerancias y alergias alimentarias. ⁴⁴



En este punto es importante identificar: si la persona bebe demasiados líquidos, si ingiere bebidas estimulantes (café, té, etc.) o si se encuentra en tratamiento con algún medicamento que pueda causar la incontinencia, como sucede con los diuréticos, o, por el contrario, retener la orina, como ocurre con los antidepresivos.

G. Diagnóstico nutricional

El nutricionista emite el diagnóstico nutricional basado en el análisis de los indicadores antes descritos, con el fin de identificar uno o varios problemas nutricionales específicos, para definir la intervención. La determinación del diagnóstico constituye un paso crítico entre la evaluación y la intervención nutricional y se debe expresar enunciando el problema, la etiología y los signos o síntomas presentes. ⁴⁵

H. Tratamiento nutricional


El profesional en Nutrición planifica e implementa acciones de acuerdo con las necesidades puntuales del paciente; el propósito primordial es resolver o mejorar el problema nutricional identificado.

La selección del tratamiento nutricional se basa en el diagnóstico nutricional y su etiología, puede estar dirigido a modificar el aporte nutricional, el conocimiento y la conducta con respecto a hábitos de alimentación. ⁴⁵

Una vez seleccionado el tratamiento, el profesional en Nutrición deberá establecer los objetivos de este:

- Mejorar o mantener el estado nutricional del paciente con incontinencia urinaria.
- Ayudar a controlar los trastornos metabólicos propios de la patología o patologías asociadas.
- Contribuir a la calidad de vida del paciente que presenta incontinencia urinaria.
- Brindar educación nutricional al paciente y su familia sobre el plan de alimentación y recomendaciones específicas sobre el consumo líquidos y otros alimentos que puedan aumentar la presión intraabdominal.
- Reducir el índice de masa corporal si está con sobrepeso u obesidad, al menos de un 5 a un 10%.

I. Requerimientos nutricionales

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 57 de 97
PROCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01

El profesional en Nutrición calcula los requerimientos nutricionales del paciente. El cálculo se basa principalmente en macronutrientes y en condiciones especiales; además, se debe considerar el aporte de micronutrientes específicos según patologías asociadas, edad y condición fisiológica.

J. Educación nutricional

El nutricionista debe hacer énfasis en las necesidades nutricionales específicas, y poner especial atención en el consumo de:

- Alcohol.
- Cafeína.
- Bebidas carbonatadas o agua gasificada.
- Edulcorantes.
- Chocolate.
- Alimentos picantes.
- Alimentos con alto contenido de especies, azúcar o ácido, especialmente los cítricos.
- Medicamentos para la presión arterial y el corazón, sedantes y relajantes musculares.
- Altas dosis de vitamina C.
- Ciertas bebidas, alimentos y medicamentos que pueden actuar como diuréticos, es decir, estimulan la vejiga e incrementan el volumen de orina
- Consumo adecuado de líquidos

Adicionalmente, debe enfatizar sobre el consumo adecuado de líquidos.

K. Seguimiento de la usuaria.

Cuando corresponda, se indicará si la usuaria necesitará de un seguimiento y cuál será el mismo (incluyendo: modalidad, frecuencia, lugar y responsable de hacerlo).


Intervenciones del profesional en Trabajo Social a la mujer con diagnóstico de incontinencia urinaria en los tres niveles de atención de la CCSS.

A continuación, se desarrollan las intervenciones que realiza el profesional en Trabajo Social en el tratamiento de la incontinencia urinaria en la mujer.

Lugar: los tres Niveles de Atención de la CCSS

Insumos: consultorio para la atención de la usuaria, con su respectivo equipamiento.

Personal que interviene: profesionales en Trabajo Social de los tres Niveles de Atención.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 58 de 97
PROCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01

Indicaciones: esta oferta de servicios responde a la importancia de fortalecer la atención integral a las mujeres con incontinencia urinaria, con un abordaje que se desarrolle en los tres niveles de atención según demanda y capacidad instalada y acorde con la normativa y las regulaciones técnicas avaladas por la Gerencia Médica.

Siguiendo esa línea, se describen a continuación las acciones sustantivas en Trabajo Social relacionadas con el abordaje a las mujeres con incontinencia urinaria, contemplando los procesos y aspectos éticos, técnico-operativos e instrumentales de la disciplina.

Líneas generales:

1. Trabajo Social brinda atención y consulta social individual y familiar de acuerdo con lo establecido en el *MM.IT.GM.DDSS. ARSDT.CNTS.121217 Instrucciones de Trabajo para el Procedimiento de Atención Social y Consulta Social. Modalidades: Individual, Familiar y Grupal*⁴⁶.
2. En el primer nivel de atención, Trabajo Social atiende a las personas usuarias referidas por los profesionales en salud del mismo establecimiento, para el abordaje de vulnerabilidad o riesgo social.
3. En el segundo y tercer nivel de atención, Trabajo Social atiende a las usuarias y a las familias referidas por profesionales en salud del mismo establecimiento, o por otros/as profesionales de Trabajo Social, cuando la usuaria es trasladada a otro nivel de atención por la complejidad de su abordaje clínico.
4. Trabajo Social participa en la consulta multidisciplinaria con el equipo de salud.

Oferta de servicios de Trabajo Social en los tres niveles de atención

Atención Social o Consulta Social Individual

1. El profesional en Trabajo Social recibe referencia o interconsulta por parte de un profesional en salud del mismo establecimiento de salud o por parte de otros profesionales en Trabajo Social (cuando la usuaria sea trasladada a otro nivel de atención, según Red de Servicios), conforme los siguientes **criterios de referencia**:

- Persona en situación de presunta violencia en sus diferentes manifestaciones.
- Persona sin redes de apoyo, débiles o desorganizadas.
- Persona en relaciones familiares conflictivas.




- Persona que presenta dificultades para el manejo de la crisis y la adherencia al tratamiento asociado al diagnóstico de salud.
 - Persona con implicaciones sociales y crisis familiares asociadas a la situación de salud.
 - Persona que presenta problemas socioeconómicos asociados a su situación de salud.
2. El profesional en Trabajo Social realiza la atención o consulta social individual, ya sea de forma presencial o por medios alternativos, según lo establecido en el *Manual de Instrucciones de Trabajo para el Procedimiento de Atención Social y Consulta Social modalidades: Individual, Familiar y Grupal. Código MM. IT.GM.DDSS. ARSDT.CNTS.121217*, y normativa institucional y nacional vigente^{Error! Marcador no definido.}.
3. El/la profesional debe considerar las siguientes acciones como parte del abordaje social:
- Fortalecimiento de los factores protectores
 - Abordaje de los factores de vulnerabilidad
 - Fortalecimiento a la adherencia al plan de tratamiento en salud
 - Identificación, activación y fortalecimiento de las redes de apoyo
 - Intervención en crisis

Atención Social o Consulta Social Familiar

Descripción de la intervención de Trabajo Social

1. El profesional en Trabajo Social que brinda atención o consulta social individual, deriva la situación de la persona usuaria para atención o consulta social familiar, en caso de presentar:
- Familia desorganizada ante los requerimientos de apoyo asociados al diagnóstico y tratamiento de salud de la usuaria.
 - Relaciones familiares conflictivas que inciden en el diagnóstico y tratamiento de salud de la usuaria.
 - Familia en crisis asociada al diagnóstico de salud de la usuaria.
2. El/la profesional en Trabajo Social realiza la atención o consulta social familiar, ya sea de forma presencial o por medios alternativos, según lo establecido en el Manual de Instrucciones de Trabajo para el Procedimiento de Atención Social y Consulta Social modalidades: Individual, Familiar y Grupal. Código MM.IT.GM.DDSS. ARSDT.CNTS.121217, y normativa institucional y nacional vigente.
3. El profesional en Trabajo Social debe considerar las siguientes intervenciones como parte del abordaje social:

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 60 de 97
<i>PROCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA</i> <i>NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON</i> <i>INCONTINENCIA URINARIA</i>	<i>CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022</i>	<i>PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022</i> <i>VERSIÓN: 01</i>

- Identificar si la familia cuenta con información sobre el proceso de salud enfermedad para apoyo a la persona usuaria.
- Valoración y fortalecimiento de la organización familiar para apoyo a la usuaria en la adherencia al tratamiento y desarrollo de las actividades instrumentales de la vida cotidiana.
- Fortalecimiento de la familia como red de apoyo primaria afectiva e instrumental.
- Educación social en cuidado personal y colectivo de la salud mental.
- Fortalecimiento de la comunicación asertiva, no violenta, por ejemplo: en el fomento de espacios seguros para la expresión de sentimientos y necesidades entre los miembros del grupo familiar, principalmente de la usuaria.
- Intervención en crisis a la familia.

Consulta Social Grupal

En caso de que se cuente con demanda suficiente para desarrollar procesos grupales se desarrollará con base en el Manual de Instrucciones de Trabajo para el Procedimiento de Atención Social y Consulta Social modalidades: Individual, Familiar y Grupal. Código M. IT.GM.DDSS. ARSDT.CNTS.121217, según el proyecto definidos por la persona profesional en Trabajo Social que lo desarrollará.

12. Aspectos Bioéticos y de Derechos Humanos


Los principios Bioéticos y los Derechos Humanos son inherentes a los procesos de atención en salud. Su reconocimiento es base primordial para garantizar la dignidad humana de las personas que son atendidas en los servicios de salud de la CCSS.

En esa línea, la atención de las usuarias con diagnóstico de incontinencia urinaria mediante el Protocolo de Atención Clínica Incontinencia Urinaria debe ser enmarcada dentro de los servicios de salud de la CCSS como accesible, oportuna, continúa y segura, con pertinencia cultural e inclusiva.

