

# INCONTINENCIA URINARIA POSTPARTO

---

## FACTORES DE RIESGO



**Autor:** Pablo Gómez Ibáñez

**Director:** Javier Otero Prol

En Vitoria-Gasteiz, a 16 de mayo de 2016

Nº de palabras: 6.998

**TRABAJO FIN DE GRADO**

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN .....	3
2. MARCO CONCEPTUAL Y JUSTIFICACIÓN .....	4
3. OBJETIVO.....	9
4. METODOLOGÍA .....	9
5. RESULTADOS .....	11
6. CONCLUSIÓN .....	24
7. REFERENCIAS .....	26
8. ANEXOS.....	31
8.1 ANEXO 1: Tabla de conceptos y palabras clave.....	31
8.2 ANEXO 2: Tabla del proceso de búsqueda bibliográfica.....	31
8.3 ANEXO 3: Tabla de resultados de la lectura crítica (Parrilla Caspe) .....	32
8.4 ANEXO 4: Tabla resumen de la bibliografía consultada .....	33
8.5 ANEXO 5: Diagrama de flujo de selección de la literatura.....	61
8.6 ANEXO 6: Árbol categorial .....	62

## 1. INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria hace referencia a la pérdida involuntaria de orina, objetivamente demostrada; dicho problema causa problemas higiénicos y afecta a todas las esferas de la persona tanto a nivel biológico, social y psicológico.

La realización de este trabajo fin de grado tiene como objetivo identificar los factores de riesgo que, según la literatura científica, influyen en el desarrollo de la incontinencia urinaria postparto; ya sean o no factores obstétricos.

La metodología empleada para la obtención de la información ha seguido un proceso planificado, estructurado y recurrente a través de una búsqueda exhaustiva de literatura; para ello se accedió a diversas bases de datos y revistas científicas.

Posteriormente se procedió a la selección y el análisis crítico de la información. Todo este proceso ha permitido obtener la evidencia suficiente para dar respuesta al objetivo planteado.

Existen diversos factores que favorecen el desarrollo de la incontinencia urinaria; muchos de ellos pueden ser abordados desde el ejercicio de la Enfermería para que, a través de la intervención, prevención y promoción de la Salud, reducir la incidencia de la incontinencia urinaria postparto.

## 2. MARCO CONCEPTUAL Y JUSTIFICACIÓN

La incontinencia urinaria (IU) es definida por la International Continence Urinary (ICS) como una pérdida involuntaria de orina, objetivamente demostrada y que causa problemas higiénicos y sociales; abarca desde la emisión involuntaria de pequeñas cantidades de orina hasta la pérdida continua<sup>1</sup>.

Se trata de un problema de salud, contemplado como enfermedad por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1998<sup>1</sup>, que puede afectar a varones y a mujeres de todas las edades<sup>2</sup>.

A nivel clínico, existen diferentes tipos de IU<sup>1</sup>:

- Incontinencia urinaria de esfuerzo: aumento brusco de la presión intraabdominal que provoca goteo o pérdida de pequeñas cantidades de orina (tos, risa, esfuerzo físico...).
- Incontinencia de urgencia: pérdida involuntaria de orina asociada a un deseo intenso y súbito de orinar con la consiguiente incapacidad para retrasar el vaciamiento.
- Incontinencia mixta: combina los síntomas de la incontinencia de esfuerzo y de la de urgencia.
- Incontinencia funcional: incapacidad física o falta de ganas de acudir al WC a tiempo.
- Incontinencia por rebosamiento: liberación de pequeñas cantidades de orina para disminuir la presión de la vejiga que supera a la de la uretra, independientemente de cualquier aumento de la presión intraabdominal.
- Incontinencia total: falta completa de control sobre la micción, ya sea por pérdida constante o bien por expulsión periódica no controlada del contenido de la vejiga.

En función del tiempo, la IU puede clasificarse en<sup>1</sup>:

- Incontinencia urinaria transitoria: aparece como una complicación aguda sobre una enfermedad de base que produce un equilibrio inestable de los mecanismos de continencia.

- Incontinencia urinaria permanente: puede aparecer como consecuencia de una forma transitoria o bien ser el inicio de una enfermedad o lesión que provoca alteraciones irreversibles.

De todas ellas, la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) es el tipo más predominante de IU en el periodo postparto, seguida por la IU mixta y la IU de urgencia<sup>3</sup>. La International Continence Society define la incontinencia urinaria de esfuerzo como la pérdida involuntaria de orina al realizar un esfuerzo, actividad física, estornudar o toser<sup>4</sup>.

La incontinencia urinaria en mujeres puérperas se debe a una desestructuración del suelo pélvico<sup>1</sup>, lo que conlleva una serie de trastornos de esta región que se manifiestan clínicamente como incontinencia urinaria, prolapso de órganos pélvicos en la mujer, incontinencia fecal, síndrome doloroso de la región pelvi-perineal y disfunción sexual por debilidad de la musculatura de la región entre otras<sup>5</sup>.

El suelo pélvico o periné es una estructura formada por músculos y tejido conectivo<sup>6</sup>, soporte y estructura de suspensión de la porción abdominal inferior<sup>7</sup>. Tanto el sistema urinario (vejiga y uretra), sistema genital o reproductivo (útero, anexos y vagina), así como el sistema digestivo en su extremo más distal (recto y ano) se apoyan y se anclan en el suelo pélvico<sup>6</sup>.

Los músculos superficiales perineales son los músculos isquiocavernoso, bulbocavernoso, esfínter uretral externo, transverso superficial del periné y esfínter anal externo. El diafragma pélvico está constituido por los músculos elevadores (pubocoxigeo, puborectal, iliocoxigeo) y los músculos coxígeos y el diafragma urogenital sostenido por el músculo transverso profundo<sup>8</sup> (Fig. 1). Estos músculos se disponen en forma de embudo de sujeción formando la mayor parte del suelo de la pelvis<sup>6,9</sup>.

Los ligamentos interactúan con los músculos, presentando una función dinámica<sup>10</sup> que supone, no solo un soporte mecánico sino además una parte fundamental del mecanismo de continencia urinaria<sup>6</sup>.

Existe evidencia de ciertas diferencias en el desarrollo de este musculo en función del sexo, donde los individuos de sexo femenino presentan una musculatura más laxa y con mayor cantidad de tejido conectivo<sup>6</sup>.

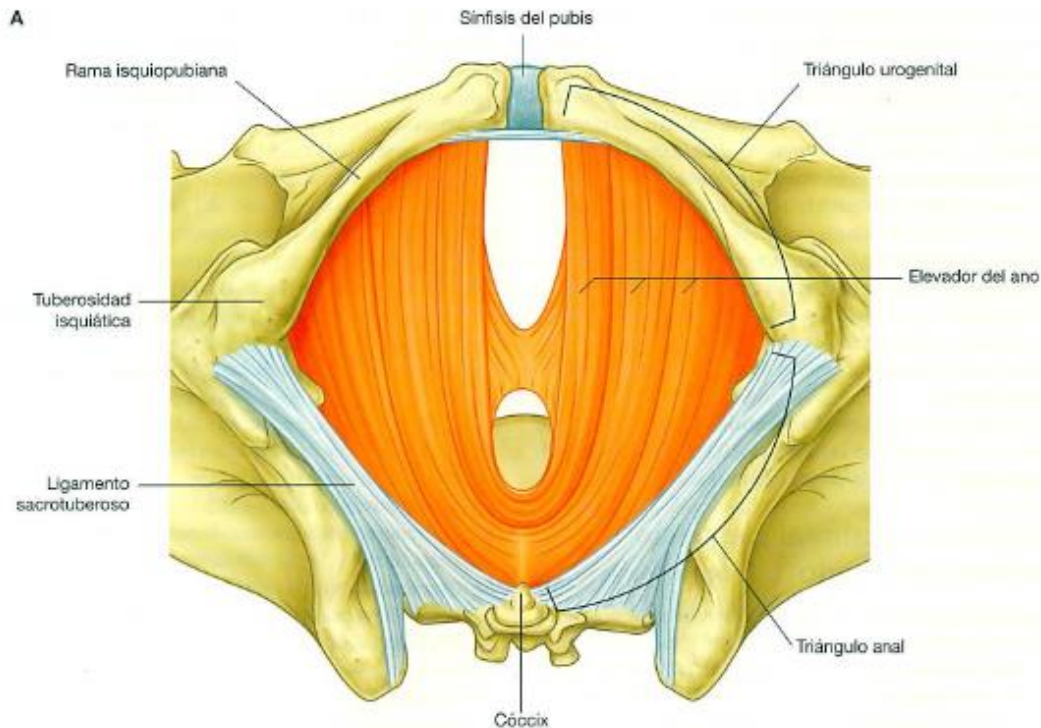


Fig. 1: Anatomía del suelo pélvico<sup>11</sup>

La IU puede aparecer en ambos sexos, es más frecuente en mujeres que en varones, aumentando la prevalencia con la edad<sup>12</sup>. En España se estima que cerca de 3 millones de personas presentan IU de las cuales tres cuartas partes son mujeres<sup>13</sup>. Cerca del 10% de las mujeres laboralmente activas de entre 25-64 años sufren IU<sup>14</sup>. Centrándonos en las mujeres puérperas son descritas tasas del 27% a 33%, dependiendo del periodo abordado y la metodología de los estudios<sup>3</sup>.

La IU afecta a todas las esferas de la persona: a nivel físico supone una limitación de las actividades de la vida diaria (AVD), el impacto psicológico se manifiesta a través de la pérdida de autoestima, sentimientos de pérdida de control, depresión, negatividad, inseguridad...<sup>1</sup> Diferentes síntomas urinarios han sido, por otra parte, identificados como factores predictivos de ansiedad<sup>14</sup>.

También resulta significativo el impacto social provocando una disminución de la práctica de las aficiones, disminución de viajes y afectación de las relaciones sociales lo que fomenta el aislamiento<sup>1</sup> y en particular interfiere con las relaciones sexuales<sup>15</sup>.

La incontinencia urinaria se asume como un problema ineludible, sobre todo a determinadas edades, y no se cree que precise asistencia médica; en otros casos, al ser de naturaleza tan íntima, se tiende a esconderlo, con lo que se produce una disminución paulatina de las actividades y vida social teniendo como resultado un deterioro de su seguridad y autoestima; adquiriendo además repercusiones higienicosociales, afectivas y profesionales<sup>1</sup>.

Respecto a las repercusiones económicas cabe destacar que este problema supone un consumo diario de absorbentes, un posible tratamiento farmacológico y en algunos casos quirúrgicos, con el gasto económico que todo ello conlleva. Se estima que una mujer con incontinencia severa o muy severa consume aproximadamente entre 320€ y 1052€ al año en cuidados de la incontinencia. Los costes se incrementan con la obesidad, la severidad de la incontinencia y la incontinencia mixta. El 62% de las mujeres con incontinencia utilizan absorbentes, suponiendo este elemento el mayor gasto dentro de los cuidados de la incontinencia urinaria<sup>16</sup>.

La mujer con incontinencia urinaria precisa de unos cuidados de Enfermería centrados en todas sus esferas personales (física, psicológica y social).

Es, concretamente, el profesional enfermero especialista en Obstétrico-Ginecológica (comúnmente conocido como matrona) el más adecuado para realizar la valoración y la atención de la persona, en un ámbito social tan importante como es la maternidad, focalizando en las facetas de prevención y promoción de la Salud tanto durante la gestación, el parto y el postparto.

Entre las competencias de la matrona, recogidas en la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias y el Real Decreto sobre especialidades de Enfermería<sup>17</sup>, se encuentra el liderazgo de programas de salud materno-infantiles, la realización de actividades de promoción, prevención y colaboración en la asistencia y recuperación de la salud sexual, reproductiva y del climaterio de la mujer.

Además de la detección precoz de los factores de riesgo y problemas de salud en el binomio madre-hijo durante el embarazo, parto y puerperio, llevando a cabo actividades de diagnóstico, control, derivación y seguimiento de los mismos, y, en caso necesario, tomar las medidas de urgencia oportunas.

Se trata, este último punto, de un aspecto fundamental en el trabajo enfermero puesto que la detección precoz de factores de riesgo a través de la valoración de Enfermería permite evitar situaciones a futuro que suponen un deterioro en el estado de Salud de la mujer.

Concretamente en este trabajo, la detección de aquellos factores que puedan suponer un desencadenante o puedan influir en el desarrollo de la incontinencia urinaria postparto; un problema que supone una afectación tanto física, psíquica como social y que implica un elevado gasto económico sanitario, tanto al sistema de salud nacional como a la propia afectada.

El presente trabajo pretende ser una herramienta útil en la identificación de los principales factores de riesgo que influyen en el desarrollo de la incontinencia urinaria postparto y en la concienciación de la importancia de dicha determinación, y posterior derivación al tratamiento o profesional más adecuado, ya sea al fisioterapeuta o al urólogo, puesto que ayudará a mejorar el estado de salud de muchas mujeres.

Además se pretende fomentar el cumplimiento de los principios éticos universales que deben de regir la atención enfermera con los pacientes. Los conocimientos que de este trabajo se puedan extraer ayudaran a evitar cualquier daño en la atención a las mujeres que padecen dicho problema (No maleficiencia) y busquen el bien de las mismas (Beneficiencia).

Por otra parte, lograr identificar dichos factores supone para el profesional de Enfermería una herramienta a la hora de derivar a la paciente a diferentes tipos de terapias, manteniendo en todo momento la capacidad de decisión de la mujer sobre su propia Salud (Autonomía y Justicia).



### 3. OBJETIVO

Identificar los factores de riesgo que favorecen la aparición de incontinencia urinaria postparto.

### 4. METODOLOGÍA

Con el propósito de dar respuesta al objetivo de este Trabajo Fin de Grado, se ha realizado una revisión crítica de la literatura.

A la hora de iniciar el proceso de búsqueda, se definieron una serie de criterios de inclusión y exclusión que permitieron acotar la búsqueda bibliográfica:

Respecto a los **criterios de inclusión**, se buscaron artículos publicados en revistas científicas con acceso a resumen y texto completo, artículos descriptivos, estudios experimentales originales, revisiones sistemáticas, revisiones de la literatura, protocolos basados en estudios con alto nivel de evidencia y guías de práctica clínica. Los participantes de las publicaciones tenían que ser mujeres sanas que hayan dado a luz y que presenten incontinencia urinaria, cuya edad sea inferior a 45 años. El año de publicación de los artículos se limitó desde enero de 2000 a enero de 2015, y el idioma de publicación de la literatura fue el castellano o el inglés.

En cuanto a los **criterios de exclusión**, fueron descartados cartas a editoriales, artículos de opinión, tesis, libros, estudios piloto y literatura gris como pósteres, actas de conferencias, tesis doctorales... Además de aquella bibliografía que versara sobre hombres, mujeres que no hayan dado a luz y aquellas que sufren incontinencia urinaria pero no relacionada con la gestación. Tampoco se incluyó literatura publicada con anterioridad a enero de 2000.

Posteriormente, se procedió a elaborar una tabla de palabras clave relacionadas con la temática del trabajo con el objetivo de obtener sinónimos y antónimos, así como sus correspondientes traducciones al inglés, necesarios para la búsqueda en las distintas bases de datos (Anexo 1).

A continuación, se generaron diferentes ecuaciones de búsqueda para encontrar documentación que diera respuesta al objetivo de este trabajo. Dichas formulas se

afinaron progresivamente hasta lograr la más acertada para acceder a la literatura: “(Urinary Incontinence AND Postpartum Period) AND Risk Factors”. (Anexo 2)

Asimismo, se efectuaron búsquedas en diferentes bases de datos tales como Medline, Cinahl, Cuiden y Cochrane. Además se utilizaron otras fuentes de información tales como el motor de búsqueda Google Académico, el portal DOYMA y bases de Guías de práctica clínica como RNAO. (Anexo 2)

La selección de artículos obtenidos se llevó a cabo a través de una primera lectura de título y resumen. Si no estaba relacionado con el objetivo del trabajo, o no cumplía los criterios de inclusión, se desechaba. En caso de ser un artículo válido se procedía a su búsqueda a texto completo para su posterior lectura.

El proceso de análisis consto de varias partes: la etapa de análisis crítico de la literatura se realizó mediante la parrilla CASPe que fue pasada a un total de 2 ECAs, considerándose excluyentes las 3 primeras preguntas; aquellos artículos que las superaron fueron incluidos. (Anexo 3)

Durante etapa de pre-análisis se extrajeron los datos más importantes de los textos elaborando tablas-resumen de la literatura consultada. (Anexo 4)

Finalmente se seleccionaron 19 artículos, junto con 8 procedentes de búsqueda manual, los cuales resultaron de especial interés en relación con el objetivo planteado. En conjunto, del total de los 27 artículos seleccionados, 8 son en castellano y 19 en inglés.

Este proceso queda reflejado en el diagrama de flujo. (Anexo 5)

Posteriormente, se clasificaron los artículos en función de su temática (Factores de riesgo obstétricos / Factores de riesgo no obstétricos) y se realizó un árbol categorial para estructurar el trabajo. (Anexo 6)

Tras la organización y agrupación, de manera estructurada, de la información seleccionada se procedió a realizar la interpretación de la misma.

## 5. RESULTADOS

Los siguientes resultados están basados en la información recogida de 27 artículos obtenidos a través de la búsqueda en las diferentes bases de datos anteriormente citadas. Se tratan, concretamente de 8 artículos en castellano y 19 en inglés; encontrando entre ellos revisiones sistemáticas, estudios descriptivos, estudios observacionales, estudios de cohortes y dos ECAs.

Con el fin de dar respuesta al objetivo del trabajo, se ha agrupado la información obtenida siguiendo el esquema representado en el árbol categorial (Anexo 6); clasificando los factores en dos grandes grupos: factores obstétricos (aquellos relacionados con el proceso de gestación y parto tales como: el parto vaginal, el parto vaginal asistido, la cesárea, la episiotomía y la maniobra de Kristeller) y factores no obstétricos (entendidos como aquellos que pueden influir en la gestación y/o el parto: la edad, el índice de masa corporal, la diabetes mellitus gestacional, el estreñimiento y el tabaco).

### **FACTORES OBSTETRICOS**

#### ***PARTO VAGINAL***

El parto vaginal se identifica ampliamente como un factor de riesgo clave para el desarrollo de la incontinencia urinaria postparto<sup>18-27</sup>.

El riesgo de incontinencia urinaria es entre 2 – 2,6 puntos superior en mujeres tras el embarazo y el parto en comparación con las nulíparas<sup>28</sup>.