Principios bioéticos.

A continuación, se enlistan los principios bioéticos, los cuales están contemplados en el desarrollo del presente protocolo de atención clínica.

- Principio de Autonomía
- Principio de Beneficencia
- Principio de No Maleficencia

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 61 de 97
PROCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01

- Principio de Justicia
- Respeto a la Dignidad Humana

Principio de Autonomía:


Para la aplicación de este principio se promoverá la participación de la persona usuaria en el proceso de atención, mediante el consentimiento informado o asentimiento informado (en personas mayores de 12 años) y se realizarán actividades de educación para ésta y sus familiares sobre los temas que se desarrollan en este protocolo (educación en salud), a saber: el manejo de la incontinencia urinaria y de los medicamentos y de las terapias; cuidados en el hogar; promoción y prevención primaria, secundaria y terciaria de la salud/enfermedad.

La educación será integral; por lo que, incluirá aspectos biológicos y psicológicos relacionados con la incontinencia urinaria, sus riesgos, consecuencias y prevención. Asimismo, considerará las características propias de grupos particularmente vulnerables que presentan esta condición, entre ellos las personas menores de edad, con discapacidad, con compromiso cognitivo, en condiciones de desventaja económica, política y social, entre otros.

Dentro de este contexto, la decisión de la usuaria será autónoma si cumple con tres requisitos:

- a) Que vaya precedida de información veraz, completa y concisa sobre su condición de salud, el procedimiento propuesto, las alternativas -si las hubiera- y las consecuencias que pudieran derivarse de la decisión adoptada.
- b) Que la usuaria sea competente para tomar la decisión sobre el procedimiento que se le propone.
- c) Que sea una decisión tomada libre y voluntariamente, en ausencia de todo tipo de coacción física o psíquica y de manipulación (en el caso de los adultos con deterioro cognitivo).

De esta manera, las usuarias recibirán información adecuada y por medios accesibles según su condición, y con base en esta podrán expresar su voluntad para efectos del consentimiento informado, en respeto a los principios de autonomía y promoción de la competencia, así como del concepto de interés superior de la persona y su dignidad; todo ello en apego a lo establecido en la Ley Deberes y Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados N° 8239 y la Ley para la Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad N° 9379.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 62 de 97
<i>PROCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA</i> <i>NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON</i> <i>INCONTINENCIA URINARIA</i>	<i>CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022</i>	<i>PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022</i> <i>VERSIÓN: 01</i>

En el caso de la cirugía para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo, así como las intervenciones que realiza el profesional en Terapia Física, la usuaria debe completar el formulario de consentimiento Informado respectivo (Anexos N°16 y N°17, pendiente de su oficialización por el CIES). Mediante este documento se le informa por escrito a la usuaria los procedimientos que se le pretenden realizar de acuerdo con su caso particular, incluyendo los riesgos y beneficios de estos. En ese sentido, es importante que la usuaria comprenda que en cualquier momento puede revocar el consentimiento informado para el procedimiento que se le indicó, si así lo desea, sin que esto implique una sanción, medida en su contra o desatención de su salud.

Por otra parte, cabe mencionar que este principio se relaciona, además, con el derecho a la intimidad y a la confidencialidad. De allí que las jefaturas de los servicios de Ginecología, Geriátrica, Urología, Enfermería, entre otros, responsables de realizar el o los procedimientos clínicos, deberán informar al personal del servicio sobre de la prohibición de compartir información -especialmente la de acceso restringido o sensible-, con personas no relacionadas con la atención de las personas usuarias.


La información (imágenes, videos, fotografías, historial clínico) de las personas usuarias únicamente podrá ser utilizada con fines de docencia o divulgación científica, previo consentimiento de la usuaria.

Los centros y el personal de salud serán responsables del archivo y custodia de la documentación, así como de garantizar el derecho al consentimiento o asentimiento informados, proteger la seguridad de las personas usuarias y la confidencialidad de la información.

Principio de beneficencia / no maleficencia

El respeto de este principio conlleva las siguientes acciones:

- Mejorar la calidad de la atención en salud.
- Establecer los procedimientos clínicos a realizar con base en la mejor evidencia científica disponible.
- Identificar beneficios y daños potenciales de los procedimientos clínicos (balance beneficio/riesgo).

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 63 de 97
PROCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01

- Adaptarse a las costumbres socioculturales y condiciones de vulnerabilidad de grupos poblacionales específicos.
- Establecer procesos de evaluación y crítica sobre resultados del PAC.

La jefatura del servicio de Ginecología, Urología, Terapia Física, Geriatria, Enfermería, entre otros, divulgará el PAC de acuerdo con la estrategia establecida por el grupo elaborador. A la vez divulgará los mecanismos de control para su implementación en los servicios, con el fin de que la usuaria tenga una mejor calidad de vida, al brindarle información sobre los beneficios del tratamiento farmacológico, quirúrgico o de rehabilitación según sea su caso particular, orientando, estandarizando y resolviendo los problemas de variabilidad y disminuyendo los riesgos.


Principio de justicia

Los centros que no poseen los recursos necesarios para efectuar el/los procedimientos clínicos requeridos para atender la condición de la usuaria deberán referir/derivar al II o III nivel de atención, según lo establecido en este PAC. En el caso de los profesionales en Terapia Física, se deberá referir a la usuaria al terapeuta físico que cuente con la especialidad en Piso Pélvico acreditada por el Colegio de Terapeutas Físicos.

Si la usuaria presentara descompensación o un efecto secundario derivado del procedimiento clínico (tratamiento farmacológico, quirúrgico o de rehabilitación con terapia física), el servicio de Medicina General, Ginecología, Urología, Fisioterapia y/o Geriatria deberá asegurar que se le brinde la atención requerida.

En general la priorización de la persona usuaria con incontinencia urinaria la realizará el médico especialista, de acuerdo con la condición de salud y la severidad de esta, de manera que la atención que se le brinde por medio de las intervenciones establecidas en este PAC sea equitativa y justa.

Las personas adultas mayores, menores de edad o con discapacidad, con incontinencia urinaria serán consideradas como especialmente vulnerables y, por lo tanto, sujetas de especial atención.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 64 de 97
PROCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01

13.Herramientas de Aplicabilidad

El grupo elaborador construyó test que se usan en el PAC para la fácil comprensión de la información, como complemento a lo descrito en los apartados anteriores, para mayor facilidad de comprensión de la información. Ver anexo N° 13

14. Contacto para Consultas

Dra. Carla Verónica Gríos Dávila. Medico Gineco- obstetra, Coordinadora Programa de Normalización de la Atención a la Mujer, Area de Atención Integral a las Personas, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Gerencia Medica

Correo electrónico: (cvgrios@ccss.sa.cr,

Tel: 2539 0193).

Dra. Odiney Quirós Serrano. Enfermera Programa de Normalización de la Atención a la Mujer.

Correo electrónico: (oquiross@ccss.sa.cr).

Tel: 2539 0193.

Dra. Vilma García Camacho. Coordinadora Programa Normalización de la Atención de la Persona Adulta Mayor


Correo electrónico: (vgarciac@ccss.sa.cr).

Tel: 2223 8948


15. Monitoreo y Auditoria

El grupo elaborador del presente protocolo definió los indicadores que permiten garantizar la correcta aplicación e implementación técnica y administrativa de los procesos establecidos.

Estos indicadores pueden revisarse en el Anexo N° 12

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 65 de 97
PROCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01

16. Anexos

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 66 de 97
PROCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01

Anexo N°1: Aval del Protocolo.



Anexo N°2: Formulario de Declaración de Intereses para Elaboradores.

Formulario de Declaración de Intereses para Elaboradores

Fecha:

- Nombre:
- Profesión:
- Lugar de trabajo:
- Años de laborar:
- Indique dos teléfonos donde se pueda localizar:
- Indique dos correos electrónicos donde se pueda enviar información:
- Documento de Normalización Técnica para evaluar: Protocolo de Atención Clínica Incontinencia Urinaria en la Mujer. GM. DDSS.AAIP 22022022V01
- **Existe relación de consultorías o trabajo remunerado para la industria de salud en general (por ejemplo, farmacéutica, laboratorios, centros de salud privados)**

Si ____ No ____

Explique: _____

Firma:

Número de cédula: _____ Código profesional:



Anexo N° 3: Formulario de Declaración de Intereses para Validadores.

Formulario de Declaración de Intereses para Validadores.

Fecha:

- Nombre:
- Profesión:
- Lugar de trabajo:
- Años de laborar:
- Indique dos teléfonos donde se pueda localizar:
- Indique dos correos electrónicos donde se pueda enviar información:
- Documento de Normalización Técnica para evaluar: Protocolo de Atención Clínica Incontinencia Urinaria en la Mujer. GM. DDSS.AAIP 22022022V01
- **Existe relación de consultorías o trabajo remunerado para la industria de salud en general (por ejemplo, farmacéutica, laboratorios, centros de salud privados)**

Si ____ No ____

Explique: _____

Firma:

Número de cédula: _____ Código profesional:

Anexo N° 4: Encuesta de Validación.