El parto vaginal por lo general causa un significativo estiramiento de soportes musculares, fascias y ligamentos del suelo pélvico estructuras. Tensión anormal de estas estructuras puede causar cambios morfológicos y funcionales que no son totalmente reversibles<sup>29</sup>. Hay un creciente cuerpo de evidencia al constatar que el parto vaginal tiene un efecto perjudicial sobre el suelo pélvico<sup>26</sup>.

No es hasta la etapa final del parto cuando el feto pasa a través del hiato pélvico durante el parto vaginal (al final del periodo expulsivo) que el daño estructural en el suelo pélvico se produce causando IU<sup>19</sup>.

Las probabilidades de IU 20 años después del nacimiento aumentaron un 255% después del parto vaginal en comparación con la cesárea<sup>19</sup>, este hecho se debe a que durante el proceso de parto se produce un traumatismo en el nervio pélvico y los músculos durante el parto de estiramiento y compresión<sup>30</sup>. De hecho, la incontinencia urinaria está considerada como una de las principales secuelas anatómicas del parto<sup>19</sup>.

Sultan, Monga, y Stanton afirmaron la hipótesis de que el trauma resultante de parto vaginal puede causar daños en el tejido conjuntivo, neuropatía y lesiones musculares, contribuyendo así al desarrollo de la incontinencia urinaria<sup>31</sup>.

Se ha encontrado evidencia de una asociación entre segundas etapas del proceso del parto prolongadas en el tiempo y la incontinencia urinaria en los primeros 3 meses después del parto para las mujeres que tenía un parto vaginal espontáneo o un parto vaginal operatorio<sup>32</sup> lo que puede estar relacionado con la desproporción martenofetal<sup>19</sup>. Mayor duración de los trabajos en la segunda parte del parto se considera como un factor de riesgo de daños en el suelo pélvico<sup>28,33</sup>.

Se afirma que la ocurrencia de IU durante el embarazo está relacionada a la presencia de la incontinencia en el periodo posparto y el parto vaginal aumenta el riesgo de que dicho problema persista en el tiempo<sup>23</sup>.

La incontinencia urinaria en pacientes previamente continentes es común después de un parto vaginal. Se ha encontrado que la incontinencia urinaria de estrés fue el tipo más común de incontinencia presente a los cuatro meses después del parto (23%), un 12% de las mujeres también desarrollaron incontinencia de urgencia<sup>24</sup>.

Varios estudios han encontrado una fuerte relación entre el número de ocasiones que una mujer da a luz y la incidencia de la incontinencia urinaria. Este daño no parece tener un efecto acumulativo con partos posteriores y no confiere un riesgo a largo plazo para la incontinencia urinaria<sup>26</sup>.

Todavía hay falta de conocimiento en cuanto a si repetidos impactos en las estructuras de soporte de la pelvis de la mujer puede producir daños. Como el tejido conectivo se estira cuando se expone a una carga constante, defectos genéticos en el colágeno pueden ser un riesgo para algunas mujeres<sup>25</sup>.

No se ha demostrado que los partos espontáneos reduzcan el número de casos de incontinencia urinaria postparto<sup>28</sup>. Se afirma que el tipo de parto es más importante para el desarrollo de dicho problema que el embarazo por sí mismo<sup>19</sup>, no existiendo diferencias entre el parto eutócico e instrumentado<sup>23</sup>.

Sin embargo, también encontramos bibliografía que afirma que el parto vaginal en si no es ni suficiente ni una condición necesaria para el desarrollo de incontinencia urinaria en la mayoría de las mujeres<sup>34</sup>. Afirmando que el descenso pasivo fetal no ha mostrado tener ningún efecto adverso en el resultado materno-neonatal; por el contrario, parece ofrecer algunos beneficios: mayor tasa de partos espontáneos, menos fatiga o cansancio materno, menos traumatismos perineales, mayor protección del suelo pélvico, y menor tasa de incontinencia y de prolapso de órganos pélvicos<sup>35</sup>.

### ***PARTO VAGINAL ASISTIDO***

El parto vaginal asistido, aquel en el que se requiere instrumental especial (fórceps, ventosa...) para su desarrollo, se identifica como un factor de riesgo para la IU postparto<sup>24,36</sup> y se asocia con una mayor incidencia del trauma perineal, la utilización de la episiotomía<sup>37</sup> y el aumento de las probabilidades en el desarrollo de IU<sup>31</sup>.

El parto vaginal asistido se relaciona a menudo con trabajos prolongados de parto, macrosomía y presentación anormal del feto durante el parto<sup>37</sup>.

Existe bibliografía que afirma que se produce un aumento significativo en el riesgo de IU después de la utilización de fórceps o ventosa<sup>24,37</sup>, en comparación con el parto vaginal espontáneo<sup>26</sup>.

En un estudio de cohorte con 12679 mujeres primíparas se identificó que el 26% padecieron IU después de la entrega con ventosa y el 30% tras un parto con fórceps<sup>37</sup>.

El daño que se produce, ya sea desgarró o lesión de las terminaciones nerviosas, después de un parto instrumental puede derivar en una lesión global que conduzca a una disfunción más severa del suelo pélvico<sup>20</sup>.

Las diferentes presiones mecánicas involucradas en el uso de fórceps y extracción con ventosa pueden resultar perjudiciales para la estructura neurológica del suelo pélvico y lesiones musculares<sup>24,32</sup>. Así mismo se señala que el impacto negativo sobre la función

de los músculos del suelo pélvico es mayor en el parto con fórceps que en los partos no instrumentalizados<sup>27</sup>.

Sin embargo, Tegerstedt encontró que el parto instrumental no se asocia ni positiva ni negativamente con la IU<sup>19</sup>. Además, podemos encontrar información que apunta que no existen diferencias entre un parto eutócico y otro instrumentado<sup>23</sup> información apoyada por el estudio EPICONT, un gran estudio de cohorte transversal basado en 11.397 mujeres<sup>37</sup>.

### ***CESAREA***

Las mujeres con cesárea electiva evitan el paso del feto por el canal vaginal, reduciendo de este modo las lesiones en músculos, fascias y tejidos conectivos del suelo pélvico que se producen en esta fase del parto<sup>37</sup>.

Se ha identificado que la incidencia de la incontinencia urinaria después del parto se reduce, de un 16 a 9,8%, con el nacimiento por cesárea en comparación con un parto vaginal debido a que al no haber un proceso de estiramiento y compresión de las estructuras pélvicas se evita un traumatismo en nervios y músculos<sup>30</sup>.

Identificamos bibliografía que afirma que la cesárea resulta protectora en el desarrollo de la incontinencia urinaria<sup>19,24,26</sup>; encontrando prevalencias de dicho problema 3-12 meses tras el parto de un 15 y 31% después de la realización de cesárea y el parto vaginal, respectivamente<sup>37</sup>.

La cesárea reduce el riesgo de persistencia de la IU en comparación con un parto vaginal<sup>38</sup>, aproximadamente disminuye a la mitad las probabilidades de desarrollar IU persistente<sup>32</sup>.

A pesar de estos datos existe controversia sobre si la cesárea es un factor de protección de la IU<sup>38</sup>.

Aunque la cesárea reduce la tasa de incontinencia urinaria después del parto, se puede producir una lesión neurofisiológica pélvica. Esta lesión puede ser acumulativa puesto que Wilson et al. encontraron que el efecto protector de la cesárea se pierde después de tres cesáreas<sup>26</sup>.

Borello sostiene que la cesárea no protege totalmente contra las disfunciones del suelo pélvico<sup>36</sup>. Otros estudios afirman que la incontinencia urinaria no es prevenible por cesárea<sup>34</sup> y que dicho procedimiento no puede ser considerado como un método preventivo del daño del suelo pélvico<sup>28</sup>.

En los estudios de seguimiento a largo plazo, el efecto de la cesárea en relación con la incontinencia urinaria no es claro<sup>37</sup>. Existe un riesgo significativo de incontinencia urinaria persistente incluso entre las mujeres que dan a luz por cesárea, pudiendo encontrar información que afirma que las cesáreas no protegían contra la incontinencia urinaria dos años después del parto<sup>34</sup>.

Casi el 31% de las mujeres que tienen un parto por cesárea informo de IU en uno o más puntos de seguimiento entre 6 y 18 meses después del parto y el 16% informó de IU persistente 4-18 meses después del parto<sup>32</sup>.

Un estudio encontró que el riesgo de incontinencia urinaria después de cesárea en comparación con el parto vaginal espontaneo fue igual tanto entre las mujeres que eran continentales durante el embarazo como las que fueron incontinentes<sup>37</sup>.

No se señaló ninguna diferencia en la prevalencia de IU entre mujeres a las que se sometió a una cesárea no programada y cesárea electiva<sup>19</sup>.

Una revisión sistemática sobre la incontinencia urinaria después del parto, identificó prevalencias del 15 y 31% después de cesárea y parto vaginal, respectivamente<sup>37</sup>.

Datos neurofisiológicos sugieren que, una vez que el parto ha progresado hasta la segunda etapa, momento de dilatación completa en donde la cabeza del feto se encuentra desbloqueada, la cesárea ya no es protectora<sup>26</sup>.

### ***EPISIOTOMÍA***

La episiotomía es un procedimiento quirúrgico menor que consiste en realizar una incisión en la zona del periné femenino, en la última parte del segundo período del trabajo del parto vaginal o durante el parto en sí; comprende piel, mucosa vaginal y plano muscular<sup>39</sup>.

El objetivo es aumentar el tamaño de la apertura vaginal en el periodo expulsivo del parto y evitar así desgarros perineales severos<sup>33,40</sup>.