Encuesta de Validación del documento Protocolo de Atención Clínica Incontinencia Urinaria en la Mujer en los Servicios de Salud de CCSS

<https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=gQ7GKQY8Ik6IXK54M95VSu56qzkHeMlInmz-N8Gi0F9UNTY1NjcxVk5NR0xEMThSQk5IQUNEWTBUNS4u>

Encuesta de Validación del documento Protocolo de Atención Clínica Incontinencia Urinaria en la Mujer en los Servicios de Salud de CCSS. Apartado Terapia Física Suelo Pélvico

<https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=gQ7GKQY8Ik6IXK54M95VSu56qzkHeMlInmz-N8Gi0F9UM0NLNEJXN0pXU1lIUkU0VjU4WEhaUUdVVC4u>


Fuente: Elaboración propia

Anexo N° 5: Medicamentos y efectos secundarios

Tipo de medicación	Medicamentos	Efectos potenciales
Diuréticos	Furosemida, Hidroclorotiazida, espironolactona	Poliuria, frecuencia, urgencia
Anticolinérgicos	Oxibutinina, Imipramina, Bromuro de hioscina	Retención urinaria, incontinencia por rebosamiento
Antidepresivos	Imipramina,	Acción anticolinérgica, sedación
Antipsicóticos	Clorpromazina	Acción anticolinérgica, sedación, rigidez, inmovilidad
Hipnóticos, sedantes	Benzodiacepinas	Sedación, delirio, inmovilidad, relajación muscular
Litio		Poliuria, frecuencia, urgencia
Opioides	Morfina Tramal	Retención urinaria, sedación, delirio
Bloqueantes α		Relajación uretral
Agonistas α	Antihistamínicos	Retención urinaria
Agonistas β		Retención urinaria
Bloqueantes cálcicos	Amlodipina	Retención urinaria
Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina	Enalapril	Tos crónica que favorece la incontinencia de esfuerzo
Alcohol		Poliuria, sedación

Fuente: Jauregui, Sarsotti, & Lamm, 2009⁴⁷ Incontinencia urinaria en el anciano.

Fuente: Elaboración propia ejemplos de medicamentos.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 70 de 97
PROCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01

Anexo N° 6: Información de Terapeutas acreditados suelo pélvico por el CTCR en Hospitales de la CCSS.

Hospital	Nombre
Hospital de San Carlos	Gloriana Córdoba Quirós Ana Cecilia Alpízar Salazar Hazel Boza Benavides Carolina Guzmán Alvarado
Hospital de Limón	Hazel Duarte Solís
Hospital Calderón Guardia	Jorge Arturo Fernández Campos
Área de Salud de Barranca	Jesica Blanco Cordero Aileen Alfaro Coto
Área de Salud de San Rafael de Puntarenas	Anette Hoffmaister Ghiraldini
Clínica Carlos Durán Cartín	Karol Tosso Campos Gabriela Palma Villalobos
Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología, Dr. Raúl Blanco Cervantes	Abigail Zúñiga Alvarado
Hospital San Juan de Dios	Allan Araya Sánchez
Centro Nacional de Rehabilitación Humberto Araya Rojas	Ana Maria Madrigal Jiménez Alexandra Ortiz Ramírez
Hospital Upala	Carlos Díaz Venegas
Hospital de Osa Tomas Casas Casajús	Olber Chaves Gómez
Hospital San Vicente de Paul, Heredia	Esteban Hernández Hernández
Area de Salud de Tilarán	Geiner Barboza Pérez
Centro Nacional del Dolor y Cuidados Paliativos	Keila Mora Valverde
Hospital México	Jairon Mejía Venegas Milena Hernández Chacón Juan Carlos Moreira Alvarez
Hospital De La Anexión, Nicoya	Odeth Martínez
Hospital Max Therán de Quepos	Grettel Chavarría Torres
Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño	Oscar González Álvarez

Fuente: Terapeuta Milena Hernández. Hospital México con Información suministrada por CTCR

Anexo N° 7: Escala de fuerza de Oxford.

Grado	Respuesta muscular
0	Ninguna
1	Parpadeos, 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 apretados 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 máxima.

Fuente: Laycock 1992

Anexo N° 8: Parámetros de electroestimulación para IU por urgencia/esfuerzo

	IU por esfuerzo	Inestabilidad del detrusor Vejiga hiperactiva
Postura del paciente	Acostado o sentado	Acostado o sentado
Frecuencia Pulso	35 - 50 Hz 40 - 60 pps	4 – 10 Hz 10 – 20 pps
Duración de pulso	20 -300µseg	200 - 500µseg
Intensidad	Con reflejo anal o a tolerancia con contracción muscular	A tolerancia sensitiva o reflejo anal
Intervalo/pausa Ciclo de trabajo	Igual o doble	Igual o doble
Forma de onda	Bifásico simétrico pero mono o polifásico OK	Bifásico simétrico pero mono o polifásico OK
Electrodo	Preferiblemente interno, pero colocación en piel bipolar sobre músculo blanco.	Preferiblemente interno, pero colocación en piel bipolar sobre músculo blanco.
Duración de Tx	15min – observar si hay fatiga	15 – 30min
Frecuencia de Tx	1 vez x semana	1 vez x semana
Duración total de Tx	1x 6-8 meses	2 semanas – 6 meses

Adaptado de Frahm (2006), Berghmans (2002)^{!Error! Marcador no definido.}

Protocolo de estimulación para piso pélvico

De investigación EMPI con Innova Device.

1.	<u>Incontinencia por esfuerzo</u>	Frecuencia: 50Hz Tiempo: 15min 2xdía, a diario o cada 2 días. Ciclo de trabajo: 5/10 Duración de Tx: 20 semanas. Frecuencia del Tx: 2-3 sesiones de 15min x semana. Intensidad: Variable.
2.	<u>Incontinencia por urgencia</u>	Frecuencia: 12.5Hz Tiempo: 15min 2x día, a diario o cada dos días. Ciclo de trabajo: 5/10 Duración de Tx: 20 semanas Mantenimiento del Tx: 2-3 sesiones de 15min x semana. Intensidad: Variable.
3.	<u>Incontinencia mixta</u>	Frecuencia: 50Hz en la mañana y 12.5 en la noche. Tiempo: 15min 2xdía, a diario o cada 2 días. Ciclo de trabajo: 5/10 Duración del Tx: 20 semanas. Mantenimiento del Tx: 2-3 sesiones de 15min. Intensidad: Variable.

Anexo N° 9: Cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF

Cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF			
<p>El ICIQ (International Consultation on Incontinence Questionnaire) es un cuestionario autoadministrado que identifica a las personas con incontinencia de orina y el impacto en la calidad de vida.</p> <p>Puntuación del ICIQ-SF: sume las puntuaciones de las preguntas 3+4+5. Se considera diagnóstico de IU cualquier puntuación superior a cero</p>			
1	¿Con qué frecuencia pierde orina? (Marque sólo una respuesta)		
A	Nunca	0	PUNTOS
B	Una vez a la semana	1	
C	2-3 veces / semana	2	
D	Una vez al día	3	
E	Varias veces al día	4	



F	Continuamente	5								
2	Indique su opinión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa, es decir, la cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no). Marque sólo una respuesta.									
A	No se me escapa nada	0	PUNTOS							
B	Muy poca cantidad	2								
C	Una cantidad moderada	4								
D	Mucha cantidad	6								
3	¿En qué medida estos escapes de orina que tiene han afectado su vida diaria?									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Nada					Mucho				
4	¿Cuándo pierde orina? Señale todo lo que le pase a Ud.									
	Nunca									
	Antes de llegar al servicio									
	Al toser o estornudar									
	Mientras duerme									
	Al realizar esfuerzos físicos / ejercicio									
	Cuando termina de orinar y ya se ha vestido									
	Sin motivo evidente									
	De forma continua									

Anexo Nº 10: Cuestionarios de Terapia Física

Escala de Bristol

Tipo 1		Trozos duros separados, como nueces
Tipo 2		Con forma de salchicha, pero grumosa
Tipo 3		Con forma de salchicha, pero con grietas
Tipo 4		Con forma de salchicha, como serpiente lisa y suave
Tipo 5		Bolas suaves con bordes definidos
Tipo 6		Trozos suaves con los bordes desiguales
Tipo 7		Acuosa, sin trozos sólidos. Totalmente líquida



Tabla Nº 5: Score de incontinencia de Wexner

TIPO	Nunca	Rara	Algunas veces	Generalmente	Siempre
Sólidos	0	1	2	3	4
Líquidos	0	1	2	3	4
Gas	0	1	2	3	4
Uso de apósitos	0	1	2	3	4
Alteración del estilo de vida	0	1	2	3	4

Nunca: 0.

Rara vez: menos de una vez al mes.

Algunas veces: menos de una vez por semana, pero más de una vez al mes.

Generalmente: menos de una vez al día, más de una vez por semana.

Siempre: más de una vez al día.

0: continencia perfecta.

20: incontinencia total.

Tabla Nº 6: Sistema de Puntuación de Estreñimiento

Nombre:	Fecha:
Frecuencia de defecaciones	Tiempo: minutos en el baño por intento
0 1-2 veces por 1-2 días	0 Menos de 5
1 2 veces por semana	1 5 – 10
2 Una vez por semana	2 10 – 20
3 Menos de una vez por semana	3 20 – 30
4 Menos de una vez por mes	4 Más de 30



<p>Dificultad dolorosa esfuerzo de evacuación</p> <p>0 Nunca</p> <p>1 Raramente</p> <p>2 A veces</p> <p>3 Generalmente</p> <p>4 Siempre</p>	<p>Tipo de ayuda de asistencia</p> <p>0 Sin ayuda</p> <p>1 Laxante estimulante</p> <p>2 Asistencia digital o enema</p>
<p>Completo: sensación de evacuación incompleta</p> <p>0 Nunca</p> <p>1 Raramente</p> <p>2 A veces</p> <p>3 Generalmente</p> <p>4 Siempre</p>	<p>Intento fallido de evacuación por 24 horas</p> <p>0 Nunca</p> <p>1 1 – 3</p> <p>2 3 – 6</p> <p>3 6 – 9</p> <p>4 Más de 9</p>
<p>Dolor: dolor abdominal</p> <p>0 Nunca</p> <p>1 Raramente</p> <p>2 A veces</p> <p>3 Generalmente</p> <p>4 Siempre</p>	<p>Duración de la historia de estreñimiento (yr)</p> <p>1 0</p> <p>2 1 – 5</p> <p>3 5 – 10</p> <p>4 10 – 20</p> <p>5 Más de 20</p>
<p>PUNTAJE TOTAL: (PUNTAJE MINIMO: 0, PUNTAJE MAXIMO: 30)</p>	

Fuente⁴⁸: Adaptado de: Agachan et al, 1996. A constipation scoring system to simplify evaluation and management of constipated patients. Diseases of the colon and rectum.

Tabla Nº 8: Diario Defecatorio

DIA	1	2	3	4	5	6	7
¿Ha tenido sensación de ganas de defecar?							
¿Se le han escapado gases sin querer?							
¿Se le han escapado heces líquidas sin querer?							
¿Ha tenido que ir con urgencia al aseo para evitar un escape?							
¿Ha usado compresas por el escape de heces?							
¿Se le han escapado heces sólidas sin querer?							
¿Cuántas deposiciones ha tenido hoy?							
CONSISTENCIA DE HECES	Duras						
	Blandas						



	Líquidas								
CARACTERISTICAS DE LAS DEPOSICIONES	Gran esfuerzo al defecar								
	Sensación de obstrucción al defecar								
	Sensación de evacuación incompleta								
	Dolor al defecar								
MEDICACION	Loperamida								
	Fibra								
	Otros								
NOTAS									

Anexo N° 11. Test del reloj

Criterios de puntuación del test del reloj.	
1.	<p>Esfera del reloj (máximo 2 puntos)</p> <p>2 puntos: Dibujo normal. Esfera circular u ovalada con pequeñas distorsiones por temblor. 1 punto: Incompleto o con alguna distorsión significativa. Esfera muy asimétrica 0 puntos: Ausencia o dibujo totalmente distorsionado</p>
2.	<p>Presencia y secuencia de los números (máximo 4 puntos)</p> <p>4 puntos: Todos los números presentes y en el orden correcto. Solo pequeños errores en la localización espacial en menos de 4 números (p. ej colocar el número 8 en el espacio del número 9) 3.5 puntos: Cuando “los pequeños errores” en la colocación espacial se dan en 4 o más números 3 puntos: Todos los presentes con error significativo en la localización espacial (p. ej. Colocar el número 3 en el espacio del número 6) 2 puntos: Omisión o adición de algún número, pero sin grandes distorsiones en los números restantes Números con algún desorden de secuencia (4 o más números) Los 12 números colocados en sentido antihorario (rotación inversa) Todos los números presentes, pero con gran distorsión espacial (números fuera del reloj o dibujados en media esfera etc) Presencia de los 12 números en una línea vertical, horizontal u oblicua (alineación numérica) 1 punto: Ausencia o exceso de números con gran distorsión espacial Alineación numérica con falta o exceso de números Rotación inversa con falta o exceso de números 0 puntos: Ausencia o escasa representación de números (menos de 6 números dibujados)</p>
3.	<p>Presencia y localización de las manecillas (máximo 4 puntos)</p>



4 puntos: Las manecillas están en posición correcta y con las proporciones adecuadas de tamaño (la de la hora más corta)

3.5 puntos: Las manecillas en posición correcta, pero ambas de igual tamaño

3 puntos: Pequeños errores en la localización de las manecillas (situar una de las agujas en el espacio destinado al número anterior o posterior)

Aguja de los minutos más corta que la de la hora, con pauta horaria correcta.

2 puntos: Gran distorsión en la localización de las manecillas incluso si marcan las once y diez, cuando los números presentan errores significativos en la localización espacial.

Cuando las manecillas no se juntan en el punto central y marcan la hora correcta.

1 punto: Cuando las manecillas no se juntan en el punto central y marcan una hora incorrecta.

Presencia de una sola manecilla o un esbozo de las dos

0 puntos: Ausencia de manecillas o perseveración en el dibujo de las mismas. Efecto en forma de “rueda de carro”

Fuente: J Cacho et al⁴⁹

Anexo Nº12: Indicadores para el Monitoreo y Auditoria del PAC.

Estos indicadores fueron contruidos por el grupo elaborador del PAC y personal del componente clínico del EDUS.

Tabla Nº 9: Indicador Nº 1

Nombre del Indicador	Usuaris con diagnóstico de incontinencia urinaria atendidas en el I Nivel de Atención
Definición	Medir porcentualmente la cantidad de usuarias con diagnóstico de incontinencia urinaria que son tratadas en el I Nivel de Atención.
Objetivo	Brindar al 100% de las usuarias con diagnóstico de incontinencia urinaria tratamiento y manejo de la condición en el I Nivel de Atención de manera satisfactoria.
Fórmula de cálculo (relación operacional)	$\frac{\text{Número de usuarias con diagnóstico de incontinencia urinaria atendidas en el I Nivel de Atención}}{\text{Número total de usuarias Atendidas en I Nivel de Atención en el mismo período}} \times 100$
Fuente de datos	Estadísticas de las usuarias con diagnóstico de incontinencia urinaria en el EDUS.
Periodicidad	Cada 6 meses una vez implementado el PAC
Interpretación	Se espera lograr la disminución de referencias de usuarias con incontinencia urinaria a un II o III Nivel de atención mediante el diagnóstico y tratamiento oportuno.
Estándar (nivel de referencia)	Lograr que el 100% de las usuarias con diagnóstico incontinencia urinaria sean atendidas en el I Nivel de Atención o sean referidas al II o III Nivel de Atención en caso de que necesite consulta especializada, se pretende cumplir con el objetivo en un periodo de 5 años.
Responsable de generar el indicador	Jefaturas de los servicios de Medicina General, y aquellos Servicios de Salud que cuenten con especialidades en Medicina Familiar y Comunitaria.
Ámbito de Aplicación	Servicios de salud del I Nivel de Atención de la CCSS



	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 78 de 97
PROCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01

Tabla Nº 10: Indicador Nº 2

Nombre del Indicador	Atención por el médico especialista en ginecología para valorar usuarias con diagnóstico de incontinencia urinaria referidas del I Nivel de Atención.
Definición	Brindar al 100% de las usuarias con diagnóstico de incontinencia urinaria referidas al médico especialista en Gineco Obstetricia sean valoradas y se les brinde el tratamiento adecuado según los hallazgos encontrados.
Objetivo	Brindar a todas las usuarias con diagnóstico de incontinencia urinaria referidas a un II o III tercer Nivel de Atención tratamiento de acuerdo con lo que el especialista considere de acuerdo con los hallazgos encontrados.
Fórmula de cálculo (relación operacional)	Número de usuarias con diagnóstico de incontinencia urinaria referidas a un II o III Nivel de Atención /Número total usuarias atendidas por incontinencia urinaria en los Servicios de Ginecología de la CCSS ×100
Fuente de datos	Estadísticas de las usuarias con diagnóstico de incontinencia urinaria atendidas por especialista en el EDUS.
Periodicidad	Cada 6 meses una vez implementado el PAC.
Interpretación	Aumentar las consultas a las usuarias con diagnóstico de incontinencia urinaria por parte de los especialistas en gineco Obstetricia, referidas a un II o III Nivel de atención para y tratamiento de acuerdo con los hallazgos encontrados.
Estándar (nivel de referencia)	Lograr que el 100% de las usuarias referidas con diagnóstico de incontinencia urinaria sean atendidas por especialista en gineco Obstetricia
Responsable de generar el indicador	Jefatura del servicio Gineco Obstetricia, Enfermería.
Ámbito de aplicación	Servicios de salud del II y III Nivel de Atención de la CCSS

Tabla Nº 11: Indicador Nº 3

Nombre del Indicador	Atención por el médico especialista en urología para valorar usuarias con diagnóstico de incontinencia urinaria referidas del I Nivel de Atención.
Definición	Brindar al 100% de las usuarias con diagnóstico de incontinencia urinaria referidas al médico especialista en urología, sean valoradas y se les brinde el tratamiento adecuado según los hallazgos encontrados.
Objetivo	Brindar a todas las usuarias con diagnóstico de incontinencia urinaria referidas a un II o III tercer Nivel de Atención tratamiento de acuerdo con lo que el especialista considere de acuerdo con la condición de cada usuaria de acuerdo con los hallazgos encontrados.
Fórmula de cálculo (relación operacional)	Número de usuarias con diagnóstico de incontinencia urinaria referidas a un II o III Nivel de Atención /Número total de usuarias con incontinencia urinaria atendidas en los servicios de urología de la CCSS ×100
Fuente de datos	Estadísticas de las usuarias con diagnóstico de incontinencia urinaria atendidas por especialista en urología en el EDUS.
Periodicidad	Cada 6 meses una vez implementado el PAC.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 79 de 97
PROCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01

Interpretación	Aumentar la atención de usuarias con diagnóstico de incontinencia urinaria por parte de los especialistas en gineco urología referidas a un II o III Nivel de atención para tratamiento según hallazgos encontrados.
Estándar (nivel de referencia)	Lograr que el 100% de las usuarias referidas con diagnóstico de incontinencia urinaria sean atendidas por especialista en urología.
Responsable de generar el indicador	Jefatura del servicio Urología, Enfermería.
Ámbito de aplicación	Servicios de salud del II y III Nivel de Atención de la CCSS