La episiotomía es el procedimiento quirúrgico más frecuentemente realizado en el mundo<sup>33,36,40</sup> además de uno de los más controvertidos debido a las ventajas e inconvenientes de su práctica<sup>33</sup>. Se realiza con tijera o bisturí y debe repararse por medio de una sutura<sup>39</sup>.

Su realización no siempre es necesaria y su práctica varía según las condiciones individuales de cada caso<sup>40</sup>. La evidencia científica disponible nos recomienda un uso selectivo de la episiotomía<sup>33</sup>, no se debe hacer de forma rutinaria, sino que se debe realizar de forma restrictiva<sup>40</sup>.

La Organización Mundial de la Salud, publicó una Guía de Práctica para los Cuidados en el Parto Normal, en la que considera inadecuado el uso sistemático de la episiotomía y recomienda que no supere el 30% de los partos<sup>39</sup>.

Se afirma que la realización de una episiotomía podría disminuir la lesión del nervio pudendo<sup>31</sup> y que a aquellas mujeres a las que se les practicó episiotomía presentaron menos desgarramientos anteriores, aunque los desgarramientos anteriores no conllevan prácticamente daño perineal<sup>39</sup>.

Se ha podido comprobar que la episiotomía selectiva en comparación con el uso rutinario se asoció con un riesgo reducido de traumatismo perineal posterior<sup>40</sup>.

En una revisión Cochrane de 2009, la episiotomía restrictiva en comparación con la episiotomía de rutina fue encontrada para ser asociada con menos traumas y menos suturas después del parto. La revisión Cochrane no encuentra que la episiotomía aumente el riesgo de incontinencia de IU postparto<sup>37</sup>. Además, la episiotomía restrictiva parece tener un cierto número de beneficios en comparación con la práctica de la episiotomía rutinaria. Origina menos trauma perineal posterior, menos necesidad de sutura y menos complicaciones<sup>40</sup>.

La revisión sistemática de Carroli y Bezilan muestra evidencias claras que apoyan el uso selectivo de episiotomía además de un menor riesgo de lesiones del periné posterior, menores complicaciones tanto en la curación como cicatrización de las lesiones y un menor consumo de suturas. El único inconveniente del uso selectivo, es el mayor riesgo de aparecer lesiones perineales anteriores<sup>39</sup>.



Hay estudios que afirman directamente que la episiotomía no es un factor de riesgo para la IU<sup>36</sup>.

Otros autores identifican la episiotomía como factor de riesgo para el desarrollo de la incontinencia urinaria<sup>24,31</sup> aumentando las posibilidades de padecer dicho problema<sup>26</sup>. De hecho hay estudios que afirman que evitar la episiotomía reduce traumatismos perineales<sup>28</sup>.

La realización de la episiotomía durante el desarrollo del parto se asoció con un aumento del riesgo de padecer incontinencia urinaria de un 3,78 en comparación con aquellos partos que no requerían episiotomía<sup>31</sup>.

La episiotomía representa un traumatismo en la pelvis, y esto podría conducir a IU posparto<sup>37</sup>. El perjuicio (desgarro o lesión del nervio) después de entregas instrumentales puede resultar una lesión global que podría traducirse en una disfunción más severa del suelo pélvico<sup>20,31</sup>.

La episiotomía no previene los desgarros, sino que puede añadir hasta 3 cm al desgarro perineal posterior, aunque se ha encontrado relación entre la disminución del número de episiotomías y el aumento de desgarros de 1º y 2º grado, sobre todo en la parte anterior del periné, lesiones que, por otra parte requieren menor sutura que una episiotomía y causan poca morbilidad a la mujer<sup>33</sup>. Así mismo, se señala que con el uso restrictivo de la episiotomía, sí que hubo un mayor riesgo de trauma perineal anterior<sup>40</sup>.

No hay evidencia de que la episiotomía sistemática o rutinaria disminuya la incidencia de desgarros de 3º y 4º grado, ni el daño perineal en un parto normal<sup>33</sup>. De hecho se asocia la episiotomía con el riesgo de padecer un desgarro de tercer o cuarto grado<sup>37</sup>. Al llevar a cabo una práctica de episiotomía selectiva se produce un incremento de integridad perineal y disminución de desgarros de I y II grado pero no de desgarros de grado III<sup>39</sup>.

Se clasifica el desgarro perineal en varios grados según la afectación de las estructuras (Fig. 2): el primer grado afecta a la piel perineal y la mucosa vaginal; el segundo grado incluye la fascia y el musculo del cuerpo perineal; el tercer grado incluye el esfínter anal y el cuarto grado incluye la mucosa rectal<sup>33</sup>.

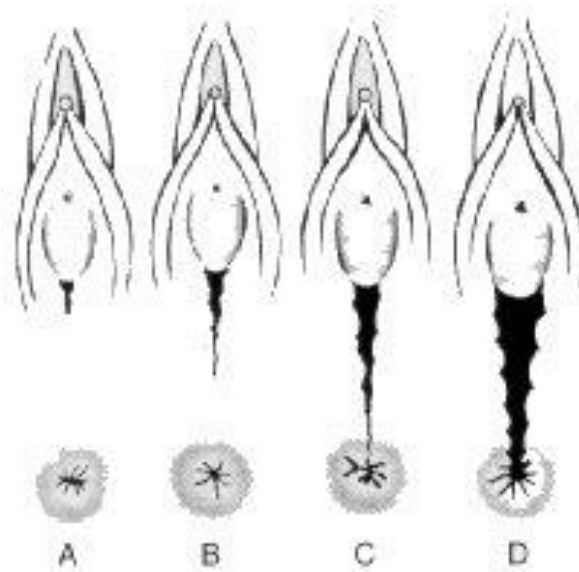


Fig. 2: Grados de desgarro perineal<sup>41</sup>

La episiotomía sistemática no previene los desgarros perineales posteriores, sino que puede agravarlos, mientras que con el uso restrictivo, lo que aumentan son los desgarros anteriores, si bien éstos no parecen tener consecuencias clínicas importantes<sup>33</sup>.

Se ha observado que cuando no se emplea la práctica de episiotomía incrementan las lesiones perineales espontáneas leves manifestándose en forma de desgarro de primer y segundo grado. En cambio, al llevar a cabo la intervención se observa que el número de desgarros de primer y de segundo grado es menor, sin embargo, aparecen incidencias de lesiones perineales graves (desgarros de tercer grado)<sup>39</sup>.

Así mismo, Tegerstedt encontró que la episiotomía no fue ni positiva ni negativa asociada con la IU<sup>19</sup>.

Existe una serie de indicaciones en las que su realización está clínicamente justificada: pérdida del bienestar fetal, distocia de hombros, parto de nalgas, parto instrumental, periné muy corto, presentación posterior persistente o el agotamiento materno. Sin embargo, incluso en estas situaciones, no siempre es imprescindible la práctica de una episiotomía<sup>40</sup>. Siempre que sea necesario la práctica ha de realizarse una incisión medio lateral evitando desgarros severos<sup>39</sup>.

## ***MANIOBRA DE KRISTELLER***

La maniobra de Kristeller consiste en la utilización de la presión externa de las manos, en caso de contracciones débiles, durante 5-8 segundos sincronizando con la contracción uterina y realizando pausas de entre 0,5 a 3 minutos; todo ello con el objetivo de fortalecer las contracciones uterinas durante el parto<sup>42</sup>.

Existe cierta controversia sobre esta técnica debido a la hiperpresión que ejerce sobre las estructuras del suelo pélvico<sup>38</sup>. De hecho resulta imposible cuantificar el daño que causa a las parturientas y a los recién nacidos<sup>42</sup>.

Hay evidencia que afirma que dicha técnica no ayuda a reducir el periodo de expulsivo<sup>42</sup>. De hecho, en el análisis de riesgo de persistencia de la IU, la maniobra de Kristeller presenta una fuerte asociación con el desarrollo del problema; concretamente el riesgo de IU disminuyó cuando el parto fue espontáneo y no se realizó la maniobra de Kristeller<sup>38</sup>.

Schmiz y Meunier señalan que la maniobra de Kristeller debería de prohibirse por su ineficacia y potencial peligrosidad, resultar contraproducente y suponer un incremento de los partos instrumentales debido a que puede causar un aumento de las anomalías en el ritmo cardíaco fetal<sup>42</sup>.

Además, dicha técnica es contraria a la sinergia del suelo pélvico y, por ello, puede aumentar el riesgo de desgarros severos y de esfínter. Mautso afirmó que el riesgo de desgarro perineal severo aumentó con esta técnica un 28,1%<sup>42</sup>.

## **FACTORES NO OBSTETRICOS**

### ***EDAD***

La edad materna se considera un factor de riesgo fundamental en el desarrollo de incontinencia urinaria tanto durante el proceso de embarazo como en el periodo tras el parto en las mujeres primíparas<sup>18,37,43</sup>.

Se acepta ampliamente que la edad avanzada de la mujer es un factor de riesgo independiente desencadenante de dicho problema<sup>19,24,25,31,43,44</sup>.

Se observa que el riesgo más bajo se produce en aquellas mujeres que tienen el primer parto entre los 25 y los 30 años en comparación con aquellas que fueron madres a una

edad superior, un 23% frente a un 28% respectivamente. Además, se encontró un efecto protector en partos producidos a una edad inferior de 25 años, con una prevalencia del 13% en comparación con la prevalencia que se da en mujeres con una edad entre 25-29 y en aquellas de 30 años o mayor edad que son madres por primera vez, situándose su prevalencia en un 15% y un 18% respectivamente<sup>30</sup>.