Tabla Nº 12: Indicador Nº 4

Nombre del Indicador	Atención por el médico especialista en geriatría para valorar usuarias con diagnóstico de incontinencia urinaria referidas del I Nivel de Atención.
Definición	Brindar al 100% de las usuarias con diagnóstico de incontinencia urinaria referidas al médico especialista en geriatría sean valoradas y se les brinde el tratamiento adecuado según los hallazgos encontrados.
Objetivo	Brindar a todas las usuarias con diagnóstico de incontinencia urinaria referidas a un II o III tercer Nivel de Atención tratamiento de acuerdo con lo que el especialista considere según los hallazgos encontrados.
Fórmula de cálculo (relación operacional)	Número de usuarias con diagnóstico de incontinencia urinaria referidas a un II o III Nivel de Atención para ser atendidas por especialista en geriatría /Número total de usuarias con incontinencia urinaria atendidas en los servicios de geriatría de la CCSS ×100
Fuente de datos	Estadísticas de las usuarias con diagnóstico de incontinencia urinaria atendidas por especialista en geriatría en el EDUS.
Periodicidad	Cada 6 meses una vez implementado el PAC.
Interpretación	Aumentar la atención de usuarias con diagnóstico de incontinencia urinaria por parte de los especialistas en geriatría referidas a un II o III Nivel de atención para tratamiento según hallazgos encontrados.
Estándar (nivel de referencia)	Lograr que el 100% de las usuarias referidas con diagnóstico de incontinencia urinaria sean atendidas por especialista en geriatría.
Responsable de generar el indicador	Jefatura del Servicio Geriatría.
Ámbito de aplicación	Servicios de salud del II y III Nivel de Atención de la CCSS



	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 80 de 97
PROCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01

Tabla Nº 13: Indicador Nº 5

Nombre del Indicador	Tratamiento farmacológico para la usuaria con diagnóstico de incontinencia urinaria de acuerdo con su condición y valoración del especialista.
Definición	Medir el porcentaje de las usuarias con diagnóstico de incontinencia urinaria que reciben tratamiento farmacológico según hallazgos encontrados.
Objetivo	Brindar al 100% de usuarias referidas con diagnóstico de incontinencia urinaria el tratamiento farmacológico requerido según su condición.
Fórmula de cálculo (relación operacional)	Número total de usuarias con diagnóstico de incontinencia urinaria que recibieron tratamiento farmacológico/número total de usuarias con diagnóstico de incontinencia urinaria atendidas en el centro en el mismo período×100
Fuente de datos	Estadísticas de las usuarias con diagnóstico de incontinencia urinaria en el EDUS.
Periodicidad	Cada 6 meses una vez implementado el PAC
Interpretación	Conocer estadísticamente el porcentaje de usuarias con diagnóstico de incontinencia urinaria que reciben tratamiento farmacológico.
Estándar (nivel de referencia)	Lograr que el 100% de las usuarias con diagnóstico de incontinencia urinaria reciban el tratamiento adecuado a su condición según valoración del especialista.
Responsable de generar el indicador	Jefatura del servicio Gineco Obstetricia, Urología, Geriátría
Ámbito de aplicación	Servicios de salud del II Y III Nivel de Atención de la CCSS

Tabla Nº 14: Indicador Nº6

Nombre del Indicador	Tratamiento quirúrgico para la usuaria con diagnóstico de incontinencia urinaria de acuerdo con su condición y valoración del especialista.
Definición	Medir el porcentaje de las usuarias con diagnóstico de incontinencia urinaria que reciben tratamiento quirúrgico según hallazgos encontrados.
Objetivo	Brindar al 100% de usuarias referidas con diagnóstico de incontinencia urinaria el tratamiento requerido según los hallazgos encontrados.
Fórmula de cálculo (relación operacional)	Número total de usuarias con diagnóstico de incontinencia urinaria que recibieron tratamiento quirúrgico /número total de usuarias con diagnóstico de incontinencia urinaria atendidas en el centro en el mismo período×100
Fuente de datos	Estadísticas de las usuarias con diagnóstico de incontinencia urinaria en el EDUS.
Periodicidad	Cada 6 meses una vez implementado el PAC
Interpretación	Conocer estadísticamente el porcentaje de usuarias con diagnóstico de incontinencia urinaria que reciben tratamiento quirúrgico.
Estándar (nivel de referencia)	Lograr que el 100% de las usuarias con diagnóstico de incontinencia urinaria reciban el tratamiento quirúrgico indicado por especialista.
Responsable de generar el	Jefatura del servicio Gineco Obstetricia, Urología, Geriátría.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 81 de 97
PROCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01

indicador	
Ámbito de aplicación	Servicios de salud del II Y III Nivel de Atención de la CCSS

Tabla Nº 15: Indicador Nº7


Nombre del Indicador	Tratamiento conservador para la usuaria con diagnóstico de incontinencia urinaria de acuerdo con su condición y valoración del especialista.
Definición	Medir el porcentaje de las usuarias con diagnóstico de incontinencia urinaria que reciben tratamiento conservador según hallazgos encontrados.
Objetivo	Brindar al 100% de usuarias referidas con diagnóstico de incontinencia urinaria el tratamiento requerido de acuerdo con los hallazgos encontrados.
Fórmula de cálculo (relación operacional)	Número total de usuarias con diagnóstico de incontinencia urinaria que recibieron tratamiento conservador/número total de usuarias con diagnóstico de incontinencia urinaria atendidas en el centro en el mismo período ×100
Fuente de datos	Estadísticas de las usuarias con diagnóstico de incontinencia urinaria en el EDUS.
Periodicidad	Cada 6 meses una vez implementado el PAC
Interpretación	Conocer estadísticamente el porcentaje de usuarias con diagnóstico de incontinencia urinaria que reciben tratamiento conservador.
Estándar (nivel de referencia)	Lograr que el 100% de las usuarias con diagnóstico de incontinencia urinaria reciban el tratamiento conservador indicado por el especialista.
Responsable de generar el indicador	Jefatura del servicio Gineco Obstetricia, Urología, Geriatria, Fisioterapia.
Ámbito de aplicación	Servicios de salud del II Y III Nivel de Atención de la CCSS

Tabla Nº 16: Indicador Nº 8

Nombre del Indicador	Cantidad de usuarias con diagnóstico de incontinencia urinaria que recibieron terapia física de piso pélvico.
Definición	Medir el porcentaje de usuarias con diagnóstico de incontinencia urinaria que reciben terapia de piso pélvico.
Objetivo	Brindar al 100% de las usuarias con diagnóstico de incontinencia urinaria referidas para terapia del piso pélvico tratamiento de acuerdo con su condición y valoración por el profesional en terapia física.
Fórmula de cálculo (relación operacional)	Número total de usuarias con incontinencia urinaria referidas para terapia de piso pélvico /Número total de usuarias con incontinencia urinaria que recibieron terapia física atendidas por la especialidad en el mismo centro en el mismo periodo × 100
Fuente de datos	Coordinar con el Area de Estadística la elaboración de un Cubo de información para obtener los datos estadísticos de las usuarias con diagnóstico de incontinencia urinaria atendidas por el profesional en terapia física.



Periodicidad	Cada 6 meses una vez implementado el PAC
Interpretación	Lograr disminuir los síntomas de las usuarias con diagnóstico de incontinencia urinaria mediante la valoración y terapia física de piso pélvico.
Estándar (nivel de referencia)	Lograr que el 100% de usuarias con diagnóstico de incontinencia urinaria que sean referidas al II o III Nivel de Atención en caso de que necesite terapia física de piso pélvico reciban atención, se pretender cumplir con el objetivo en un periodo de 5 años.
Responsable de generar el indicador	Jefatura, Supervisión o Coordinación del Servicio de Terapia Física.
Ámbito de aplicación	En aquellos niveles de atención que cuenten con profesional en Terapia Física con especialidad en Piso Pélvico con la acreditación por parte del Colegio de Terapeutas de Costa Rica.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 83 de 97
PROCOLO DE ATENCION CLINICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.XXXX2021	PAC. DDSS.AAIP-PNM.XXXX21 VERSIÓN: 01

Anexo Nº 13: Tabla Nº 17 Consentimiento Informado Tratamiento Terapia Física de Piso Pélvico¹.

Establecimiento de salud	Servicio Terapia Física
Nombre de la persona usuaria	N.º de Identificación
Edad	Sexo
Nombre del profesional que informa	Código profesional
Nombre del profesional que realiza el procedimiento	Código profesional

Este documento sirve para que usted dé su consentimiento para la cirugía de tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Eso significa que usted entiende el procedimiento y sus posibles complicaciones y nos autoriza a realizarlo. Lea cuidadosamente y consulte al profesional cualquier duda que le surja.

Descripción del procedimiento: la fisioterapia del piso pélvico evalúa, trata y previene alteraciones de la pelvis como: la incontinencia urinaria, incontinencia fecal y de gases, dolor perineal (área genital y recto), prolapsos (caídas de órganos por ejemplo vejiga, recto, útero baja), estreñimiento, dispareunias (dolor en las relaciones sexuales), vulvodinia (dolor en la vulva), disfunción eréctil, dolor en la pelvis, neuropatías (problemas en los nervios), anismo (dolor o en el ano y/o dificultad para defecar), hipertonia muscular (alta tensión de músculos), que pueden presentarse tanto en mujeres como en hombres.

La fisioterapia del piso pélvico es realizada por profesionales especializados, en su caso se recomiendan las intervenciones marcadas con X:

- Estimulación eléctrica: colocación de parches o electrodos en la vagina, recto, abdomen u otra zona pélvica externa, que utilizan electricidad para estimular o bajar la actividad del músculo.
- Ultrasonido terapéutico: utilización de un equipo que produce calor para disminuir el dolor y la inflamación.
- Técnica retroalimentación: colocación de electrodos internos o externos en el área perineal para enseñarle a la persona la relajación y contracción de los músculos.
- Terapias manuales: realización de masajes, movilizaciones de articulaciones, y de otras técnicas realizadas con las manos
- Ejercicios pasivos activo: terapeuta realiza movimiento para guiar a la persona a realizar movimientos de la pelvis.

¹ Formulario aprobado por el Comité Institucional del Expediente de Salud. Fecha XXXXX
 Plantilla para elaboración de formulario de CI versión 01. 29/09/2021



- Ejercicios activos: la persona realiza los ejercicios voluntariamente de acuerdo con la indicación del profesional y a su condición específica.
- Ejercicios hipopresivos: serie de ejercicios sistematizados de tonificación de la musculatura abdominal, piso pélvico y de estabilizadores de columna que se realizan en diferentes posiciones.
- Colocación de vendas: vendaje neuromuscular que se coloca en piernas, espalda y abdomen, son temporales.
- Técnicas intracavitarias: colocación de dispositivos dentro de vagina y recto.
- Punción seca: técnica invasiva para eliminar puntos dolorosos musculares que utiliza una aguja de acupuntura en la cual no se introduce ninguna sustancia.
- Diatermia: utilización de un equipo que produce calor para disminuir el dolor y la inflamación, regeneración de colágeno (tejido del cuerpo)

Para realizar cualquiera de las técnicas descritas se requiere que usted se coloque ropa hospitalaria y se retire la ropa interior, implica además que el profesional manipule la zona genital o el ano. Se recomienda a la persona asistir a las sesiones con una adecuada higiene de la zona perineal y de los pies. Se le brindara la terapia con el recurso humano especializado independientemente del género con él cuenta el centro de salud.

En general se realizan en ciclos de entre 6 y 12 semanas, 1 día a la semana, con una duración de 1 hora por sesión, de acuerdo con el criterio del terapeuta puede modificarse la terapia de acuerdo con la condición de la persona usuaria.

Puede retomar las actividades diarias una vez finalizada cada sesión de terapia, el periodo menstrual no es contraindicación para recibir la terapia.

Objetivo y beneficios esperables: El objetivo de la intervención es mejorar la función y la fuerza de los músculos del área perineal, así como disminuir el dolor en esta zona. Lo que mejore los síntomas de la incontinencia urinaria, incontinencia fecal y de gases, dolor perineal, prolapsos, estreñimiento, dispareunias vulvodinia, disfunción eréctil, dolor en la pelvis, neuropatías anismo, hipertonia muscular que usted presenta.

Otros beneficios de la terapia es que en ocasiones se puede corregir la condición que presenta y con esto evitar una cirugía, o bien en caso de requerir la cirugía la terapia puede ayudar como parte de su rehabilitación.

Alternativas disponibles: las alternativas a la terapia física del piso pélvico dependerán de cada caso en particular por lo que en caso de no realizarse la terapia será referido al médico tratante para su valoración.

Consecuencias previsibles: con las intervenciones de terapia del piso pélvico se espera un aumento de la fuerza y resistencia muscular, alivio del dolor, reducción de episodios de incontinencia urinaria o anal. Disminución de la frecuencia urinaria diurna y nocturna.

En caso de no aceptar terapias que requieran la colocación de dispositivos dentro de la vagina o recto se realizarán únicamente los ejercicios, pero estos por sí solos no garantizan su mejoría. Tampoco se cumplirá el objetivo terapéutico si la persona no se compromete a hacer los ejercicios indicados por el profesional

Riesgos frecuentes: La mayoría de las técnicas empleadas en fisioterapia del piso pélvico presentan escasos riesgos.

- La estimulación eléctrica puede provocar una sensación de cosquilleo u hormigueo que normalmente es bien tolerado. Sin embargo, en ocasiones puede producir molestia o dolor, especialmente si se desacomoda el electrodo.
- La punción seca puede producir un hematoma (morete) o dolor posterior a su aplicación.
- El ultrasonido puede generar sensación quemante
- Las técnicas manuales pueden provocar dolor o fatiga muscular.



PROCOLO DE ATENCION CLINICA
NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON
INCONTINENCIA URINARIA

CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.XXXX2021

PAC. DDSS.AAIP-PNM.XXXX21
VERSIÓN: 01

- Las técnicas intracavitarias pueden sensación cosquilleo, pesadez, dependiendo de la hipertonia muscular puede percibir dolor.
- La diatermia puede producir sensación de intenso calor por lo que se puede graduar la temperatura.

Riesgos graves: se pueden presentar quemaduras por los vendajes fríos\calientes o por los equipos de estimulación eléctrica que producen calor.

Por otra parte, la punción seca puede producir riesgo de neumotórax (cuando hay fuga del aire entre el pulmón y el tórax) en caso de que se realice (en punción seca paravertebral, punción seca cuello y espalda).

Riesgos personalizados: deberá advertir al fisioterapeuta si tiene implantado un marcapasos, sospechas de infección activa o de embarazo, presión alta, si esta anticoagulado (a), diagnóstico de cáncer o cualquier otra situación de salud que presente para que el profesional que le brinda el tratamiento le pueda explicar si la terapia del piso pélvico tiene riesgos adicionales para usted.

Información de interés: usted puede retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a realizarse el procedimiento. De su rechazo parcial o total de la terapia que se le ofrece no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención que reciba.

Dudas:

Consulte al profesional si tiene alguna duda respecto a la cirugía para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo, sus consecuencias y riesgos. El profesional anotará en observaciones las dudas que usted le exponga.

Observaciones:

Con base en la información y explicación que el profesional me ha brindado:Hago constar que he recibido y he comprendido la información verbal sobre la cirugía para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo, en qué consiste, sus beneficios y riesgos. Además, hago constar que se me han aclarado dudas al respecto, lo cual entiendo y acepto. Igualmente, se me ha indicado que en cualquier momento puedo revocar o retirar mi consentimiento.

De manera libre y voluntaria complete la siguiente información:

¿Acepta la Terapia Física de Piso Pélvico?		(SI)	(NO)
_____	_____	_____	_____
Firma o huella de la persona usuaria	Fecha	Hora	
_____	_____	_____	_____
Firma o huella del representante o garante (si procede)	Fecha	Hora	




PROCOLO DE ATENCION CLINICA
NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON
INCONTINENCIA URINARIA

CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.XXXX2021

PAC. DDSS.AAIP-PNM.XXXX21
VERSIÓN: 01

_____	_____	_____
Firma del profesional que informa	Fecha	Hora
_____	_____	_____
Firma del profesional que realiza el procedimiento	Fecha	Hora
En caso de consentimiento por delegación (completar solo en caso necesario o bien, dejar en blanco)		
_____	_____	_____
Nombre del testigo	Firma o huella Identificación	Fecha
_____	_____	_____
Nombre del testigo	Firma o huella Identificación	Fecha
En caso de revocatoria del consentimiento (completar solo en caso necesario o bien, dejar en blanco)		
He cambiado de opinión y ya no deseo realizarme el procedimiento que había autorizado.		
_____	_____	_____
Nombre de la usuaria o del representante o garante (si procede)		Fecha

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 87 de 97
PROCOLO DE ATENCION CLINICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01

Anexo N° 14 Tabla N° 18: Formulario de Consentimiento Informado de Cirugía para el Tratamiento de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo²

Establecimiento de salud	Servicio <input type="checkbox"/> Ginecología <input type="checkbox"/> Urología
Nombre de la persona usuaria	N. ° de Identificación
Edad	Sexo
Nombre del profesional que informa	Código profesional
Nombre del profesional que realiza el procedimiento	Código profesional


Este documento sirve para que usted dé su consentimiento para la cirugía de tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Eso significa que usted entiende el procedimiento y sus posibles complicaciones y nos autoriza a realizarlo. Lea cuidadosamente y consulte al profesional cualquier duda que le surja.

Descripción de los procedimientos:

Existen varios tipos de cirugías para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Estas son una alternativa cuando el manejo conservador (ejercicios, fármacos, terapia física) no dan un resultado satisfactorio. Tienen como objetivo darle un nuevo soporte a los tejidos que rodean la uretra (ligamentos pubouretrales y uretropélvicos) y que han sufrido un debilitamiento o daño en la persona usuaria con incontinencia urinaria de esfuerzo. Su médico le informará sobre el tipo de cirugía que usted requiere, que puede ser alguno de los siguientes:

- **Mini sling:** consiste en la colocación de una malla o cinta de material sintético de polipropileno bajo la uretra, a través de una herida que se hace en el canal de la vagina. Esta cirugía utiliza una malla de una longitud más corta que las que se usan en las otras cirugías y tiene solamente una herida de unos 3 centímetros a nivel de la vagina.
- **Sling transobturador:** consiste en la colocación de una malla o cinta de material sintético de polipropileno bajo la uretra, que pasa a través de una herida en el canal de la vagina y dos pequeñas heridas (de un centímetro cada una) en el área interna de los muslos y/o ingle.
- **Sling retropúbico:** consiste en la colocación de una malla de material sintético de polipropileno bajo la uretra, a través de una herida que se hace en el canal de la vagina y dos pequeñas heridas (de un centímetro cada una) en la parte baja del abdomen.

¹ Formulario aprobado por el Comité Institucional del Expediente de Salud. Fecha XXXXX
 Plantilla para elaboración de formulario de CI versión 01. 29/09/2021.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 88 de 97
PROCOLO DE ATENCION CLINICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01

- Cabestrillo con tejido de la misma usuaria: consiste en utilizar un injerto (tomar tejido la pierna o parte baja del abdomen de la persona), que se coloca bajo la uretra, a través de una herida en el canal de la vagina y que posteriormente se anuda a una herida en la parte baja del abdomen.
- **Burch:** consiste en realizar una disección (separar los tejidos) en el espacio que se encuentra entre la pared abdominal y la vejiga hasta llegar a la uretra. Se colocan unas suturas (hilos) entre los tejidos cercanos a la uretra y un ligamento cerca del hueso del pubis. La cirugía puede hacerse con herida en abdomen o mediante laparoscopia (introducción de una cámara a través de 3 o 4 heridas pequeñas en abdomen).
- **Agentes abultantes:** consiste en la inyección de un material artificial (gel soluble) en los tejidos que rodean la uretra, los cuales se pueden colocar mediante cistoscopia (cámara que se introduce en la vejiga).