Mujeres embarazadas mayores de 30 años se encuentran en una situación mayor de riesgo en comparación con las mujeres más jóvenes<sup>24,43</sup>. Otros autores afirman que el riesgo para la IUE es superior una vez pasados los 35 años<sup>20,23</sup>.

Esta relación existente se produce debido a que la edad conduce a la disminución del número de fibras musculares estriadas del esfínter uretral en una tasa del 2% anual y a la pérdida de la función nerviosa en la zona del suelo pélvico; todo ello conlleva una reducción de la presión uretral<sup>37,43</sup>.

Sin embargo, algunos autores afirman que la variable de la edad no puede considerarse un factor de riesgo<sup>29</sup> y que no existe suficiente nivel de evidencia para concluir que la edad materna pueda ser un factor de riesgo para el trauma del suelo pélvico y por lo tanto relacionarla con un aumento de la prevalencia de la IU después del parto<sup>37,43</sup>.

### ***INDICE DE MASA CORPORAL (IMC)***

Durante el proceso del embarazo se produce un aumento de peso, provocado por el propio proceso fisiológico. Para una mujer con un IMC normal (18,5 – 24,9 kg/m<sup>2</sup>) se estima que debe ganar 11,5 – 16 kg durante el embarazo, aquella que posee un IMC de 25 – 29,9 kg/m<sup>2</sup> no debe de exceder de 7 a 11,5 kg. Respecto a las mujeres obesas (IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>) debe aumentar aproximadamente 7 kg durante el embarazo<sup>43</sup>.

El incremento del IMC durante el embarazo y el sobrepeso materno posterior tras el parto se consideran factores de riesgo para la IU<sup>18,19,21,23,25,26,36,44,45</sup>, sobre todo en combinación con un parto vaginal anterior<sup>19</sup>.

Concretamente, la obesidad es un factor de riesgo importante que contribuye a la IUE en las mujeres, esto se debe a la tensión que se crea en el suelo pélvico debido a la presión intraabdominal, pudiendo verse afectado el flujo sanguíneo y la inervación de la vejiga y la uretra<sup>34,37,43</sup>.

Además, las mujeres con sobrepeso eran más propensas a las cesáreas que aquellas que tenían un peso normal, 20% frente a un 12% para mujeres con un peso dentro de los índices de normalidad<sup>21</sup>.

Por el contrario, IMC menor o igual a 25 kg/m<sup>2</sup> dos años después del parto fue un factor protector contra la incontinencia urinaria<sup>34</sup>.

Encontramos bibliografía en la que se afirma que el peso materno elevado en el inicio del embarazo se corresponde con una incidencia significativa de los casos de incontinencia urinaria de esfuerzo (P = 0.019). Por el contrario, el aumento de peso durante el embarazo parece no influir en la prevalencia de los síntomas urinarios<sup>29</sup>. Estos datos son confirmados por otros autores que señalan que la ganancia de peso entre la semana 0 – 15 del embarazo superando los 4 kg se asocia con la incontinencia urinaria en la semana 30, mientras que la ganancia de peso durante las semanas 15-30 no mostró tal asociación<sup>21,45</sup>.

Respecto al peso del feto, cifras elevadas se consideran factor de riesgo en el desarrollo de incontinencia urinaria<sup>24,30,33</sup>, independientemente de si el parto es vaginal espontáneo o instrumental<sup>38</sup>. Concretamente, por cada 100 g de ganancia se aumenta el riesgo de 3% en la prevalencia de la IU, alcanzando un efecto umbral una vez superado los 4500 g<sup>19</sup>.

Pesos por encima de 3.200 - 3.500 gramos se asociaron positivamente con la incontinencia urinaria<sup>30,38</sup> debido a que un feto más grande provoca sobrecargar de las estructuras del suelo pélvico (músculos y fascias) y mayor distensión del periné durante la fase de expulsivo; hecho que favorece las lesiones musculares y nerviosas<sup>38</sup>.

Otros estudios apuntan a que pesos de recién nacidos superiores o iguales a 4500 g supone un aumento significativo de las probabilidades de padecer IU en comparación con los lactantes de peso <3000 g después del parto vaginal, hecho que no se observó en cesáreas<sup>19</sup>.

Respecto a la relación de la altura de la madre con el peso del recién nacido, podemos afirmar que aquellas mujeres con una altura inferior a 160 cm y que da a luz a un bebé con un peso superior a 4000 g tiene el doble de probabilidades de padecer IU en comparación con aquellas que con una altura similar paren un bebé con un peso inferior a 4000 g<sup>19</sup>.

## ***DIABETES MELLITUS GESTACIONAL***

Las mujeres con Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) se encuentran en mayor riesgo que las mujeres sin DMG, en relación con las posibilidades de padecer IU<sup>43</sup>. Concretamente mujeres con DMG tenían una mayor probabilidad de desarrollar los tres tipos de incontinencia urinaria<sup>44</sup>.

Existe controversia sobre el tipo de incontinencia urinaria que se relaciona con la diabetes mellitus tipo 2; en un estudio la DM2 se asoció con incontinencia urinaria de urgencia pero no con la IUE o IUM, sin embargo, otro estudio asoció la DM2 con la IUM, no así con la IUE o IUU<sup>44</sup>.

Por el contrario, otro estudio asoció la DMG con todos los tipos de incontinencia urinaria, con mayor probabilidad para la IUM<sup>44</sup>.

Los factores relacionados con la DMG que posiblemente contribuyen a la IU son los daños micro vasculares, la insulina de inyección y la duración de la enfermedad<sup>44</sup>. Otros autores afirman que la asociación directa entre las mujeres con DMG y la IUE se considera indeterminada, relacionándolo más con IMC elevados, ya citado anteriormente, asociados a excesos de azúcar en la dieta<sup>43</sup>. Además, la hiperglucemia en personas diabéticas puede causar poliuria, conduciendo a inestabilidad del detrusor<sup>43</sup>.

Kim en un estudio con 228 mujeres que habían padecido DMG encontró que el 49% presentaban IU durante el embarazo y el 50% IUE a los cinco años del parto; Chuang, con una muestra mucho mayor (6653 mujeres), confirmó la relación entre DMG y la IU puesto que encontró que las gestantes que había sufrido diabetes durante el embarazo tenían síntomas más severos, sin embargo, en un máximo de dos años después del parto<sup>43</sup>.

## ***ESTREÑIMIENTO***

El estreñimiento es un síntoma común durante el embarazo, con una prevalencia entre el 11 y el 38%, teniendo lugar principalmente en el tercer trimestre<sup>43</sup>.

Tanto el estreñimiento como los esfuerzos al defecar se consideran factores asociados con el desarrollo de la incontinencia urinaria<sup>25,37</sup>; siendo identificado dicho problema en el 31% de las mujeres con daño en el suelo pélvico<sup>43</sup>.

La causa la podemos encontrar en el desarrollo del útero, cuya expansión y aumento de peso en el embarazo presiona contra el intestino dificultando el peristaltismo<sup>43</sup>. A su vez, las heces acumuladas en el recto pueden dificultar el vaciado de la vejiga, lo que provoca inestabilidad en el musculo detrusor<sup>37</sup>.

Los cambios hormonales relacionados con el embarazo, como el aumento de los niveles de progesterona y estrógenos, se han relacionado con el estreñimiento. Concretamente la progesterona inhibe el musculo liso intestinal, disminuyendo de este modo la contractilidad y, por ende, el movimiento intestinal<sup>43</sup>. Este hecho conduce a una mayor dureza y sequedad en las heces, que se asocia con un mayor esfuerzo al defecar que se traduce en una mayor presión sobre el suelo pélvico, pudiendo afectar al nervio pudiendo<sup>37,43</sup>.

### ***TABACO***

Fumar contribuye al desarrollo de la IUE debido a las sustancias toxicas que contienen los cigarrillos. El monóxido de carbono de los cigarrillos afecta el transporte del oxígeno de los tejidos corporales, incluida la musculatura del suelo pélvico, produciendo atrofia muscular. Por otra parte la nicotina tiene un efecto estimulante sobre el musculo detrusor<sup>43</sup>.

Además, fumar puede causar tos aguda o crónica lo que conlleva un aumento de presión de la vejiga que junto a la estimulación del detrusor producto de la nicotina contribuye a la fuga de orina<sup>37,43</sup>.

Mujeres que fumaban en la semana 16 de embarazo tenían un 1,3% mayor de posibilidades de desarrollar IUE en comparación con aquellas mujeres no fumadoras<sup>37</sup>.

## 6. CONCLUSIÓN

Se identifican varios factores que influyen en el desarrollo de la incontinencia urinaria postparto, tanto obstétricos como no obstétricos.

En cuanto a los factores obstétricos, se afirma de manera consensuada que el parto vaginal en sí, ya sea un parto vaginal instrumentalizado o no, supone un factor de riesgo en el desarrollo de la incontinencia urinaria en el periodo posterior al parto debido a los daños que se producen en las estructuras musculares y conectivas del suelo pélvico materno<sup>19-28</sup>.

Respecto a la cesárea, existe controversia sobre su efecto protector de las estructuras del suelo pélvico. Algunos autores afirman que dicho procedimiento evita las posibles lesiones neurofisiológicas pélvicas<sup>19,24,26</sup>; sin embargo, otros autores no coinciden en señalar los beneficios protectores de esta técnica obstétrica a la vista de la prevalencia de IU en mujeres post cesárea<sup>28,34,36</sup>. Se trata de un ámbito en donde se requiere de una mayor investigación.