En ciertos casos la cirugía para tratamiento de incontinencia urinaria de esfuerzo debe combinarse con otras técnicas quirúrgicas para corregir otros problemas, como: prolapso urogenital (vejiga baja, recto bajo, útero bajo), sangrados, miomas (tumor benigno de útero), pólipos (crecimiento anormal de mucosa) y otros que considere el médico tratante. Cada caso debe ser valorado por el especialista que la atiende.

En general, cualquiera de estas cirugías se podría realizar de manera ambulatoria; solo en ciertas ocasiones se requiere de una corta estancia en el hospital (de medio día a un día completo). La cirugía puede durar entre 15 y 60 minutos, y se coloca una sonda Foley (manguera de drenaje de orina), que será retirada antes de darle la salida del hospital, según criterio del especialista.

Objetivo y beneficios esperables:

El objetivo de la cirugía para tratamiento de incontinencia urinaria es eliminar o disminuir las pérdidas involuntarias de orina al realizar esfuerzo. Se espera una reducción en el número de toallas protectoras y/o pañales que utiliza al día, mejorando su calidad de vida y su reincorporación a las actividades de la vida diaria.

Estas cirugías poseen una alta tasa de mejoría, con un mínimo riesgo de complicaciones:


85 de cada 100 mujeres a las que se les coloca la malla de material artificial de polipropileno presentan mejoría de su incontinencia y aproximadamente solo 5 de cada 100 mujeres tienen alguna complicación.

Alternativas disponibles:

Si usted no desea que se le realice la cirugía para tratamiento de incontinencia urinaria de esfuerzo, la institución le ofrece tratamientos menos invasivos y conservadores con fármacos y/o terapia física del piso pélvico, sondas Foley, cremas protectoras, pañales y toallas para incontinencia; estas últimas dos opciones se le brindan previo análisis de su condición socioeconómica.

Consecuencias previsibles:

La cirugía para el tratamiento de incontinencia urinaria de esfuerzo tiene un resultado favorable en aproximadamente 85 a 90 de cada 100 casos. Sin embargo, entre 10 a 20 de cada 100 mujeres no mejora su problema e incluso, podrían empeorar. Se conoce que el éxito de la cirugía se ve reducido si la persona tiene cirugías previas de incontinencia fallidas, irradiación pélvica, obesidad grado III o IV en adelante, así como en casos muy severos de incontinencia urinaria de esfuerzo o cuando asocie síntomas de urgencia urinaria.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 89 de 97
PROCOLO DE ATENCION CLINICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01

Riesgos frecuentes:

De cada 100 mujeres que reciben la cirugía para tratamiento de incontinencia urinaria de esfuerzo, menos de 10 sufren complicaciones y en su mayoría estas son leves.

Entre los riesgos frecuentes de este tipo de cirugía se encuentran:

- **Exposición:** consiste en la salida o exposición de la malla hacia la vagina; es la complicación más frecuente y en la mayoría de las veces podría no darle molestias. Si se presentan síntomas podrían ser los siguientes: sangrado, dolor, incomodidad para la actividad sexual y flujo vaginal.
- **Retención urinaria:** es la imposibilidad para evacuar (expulsar) la orina de forma eficiente después de la cirugía. En este caso, de acuerdo con la valoración del especialista, se puede optar por la colocación de sonda Foley, cateterización intermitente (extracción de la orina) o retiro de la malla.
- **Urgencia miccional:** es el deseo urgente de orinar, que puede llegar a ser tan fuerte que salga la orina involuntariamente.
- Infección urinaria.
- Sangrado vaginal o hematomas (moretes).
- Flujo vaginal.
- Dolor en la vagina, la ingle o pelvis.

Riesgos graves:

Son infrecuentes, sin embargo, se debe tener claro que la cirugía para incontinencia de esfuerzo tiene los mismos riesgos que cualquier cirugía que requiera anestesia y que incluye, aun en personas sanas, el riesgo de muerte. Algunos de los riesgos graves son:

- **Extrusión:** consiste en la salida de la malla a los órganos vecinos (uretra o vejiga). Si se presenta la salida de esta, debe retirarse en sala de operaciones.
- **Fístula urinaria:** es cuando se produce una comunicación entre la vejiga y la vagina; esto podría ameritar la reparación con una nueva cirugía.
- **Infección o absceso de la malla:** cuando se desarrolla un proceso infeccioso que compromete la malla, por lo cual se debe retirar.


Riesgos personalizados:

Cada usuaria será valorada de forma individual y de acuerdo con sus enfermedades de fondo, pues estas podrían representar un mayor o un menor riesgo, ya sea durante o después de la cirugía.

Información de interés:

La incontinencia urinaria no trae ninguna consecuencia que amenace su vida; sin embargo, es importante que conozca la siguiente información:

- Este es un problema benigno (bueno), que tiene como consecuencia la incomodidad de sentirse mojada o con olor a orines, lo que puede limitar sus actividades de la vida diaria.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 90 de 97
PROCOLO DE ATENCION CLINICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01

- La orina puede producir irritación de la piel y favorecer infección por hongos, parecido a la pañalitis de los recién nacidos.
- La decisión de operarse debe tomarla valorando el problema que le significa a usted.
- Si no se opera el problema seguirá igual o puede ser que aumente la cantidad o la frecuencia de salida de la orina.
- A pesar de la cirugía, deberá seguir con las recomendaciones y ejercicios que se le han indicado durante la consulta.
- Los cuidados y medidas preventivas después de la cirugía para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo son claves para permitir que el resultado no se vea comprometido con el paso de los años.
- Esta cirugía no se realiza de forma profiláctica (preventiva).
- En general, la cirugía de incontinencia urinaria de esfuerzo es de rápida recuperación y con poco dolor.

Dudas:

Consulte al profesional si tiene alguna duda respecto a la cirugía para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo, sus consecuencias y riesgos. El profesional anotará en observaciones las dudas que usted le exponga.

Observaciones:

Con base en la información y explicación que el profesional me ha brindado: Hago constar que he recibido y he comprendido la información verbal sobre la cirugía para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo, en qué consiste, sus beneficios y riesgos. Además, hago constar que se me han aclarado dudas al respecto, lo cual entiendo y acepto. Igualmente, se me ha indicado que en cualquier momento puedo revocar o retirar mi consentimiento.

De manera libre y voluntaria complete la siguiente información:

¿Acepta la cirugía para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo?	(SI)	(NO)
<hr style="width: 80%; margin-left: 20px;"/> <p style="text-align: center;">Firma o huella de la persona usuaria</p>	<hr style="width: 80%; margin-left: 20px;"/> <p style="text-align: center;">Fecha</p>	<hr style="width: 80%; margin-left: 20px;"/> <p style="text-align: center;">Hora</p>
<hr style="width: 80%; margin-left: 20px;"/> <p style="text-align: center;">Firma o huella del representante o garante (si procede)</p>	<hr style="width: 80%; margin-left: 20px;"/> <p style="text-align: center;">Fecha</p>	<hr style="width: 80%; margin-left: 20px;"/> <p style="text-align: center;">Hora</p>




PROCOLO DE ATENCION CLINICA
NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON
INCONTINENCIA URINARIA

CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022


PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022
VERSIÓN: 01

_____	_____	_____
Firma del profesional que informa	Fecha	Hora
_____	_____	_____
Firma del profesional que realiza el procedimiento	Fecha	Hora
En caso de consentimiento por delegación (completar solo en caso necesario o bien, dejar en blanco)		
_____	_____	_____
Nombre del testigo	Firma o huella Identificación	Fecha
_____	_____	_____
Nombre del testigo	Firma o huella Identificación	Fecha
En caso de revocatoria del consentimiento (completar solo en caso necesario o bien, dejar en blanco)		
He cambiado de opinión y ya no deseo realizarme el procedimiento que había autorizado.		
_____	_____	_____
Nombre de la usuaria o del representante o garante (si procede)	Firma o huella Identificación	Fecha


	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 92 de 97
PROCOLO DE ATENCION CLINICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01