Donde sí se denota consenso es en la identificación de la episiotomía y de la maniobra de Kristeller como factores de riesgo potenciales en la presencia de incontinencia urinaria en el periodo postparto debido a que suponen una lesión en la musculatura del suelo pélvico, directa e indirecta respectivamente<sup>24, 26, 31,42</sup>.

Todos estos factores obstétricos deben de ser evaluados y tenidos en cuenta por la enfermera matrona a través de la continua valoración de la mujer y de sus necesidades durante todo el proceso de parto. Será ella, gracias a su formación y criterio profesional, quien decida el mejor procedimiento a utilizar en cada caso con el objetivo de minimizar el daño en los músculos y fascias del periné y evitar, de este modo, el desarrollo de problemas entre los que se encuentra la incontinencia urinaria.

En referencia a los factores no obstétricos, edades avanzadas superiores a 30 años suponen un mayor riesgo en el desarrollo de la incontinencia urinaria postparto<sup>18,37,43</sup>. Si bien la edad es un factor sobre el que no podemos incidir puesto que se trata de un factor no modificable.



Además no resultaría moralmente ético influir en la edad de gestación puesto que se trata de una decisión personal de la mujer. Sin embargo, es labor de Enfermería informar sobre la existencia de dicho riesgo relacionado con la edad de gestación a través de información veraz y rigurosa.

Existen factores no obstétricos en los que la Enfermería tiene un papel muy activo en su abordaje a través de la prevención y la promoción de la salud:

IMC elevado, por encima de 25 kg/m<sup>2</sup>, se relaciona con un aumento en la presencia de la incontinencia urinaria postparto; además mujeres con DMG poseen mayor riesgo de padecer dicho problema<sup>18,19,21,23,25,26,36,44,45</sup>. Frente a estos dos factores la educación, por parte de los profesionales de Enfermería, en hábitos alimenticios adecuados basados en una dieta variada y equilibrada unido al fomento de la actividad física moderada ayudará a la prevención de los mismos.

Otro factor de riesgo que puede ver su influencia disminuida a través del ejercicio físico y cambios en la alimentación (con aumento de la ingesta de líquidos y fibra) es el estreñimiento, identificado como factor predisponente de la IU postparto debido a la presión que ejerce sobre los órganos pélvicos<sup>37,43</sup>.

Respecto al tabaco, identificado como factor de riesgo debido a la estimulación del músculo detrusor y a la falta de oxígeno de los tejidos corporales<sup>43</sup>, su abordaje se realiza a través de sesiones de deshabituación tabáquica llevadas a cabo por enfermeras, sobretodo en el ámbito de la Atención Primaria.

Entre las dificultades encontradas a la hora de realizar este trabajo podemos identificar la discrepancia de opiniones entre los diferentes artículos consultados. Es, precisamente, esta falta de consenso sobre la influencia de los factores de riesgo anteriormente citados en el desarrollo de incontinencia urinaria postparto el punto de partida de futuros trabajos científicos que, gracias a la lectura de este trabajo, puedan surgir.

La relación de los factores de riesgo en el desarrollo de este problema urinario, los diferentes métodos de prevención y educación, los posibles tratamientos efectivos para la incontinencia urinaria postparto... son vías de investigación en las que se debe de trabajar para conseguir, de este modo, una atención enfermera completa y de calidad a través de programas de Salud basados en la promoción de la Salud.

## 7. REFERENCIAS

1. Simó AP, Izquierdo AM, Benítez RP, Porcar LC. Una revisión sobre la incontinencia urinaria de esfuerzo. *Enfuro* 2013(124):9-16.
2. Espuña-Pons M, Guiteras PB, Sampere DC, Bustos AM, Penina AM. Prevalencia de incontinencia urinaria en Cataluña. *Medicina clínica* 2009;133(18):702-705.
3. Leroy LS, Lopes MHBM. La incontinencia urinaria en periodo de posparto y su impacto en la calidad de vida relacionada a salud. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. mar.-abr. 2012 [acceso: 24 mar. 16];20(2):[08 pantallas]. Disponible en: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/48513/52408>
4. Memon H, Handa VL. Pelvic floor disorders following vaginal or cesarean delivery. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2012 Oct;24(5):349-354.
5. Rodríguez Adams EM, Martínez Torres JC, Díaz Acosta D, Ros Montenegro A, Abreu Pérez Y. Impacto de la fisioterapia para la reeducación del suelo pélvico en la calidad de vida de pacientes con incontinencia urinaria. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* [Internet]. 2009 Sep [citado 2016 Mayo 02] ; 8( 3): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2009000300013&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000300013&lng=es).
6. Carrillo GK, Sanguinetti MA. Anatomía del piso pélvico. *Revista Médica Clínica Las Condes* 2013;24(2):185-189.
7. Pena Outeiriño JM, Rodríguez Pérez AJ, Villodres Duarte A, Mármol Navarro S, Lozano Blasco JM. Tratamiento de la disfunción del suelo pélvico. *Actas Urológicas Españolas* 2007;31(7):719-731.
8. Lorenzo Gómez M, Silva Abuín J, García Criado F, Geanini Yagüez A, Urrutia Avisror M. Tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo con Biofeedback perineal con electrodos de superficie. *Actas Urológicas Españolas* 2008;32(6):629-636.
9. Parrondo P, Heros J. Anatomía del aparato genital femenino. *Fundamentos de ginecología (SEGO). Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Madrid: SEGO* 2009:15-27.
10. Riccetto C, Palma P, Tarazona A. Aplicaciones clínicas de la teoría integral de la continencia. *Actas urológicas españolas* 2005;29(1):31-40.

11. Drake R, Vogl W, Mitchell AW. Anatomía de Gray para estudiantes. Elsevier 2009.
12. Geanini-Yagüez A, Fernández-Cuadros M, Nieto-Blasco J, Ciprián-Nieto D, Oliveros-Escudero B, Lorenzo-Gómez M. EMG-biofeedback en el tratamiento de la incontinencia urinaria y calidad de vida. *Rehabilitación* 2014;48(1):17-24.
13. de Viñaspre Hernández, Regina Ruiz, Aranda ER, Aznar CT. Incontinencia urinaria a los 6 meses del parto. *Medicina Clínica* 2013;141(4):145-151.
14. Martínez-Agulló E, Ruiz-Cerdá J, Arlandis S, Rebollo P, Pérez M, Chaves J. Análisis del síndrome de vejiga hiperactiva y de la incontinencia urinaria en mujeres laboralmente activas entre 25–64 años. Estudio EPICC. *Actas Urológicas Españolas* 2010;34(7):618-624.
15. Sangsawang B, Sangsawang N. Stress urinary incontinence in pregnant women: a review of prevalence, pathophysiology, and treatment. *International urogynecology journal* 2013;24(6):901-912.
16. Subak L, Van Den Eeden S, Thom D, Creasman JM, Brown JS, Reproductive Risks for Incontinence Study at Kaiser (RRISK) Research Group. Urinary incontinence in women: direct costs of routine care. *Obstet Gynecol* 2007;197(6):596. e1-596. e9.
17. Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). *Boletín Oficial del Estado*, 28 de mayo de 2009. 129: 44697-44729. <https://www.boe.es/boe/dias/2009/05/28/pdfs/BOE-A-2009-8881.pdf>
18. Cerruto MA, D'Elia C, Aloisi A, Fabrello M, Artibani W. Prevalence, incidence and obstetric factors' impact on female urinary incontinence in Europe: a systematic review. *Urol Int* 2013;90(1):1-9.
19. Gyhagen M, Bullarbo M, Nielsen T, Milsom I. Prevalence and risk factors for pelvic organ prolapse 20 years after childbirth: a national cohort study in singleton primiparae after vaginal or caesarean delivery. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2013;120(2):152-160.
20. España-Pons M, Solans-Domènech M, Sánchez E. Double incontinence in a cohort of nulliparous pregnant women. *Neurourol Urodyn* 2012;31(8):1236-1241.

21. Wesnes SL, Hunskaar S, Bo K, Rortveit G. Urinary incontinence and weight change during pregnancy and postpartum: a cohort study. *Am J Epidemiol* 2010 Nov 1;172(9):1034-1044.
22. Huebner M, Antolic A, Tunn R. The impact of pregnancy and vaginal delivery on urinary incontinence. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2010;110(3):249-251.
23. Solans-Domenech M, Sanchez E, Espuna-Pons M, Pelvic Floor Research Group (Grup de Recerca del Sol Pelvia, GRESP). Urinary and anal incontinence during pregnancy and postpartum: incidence, severity, and risk factors. *Obstet Gynecol* 2010 Mar;115(3):618-628.
24. Baydock SA, Flood C, Schulz JA, MacDonald D, Esau D, Jones S, et al. Prevalence and risk factors for urinary and fecal incontinence four months after vaginal delivery. *J Obstet Gynaecol Can* 2009;31(1):36-41.
25. Eliasson K, Nordlander I, Larson B, Hammarström M, Mattsson E. Influence of physical activity on urinary leakage in primiparous women. *Scand J Med Sci Sports* 2005;15(2):87-94.
26. Farrell SA, Allen VM, Baskett TF. Parturition and urinary incontinence in primiparas. *Obstetrics & Gynecology* 2001;97(3):350-356.
27. Martínez FA, Ribera EP, Hipólito MA, Allepuz A. Impacto en la función de los músculos del suelo pélvico de un programa de entrenamiento específico incluido en el control habitual del embarazo y el posparto: ensayo clínico controlado no aleatorizado. *Matronas profesión* 2013(2):36-44.
28. Low LK, Miller JM, Guo Y, Ashton-Miller JA, DeLancey JO, Sampselle CM. Spontaneous pushing to prevent postpartum urinary incontinence: a randomized, controlled trial. *International urogynecology journal* 2013;24(3):453-460.
29. Pregazzi R, Sartore A, Troiano L, Grimaldi E, Bortoli P, Siracusano S, et al. Postpartum urinary symptoms: prevalence and risk factors. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2002;103(2):179-182.
30. Thom DH, Brown JS, Schembri M, Ragins AI, Creasman JM, Van Den Eeden, Stephen K. Parturition events and risk of urinary incontinence in later life. *Neurourol Urodyn* 2011;30(8):1456-1461.
31. Spellacy CE. Urinary incontinence in pregnancy and the puerperium. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 2001;30(6):634-641.