17. Referencias

- ¹ Poder Ejecutivo. (2015). Decreto N° 39088-S Norma nacional para la atención integral de la salud de las personas adolescentes: componente de salud sexual y salud reproductiva. República de Costa Rica.
- ² Haylen, B. T., Ridder, D. De, Freeman, R. M., Swift, S. E., Berghmans, B., Lee, J., Monga, A., Petri, E., Rizk, D. E., Sand, P. K., Schaer, G. N., Petri, E., Rizk, D. E., Sand, P. K., y Schaer, G. N. (2010). An International Urogynecological Association (IUGA)/ International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *International Urogynecology Journal*, 21, 5–26. <https://doi.org/10.1007/s00192-009-0976-9>
- ³ Halter, J., Ouslander, J., Studenski, S., High, K., Asthana, S., Supiano, M., Ritchie, C. (2016). *Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology*. 7 ed. McGraw-Hill.
- ⁴ Caja Costarricense de Seguro Social. (2016). *Manual Metodológico para la Construcción de un Manual de Procedimientos en la DDSS. Versión 02*. CCSS.
- ⁵ Caja Costarricense de Seguro Social. (2021). *Manual Metodológico para la Construcción de un Protocolo de Atención Clínica en la DDSS. Versión 02*. CCSS.
- ⁶ Organización de Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=49015&nValor3=52323&strTipM=TC
- ⁷ *Constitución Política de Costa Rica*. (1949). (Costa Rica).
- ⁸ Ley N° 5395 de 1973. Ley General de Salud de Costa Rica.
- ⁹ Caja Costarricense de Seguro Social. (1997) *Reglamento del Seguro de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social*. CCSS.
- ¹⁰ Ley N° 7600 de 2005. *Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad*.
- ¹¹ Caja Costarricense de Seguro Social (2012). Reglamento de Consentimiento Informado en la Práctica Asistencial de la CCSS. San Jose Costa Rica.
- ¹² Ley N° 9379 de 2016. *Ley para la Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad*.
- ¹³ Walters, M., & Karram, M. (2015). *Urogynecology and Reconstructive Pelvic Surgery (Fourth Edition)*. Elsevier Saunders.
- ¹⁴ Abrams, P., Cardozo, L., Wagg, A., & Wein, A. (2016). *Incontinence (6th 2017 ed.)*. Tokyo International Consultation. https://www.ics.org/publications/ici_6/Incontinence_6th_Edition_2017_eBook_v2.pdf
- ¹⁵ Brown J, Seeley D, Fong J et al. Urinary incontinence in older women: Who is at risk? *Obstet Gynecol* 1996; 87 (5): 715-721
- ¹⁶ Brown J, Grady D, Ouslander J et al. Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in postmenopausal women. *Obstet Gynecol* 1999; 94(1): 1083-1086.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 93 de 97
PROCOLO DE ATENCION CLINICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01

- ¹⁷ Aggazzotti G, Pesce F, Gressi D et al. Prevalence of urinary incontinence among institutionalized patients: A cross-sectional epidemiologic study in a mid-sized city in northern Italy. *Urology* 2000;56(2): 245-249.
- ¹⁸ Bump RC, Sugerman HJ, Fantl JA, McClish DK. *Am J Obstet Gynecol.* 1992 Aug;167(2):392-7
- ¹⁹ Burgio K, Zyczynski H, Locher J et al. Urinary incontinence in the 12 month postpartum period. *Obst Gynecol* 2003; 102: 1291-1298.
- ²⁰ Farrell S, Allen V, Baskett T. Parturition and urinary incontinence in primiparas. *Obst gynecol* 2001; 97(3): 350-356
- ²¹ Glaeson J, Richter HE, Reeden DT, GODe PS, Burgio KL. *International Urogynecology Journal* 2013; 24(2): 295-302.
- ²² Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U., Van Kerrebroeck, P., Victor, A., Wein, A. (2003). The standardization of terminology in lower urinary tract function: report from the standardization subcommittee of the International Continence Society. *Urology*, 61(1), 37-49.
- ²³ Caja Costarricense de Seguro Social (2017) Modelo de Atención Calificada en el Embarazo, Parto, Posparto; centrado en la mujer, la familia gestante, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en las Maternidades de la Caja Costarricense de Seguro Social. San José- Costa Rica
- ²⁴ Bo, K., Sherburn, M 2005 Evaluation of female pelvic floor muscle function and strength physical therapy 85 (3) 265-282
- ²⁵ Bø, K. (2004). Pelvic floor muscle training is effective in treatment of stress urinary incontinence, but how does it work? *International Urogynecol Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, 15(2), 76-84.
- ²⁶ Hay-Smith, E. J., Herderschee, R., Dumoulin, C. Herbison, G. P. (2011). Comparisons of approach to pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12), CD009508.
- ²⁷ World Health Organization. (2002). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. WHO.
- ²⁸ Caja Costarricense de Seguro Social. Hospital México. Comité de Prevención Control de Infecciones Intrahospitalarias. Oficio CPCIIH-HM029-2019. San Jose, 19 de junio de 2019.
- ²⁹ Oxibutinina. En e-lactancia.org. Recuperado 22 Junio, 2022 a partir de <https://elactancia.org/breastfeeding/oxybutynin/product>
- ³⁰ Russo, E., Caretto, M., Giannini, A., Bitzer, J., Cano, A., Ceausu, I., Chedraui, P., Durmusoglu, F., Erkkola, R., Goulis, D. G., Kiesel, L., Lambrinoudaki, I., Lind, A., Lopes, P., Pines, A., Rees, M., Trotsenburg, M. Van, & Simoncini, T. (2021). Maturitas Management of urinary incontinence in postmenopausal women: An EMAS clinical guide. 143(September 2020), 223-230. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.09.005>
- ³¹ Caja Costarricense de Seguro Social. (2018). Oferta de Servicios Psicológicos para los Tres Niveles de Atención de la Caja Costarricense de seguro Social (GM-MDD-3970-2018). CCSS.
- ³² Caja Costarricense de Seguro Social. (2017). Lineamiento contenido estándar para las anotaciones de psicología en la hoja de evolución del expediente de salud EDUS CCSS. (GM-MDD-32335-2017) San José, Costa Rica.
- ³³ Caja Costarricense de Seguro Social. (2021). Manual de procedimientos para la aplicación de la Telepsicología en la Caja Costarricense de Seguro Social. (MP-GM-DDSS-ARSDT-PSI-11112020) San José, Costa Rica.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 94 de 97
PROCOLO DE ATENCION CLINICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01

³⁴ Caja Costarricense de Seguro Social. (2015). Manual de Instrucciones de Trabajo de atención intrahospitalaria en Psicología de la CCSS. (MIT.GM.DDSS.ARSDT.PSI.002) San José, Costa Rica.

³⁵ Caja Costarricense de Seguro Social (2016). Manual de instrucciones de trabajo en el escenario domiciliario. (MIT.GM.DDSS-ARSDT-PSI. 0052016). San José, Costa Rica.

³⁶ Caja Costarricense de Seguro Social. (2016). Manual de instrucciones de trabajo de atención psicológica de personas usuarias que acuden al Servicio de Urgencias Código MIT.GM. DDSS-ARSDT- PSI. 003 Versión: 00. CCSS

³⁷ Caja Costarricense de Seguro Social. (2011). *Tiempos de consulta en la atención (GM-18828-2)*. CCSS.

³⁸ Caja Costarricense de Seguro Social. (2013). *Lineamiento sobre el uso de la agenda oficial para concertar citas en los servicios de Psicología de la CCSS Código L.GM. DDSS-ARSDT-CNPPSI. #001-2013*. CCSS.

³⁹ Sacomori, C., Rodrigues, C., Flores, F., Felden Pereira, É., y Luiz, F. (2015). Propuesta de puntos de corte para diferentes indicadores antropométricos en la predicción de la incontinencia urinaria en mujeres. *Revista chilena de Obstetricia y Ginecología*, 80(3), 229-235. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262015000300005>

⁴⁰ Caja Costarricense de Seguro Social. (2011). Manual de Procedimientos en Antropometría para uso del Personal de Salud de la CCSS. Código MT.GM.DDSS.ARSDT.CNN.301017. Versión 01

⁴¹ Sangrós-González, F. J., Martínez-Candela, J., Avila-Lachica, L., Díez-Espino, J., Millaruelo Trillo, J. M., García Soidán, J., Carrillo Fernández, L., & Ezkurra Loiola, P. (2017). Control glucémico de los pacientes ancianos con diabetes mellitus tipo 2 en España (2015) y su relación con la capacidad funcional y la comorbilidad. *Estudio Escadiane. Revista Clínica Española*, 217(9), 495-503. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2017.08.003>

⁴² Gómez, A. E. (2008). Incontinencia urinaria femenina. Diagnóstico, tratamiento y prevención. *OFFARM*, 27(3), 60-71.

⁴³ Ortega, R. M., Jiménez, A. I., Perea, J. M., Cuadrado, E., y López, A. M. (2016). Pautas nutricionales en prevención y control de la hipertensión arterial. *Nutrición Hospitalaria*, 33(supl. 4), 53-58. <https://doi.org/10.20960/nh.347>


⁴⁴ Trinidad, I., Fernández, J., Pastor, C., Biarnés, E., & Arija, V. (2008). Validación de un cuestionario de frecuencia de consumo alimentario corto: reproductibilidad y validez. 23(3), 242-252. (N. Hospitalaria, Ed.) España. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v23n3/original7.pdf>

⁴⁵ Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional y Nutrición Clínica y Metabolismo. (2012). *Funciones y competencias del nutricionista clínico*. FELANPE.

⁴⁶ Caja Costarricense de Seguro Social. (2017). Manual M. IT.GM.DDSS. ARSDT.CNTS.121217 Manual Instrucciones de trabajo para el procedimiento de atención social y consulta social. Modalidades: individual, familiar y grupal. CCSS.

⁴⁷ Jauregui, J. R., Sarsotti, C., y Lamm, M. (2009). Incontinencia urinaria en el anciano. Del Hospital Ediciones.

⁴⁸ Agachan, F., Chen, T., Pfeifer, J., Reissman, P., Wexner, S.D. (1996). A constipation scoring system to simplify evaluation and management of constipated patients. *Diseases of the Colon and Rectum*, 39(6), 681-685.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA	Página 95 de 97
PROCOLO DE ATENCION CLINICA NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	CODIGO PC.GM. DDSS.AAIP-PNM.22022022	PAC. DDSS.AAIPP-PNM.22022022 VERSIÓN: 01

⁴⁹ Cacho, J., García, R., Arcaya, J., Vicente, J., Lantada, N. (1999). Una propuesta de aplicación y puntuación del test del reloj en la enfermedad de Alzheimer. Revista de Neurología, 28, 648-55.