32. Gartland D, Donath S, MacArthur C, Brown S. The onset, recurrence and associated obstetric risk factors for urinary incontinence in the first 18 months after a first birth: an Australian nulliparous cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2012;119(11):1361-1369.
33. Sánchez Casal M. Episiotomía versus desgarro. Revisión de las evidencias científicas. *Enferm Docente* 2012;97:27-32.
34. Barbosa AMP, Marini G, Piculo F, Rudge CVC, Calderon IMP, Rudge MVC. Prevalence of urinary incontinence and pelvic floor muscle dysfunction in primiparae two years after cesarean section: cross-sectional study. *Sao Paulo Medical Journal* 2013;131(2):95-99.
35. Álvarez-Burón E, Arnedillo-Sánchez M. Manejo activo frente a expectante de los pujos en el expulsivo. revisión de la evidencia científica. *Matronas profesión* 2010;11(2):64-68.
36. Luque Carro R, Subirón Valera AB, Sabater Adán B, Sanz de Miguel E, Juste Pina A, Cruz Guerreiro E. Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria. Valoración a los 3 años (2007-2008). *Matronas Prof.* 2011;12(2).
37. Wesnes SL, Lose G. Preventing urinary incontinence during pregnancy and postpartum: a review. *International urogynecology journal* 2013;24(6):889-899.
38. de Viñaspre Hernández, Regina Ruiz, Aranda ER, Aznar CT. Incontinencia urinaria a los 6 meses del parto. *Medicina Clínica* 2013;141(4):145-151.
39. Valero SP. Episiotomía en partos vaginales eutócicos en el Hospital Universitario "La Ribera". *Nure Investigación* 2013;10(63).
40. Melchor JC, Bartha JL, Bellart J, Galindo A, Miño M, Perales A. La episiotomía en España. Datos del año 2006. *Progresos de obstetricia y ginecología* 2008;51(9):559-563.
41. Toro AG, Gutiérrez AB, Sánchez JAB, Moreno MPS, Enfermera S. Efecto de las lesiones perineales del primer parto en la intensidad y severidad del trauma perineal en el segundo.
42. Díaz CR. La maniobra de Kristeller: revisión de las evidencias científicas. *Matronas Prof* 2011.
43. Sangsawang B. Risk factors for the development of stress urinary incontinence during pregnancy in primigravidae: a review of the literature. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2014;178:27-34.

44. Chuang C, Lin I, Horng H, Hsiao Y, Shyu I, Chou P. The impact of gestational diabetes mellitus on postpartum urinary incontinence: a longitudinal cohort study on singleton pregnancies. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2012;119(11):1334-1343.
45. de Viñaspre Hernández, Regina Ruiz, Rubio Aranda E, Aznar CT. Urinary incontinence and weight changes during pregnancy and post partum: A pending challenge. *Midwifery* 2013 12;29(12):e123-9 1p.

## 8. ANEXOS

### 8.1 ANEXO 1: Tabla de conceptos y palabras clave

CONCEPTO	SINÓNIMO	INGLÉS	ANTÓNIMO	INGLÉS	CLAVE
Incontinencia urinaria	Descontrol urinario Micción involuntaria	Urinary incontinence Involuntary urination	Continencia urinaria	Urinary continence	Urinary Incontinence (MEDLINE) Urinary Incontinence (CINHAL)
Post parto					Postpartum period (MEDLINE) Postnatal period (CINAHL)
Factores de riesgo		Risk factors			Risk factors (MEDLINE)(CINHAL)

### 8.2 ANEXO 2: Tabla del proceso de búsqueda bibliográfica

BASE DE DATOS	ECUACIÓN DE BUSQUEDA	NÚMERO DE RESULTADOS	RESULTADOS ELEGIDOS	COMENTARIOS
<b>MEDLINE 1</b>	Urinary Incontinence AND (Pregnancy OR Parturition)	8 (limitados con abstrac)	<b>Validos: 6</b> <b>Texto disponible: 5</b>	<b>BUENA BÚSQUEDA</b>
<b>MEDLINE 2</b>	(Urinary Incontience AND Postpartum Period) AND Risk Factors	25 (limitados con abstrac)	<b>Validos: 19</b> <b>Texto disponible: 16</b>	<b>BUENA BÚSQUEDA</b>
<b>CINAHL 1</b>	Urinary Incontinence AND Risk Factors AND Postnatal Period	1(limitados con abstrac)	<b>Validos: 1</b> <b>Texto disponible: 1</b>	<b>DISPONIBLE EN MEDLINE 10</b>
<b>CINAHL 2</b>	Urinary Incontinence AND Puerperium	2(limitados con abstrac)	Validos: 1 Texto disponible: 1	<b>BUENA BÚSQUEDA</b>
<b>CUIDEN 1</b>	Incontinencia urinaria AND Postparto AND Factores de riesgo	2(limitados con abstrac)	<b>Validos: 2</b> <b>Texto disponible: 1</b>	

<b>COCHRANE 1</b>	Urinary Incontinence AND Postpartum AND Risk Factors	9(limitados con abstrac)	<b>Validos: 2 Texto disponible: 0</b>	
<b>DOYMA</b>	Incontinencia urinaria postparto factores de riesgo	14(limitados con abstrac)	<b>Validos:4 Texto disponible:3</b>	
<b>RNAO</b>	Urinary Incontinence AND Postpartum AND Risk Factors	0		
<b>TOTAL</b>		61	<b>Validos: 35 Texto disponible: 26</b>	

### 8.3 ANEXO 3: Tabla de resultados de la lectura crítica (Parrilla Caspe)

ARTÍCULOS	ELEGIDO	NO ELEGIDO	CAUSAS
“Spontaneous pushing to prevent postpartum urinary incontinence: a randomized, controlled trial.”	X		Cumple los criterios de evidencia científica.
Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria. Valoración a los 3 años (2007-2008)	X		Cumple los criterios de evidencia científica.



#### 8.4 ANEXO 4: Tabla resumen de la bibliografía consultada

<b>Spontaneous pushing to prevent postpartum urinary incontinence: a randomized, controlled trial.</b>	
<b>FUENTE</b>	Medline
<b>AUTOR</b>	Lisa Kane Low, Janis M. Miller, Ying Guo, James A. Ashton-Miller, John O. L. DeLancey, Carolyn M. Sampselle.
<b>AÑO</b>	2012
<b>OBJETIVO</b>	Probar la hipótesis de que la incidencia de la incontinencia urinaria después del parto en mujeres primíparas se reduce en partos espontáneos o en combinación con el masaje perineal en comparación con mujeres tras un parto tradicional.
<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	Ensayo clínico prospectivo aleatorizado controlado.
<b>MUESTRA</b>	249 mujeres en un diseño de cuatro grupos
<b>HALLAZGOS DE INTERES</b>	<p>El riesgo de incontinencia urinaria es entre 2 – 2,6 puntos superior en mujeres tras el embarazo y el parto en comparación con las nulíparas. El riesgo aumenta después de cada embarazo.</p> <p>La cesárea no puede ser considerada como un método preventivo del daño del suelo pélvico.</p> <p>El parto natural en comparación a un parto con trabajo de expulsivo prolongado en la segunda etapa está asociado con la reducción del riesgo de incontinencia urinaria tras 3 meses del parto.</p> <p>Parto espontaneo reduce el riesgo de incontinencia urinaria tras parto.</p> <p>A mayor trauma del tracto genital mayor riesgo de sufrir incontinencia.</p> <p>Evitar la episiotomía reduce traumatismos perineales.</p> <p>Según este estudio, partos espontáneos con o sin masaje perineal y el masaje perineal por sí mismo no se han demostrado efectivos en la reducción de la incontinencia urinaria postparto.</p> <p>Mayor duración de los trabajos en la segunda parte del parto se considera como un factor de riesgo de daños en el suelo pélvico.</p>
<b>PALABRAS CLAVE</b>	Childbirth, incontinence, pelvic floor disorders, pelvic floor muscle training, perineal massage, pregnancy, second stage management

<b>Prevalence, Incidence and Obstetric Factors' Impact on Female Urinary Incontinence in Europe: A Systematic Review</b>	
<b>FUENTE</b>	Medline
<b>AUTOR</b>	Maria Angela Cerruto, Carolina D'Elia, Alberto Aloisi, Miriam Fabrello, Walter Artibani.
<b>AÑO</b>	2012
<b>OBJETIVO</b>	Valorar la prevalencia, incidencia y factores de riesgo de la incontinencia urinaria femenina y tratamiento obstétrico de la incontinencia urinaria en Europa.
<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	Revisión sistemática
<b>HALLAZGOS DE INTERES</b>	<p>Los principales factores de riesgo de la IU durante el embarazo en primíparas es la edad, incremento inicial del IMC y la preexistencia de IU. El parto supone un factor de riesgo.</p> <p>Los principales factores de riesgo tras el parto son la edad de la madre, el propio proceso del parto, el sobrepeso materno y la IU existente durante el embarazo.</p>
<b>PALABRAS CLAVE</b>	Childbirth, obstetric care, overactive urinary bladder, pelvic floor muscle training, pregnancy, urinary incontinence.

<b>Prevalence and risk factors for pelvic organ prolapse 20 years after childbirth: a national cohort study in singleton primiparae after vaginal or caesarean delivery</b>	
<b>FUENTE</b>	Medline
<b>AUTOR</b>	M Gyhagen, M Bullarbo, TF Nielsen y I Milsom.
<b>AÑO</b>	2012
<b>OBJETIVO</b>	Investigar la prevalencia y factores de riesgo para el prolapso de órganos pélvicos sintomáticos (SPop) y SPop concomitante con la incontinencia urinaria en las mujeres de 20 años después de un parto vaginal o un parto por cesárea.
<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	Estudio de cohortes
<b>MUESTRA</b>	Primíparas con un parto en 1985-1988 y sin más partos.
<b>HALLAZGOS DE INTERES</b>	<p>Las probabilidades de SPop 20 años después del nacimiento aumentaron un 255% después del parto vaginal en comparación con la cesárea.</p> <p>El índice de masa corporal era un factor de riesgo significativo para el prolapso y para cada unidad de incremento del índice de masa corporal que las probabilidades de SPop aumentaron un 3%.</p> <p>Peso al nacer infantil superior a 4500 g significa un aumento de la tasa y las probabilidades de SPop en comparación con los lactantes &lt;3000 g después del parto vaginal. Esto no se observó después de la cesárea.</p> <p>Madres bajas &lt;160 cm que dieron a luz un niño con peso al nacer superior a 4000 g tiene una prevalencia del doble de SPop en comparación con las madres más bajas &lt;160 cm que dieron a luz a un niño &lt;4.000 g.</p> <p>La prevalencia de IU casi se duplicó a más del 60% en las mujeres con prolapso en comparación con los que no tienen y el factor de riesgo combinado de parto vaginal y SPop era aún más fuerte para la incontinencia urinaria que se había mantenido durante más de 10 años.</p> <p>No se encontró ninguna diferencia en la prevalencia de SPop entre mujeres por cesárea aguda o la cesárea electiva.</p> <p>No es hasta la etapa final de la entrega cuando el feto pasa a través del hiato pélvico durante el parto vaginal (al final de la segunda etapa de la entrega) que el daño estructural en el suelo pélvico se produce causando POP.</p> <p>Otros estudios han demostrado que el daño neuromuscular se asocia con una prolongada segunda etapa del parto y esfuerzo voluntario extendida, lo que puede estar relacionado con la desproporción. Tegerstedt también encontró que el parto vaginal en combinación con 'extensa rotura vaginal' aumenta el doble las probabilidades de SPop.</p>

	<p>La edad avanzada es un factor de riesgo independiente ampliamente aceptado para POP.</p> <p>En mujeres primíparas el factor de riesgo más importante a largo plazo para el prolapso genital es el parto por vía vaginal. La cesárea parece ser protectora.</p> <p>El IMC es un factor de riesgo significativo en combinación con un parto vaginal anterior. La eventos obstétricos episiotomía, la extracción de vacío y desgarro de segundo grado o más, no se han encontrado para ser asociado con un mayor riesgo de SPop.</p>
<p><b>PALABRAS CLAVE</b></p>	<p>Body mass index, caesarean section, epidemiology, episiotomy, long term risk factor, pelvic organ prolapse, perineal laceration, questionnaire, urinary incontinence, vacuum extraction, vaginal delivery.</p>

<b>Parturition Events and Risk of Urinary Incontinence in Later Life</b>	
<b>FUENTE</b>	Medline
<b>AUTOR</b>	David H. Thom, Jeanette S. Brown, Michael Schembri, Arona I. Ragins, Jennifer M. Creasman, and Stephen K. Van Den Eeden.
<b>AÑO</b>	2011
<b>OBJETIVO</b>	Examinar la asociación entre eventos específicos durante los partos vaginales y la incontinencia urinaria en el futuro.
<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	Estudio de cohortes
<b>MUESTRA</b>	1.521 mujeres de mediana edad y mayores con al menos un parto vaginal que eran miembros a largo plazo de un sistema de salud integrado.
<b>HALLAZGOS DE INTERES</b>	<p>El riesgo de incontinencia después del parto es mayor después de un parto vaginal en comparación con el nacimiento por cesárea, presumiblemente debido a un traumatismo en el nervio pélvico y los músculos durante el parto de estiramiento y compresión.</p> <p>Entre las variables relacionadas con la paridad, la edad al primer parto, mayor peso al nacer y nunca haber sido inducida fueron significativamente asociados con la incontinencia más adelante en el modelo ajustado.</p> <p>El riesgo más bajo se observa en las mujeres que tienen su primer parto entre 25 y 30 años.</p> <p>El peso al nacer por encima de 3.200 g se asoció positivamente con la incontinencia urinaria.</p>
<b>PALABRAS CLAVE</b>	Cohort study, induction of labor, risk factors, urinary incontinence, vaginal delivery

<b>Risk factors for the development of stress urinary incontinence during pregnancy in primigravidae: a review of the literature</b>	
<b>FUENTE</b>	Medline
<b>AUTOR</b>	Bussara Sangsawang.
<b>AÑO</b>	2014
<b>OBJETIVO</b>	Discutir los factores de riesgo para el desarrollo de la IUE.
<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	Revisión sistemática
<b>HALLAZGOS DE INTERES</b>	<p>IUE durante el embarazo se asocia con la edad materna avanzada. Las mujeres embarazadas mayores de 30 años o más tienen mayor riesgo de padecer IUE que las mujeres más jóvenes.</p> <p>La edad conduce a la pérdida de la función nerviosa y disminuye el número total de fibras musculares estriadas del esfínter uretral en una tasa del 2% anual y la pérdida de presión del cierre uretral. La edad avanzada aumenta el riesgo de IUE durante el embarazo y el postparto.</p> <p>La obesidad es un factor de riesgo que contribuye a la IUE en las mujeres debido a que crea una tensión en el suelo pélvico que puede afectar al flujo sanguíneo y la inervación del nervio a la vejiga y la uretra.</p> <p>Mujeres embarazadas con un IMC superior a 30 kg/m<sup>2</sup> se asocia con tasas altas de IUE.</p> <p>Fumar contribuye a los factores de riesgo para la IUE puesto que el CO del cigarro afecta al O<sub>2</sub> transportado a los tejidos corporales y los resultados en la atrofia muscular. Además fumar produce tos y aumento en la presión de la vejiga y el suelo pélvico. También tiene un efecto estimulante de la nicotina sobre el músculo detrusor.</p> <p>El estreñimiento puede ser un factor importante en el desarrollo de daño en el suelo pélvico ya que presiona el intestino contra el útero.</p> <p>Las mujeres embarazadas con diabetes mellitus gestacional están en mayor riesgo de padecer IU.</p>
<b>PALABRAS CLAVE</b>	Stress urinary incontinence, urinary incontinence, pregnancy, pregnant women, risk factors.

<b>Urinary incontinence and weight changes during pregnancy and post partum: A pending challenge</b>	
<b>FUENTE</b>	Medline
<b>AUTOR</b>	Regina Ruiz de Viñaspre Hernández, Encarnación Rubio Aranda, Concepción Tomás Aznar.
<b>AÑO</b>	2012
<b>OBJETIVO</b>	Analizar la asociación entre la incontinencia urinaria y el peso materno, y sus variaciones en el embarazo y después del parto.
<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	Estudio observacional de una cohorte de mujeres desde el inicio del embarazo hasta seis meses después del parto.
<b>MUESTRA</b>	402 mujeres embarazadas sin incontinencia urinaria en el inicio del embarazo.
<b>HALLAZGOS DE INTERES</b>	<p>La incidencia de incontinencia urinaria en el embarazo no depende del peso materno o sus variaciones, pero la prevalencia de la incontinencia urinaria a los seis meses después del parto se asocia con éstos variables.</p> <p>El riesgo de la incontinencia urinaria aumenta cuando el aumento de peso en las primeras 15 semanas de gestación superado 4 kg, pero el riesgo de la incontinencia urinaria no se asoció con el aumento de peso de entre 15 y 30 semanas de gestación.</p> <p>IMC en el inicio del embarazo podría estar asociada con la prevalencia de la incontinencia urinaria después del parto, ya que es directamente proporcional el IMC de la mujer a los seis meses después del parto.</p> <p>Las mujeres con un mayor IMC al inicio del embarazo tienen un mayor riesgo de macrosomía fetal, que está muy asociado con la incontinencia urinaria postparto.</p> <p>Se ha comprobado que la pérdida de peso mejora el estado de la incontinencia, ya que conduce a una disminución de la presión intravesical.</p> <p>El aumento de peso durante el embarazo no parece ser clínicamente relevante en términos de la incontinencia urinaria después del parto, siempre y cuando la mujer regresa a su peso de antes del embarazo.</p> <p>Este estudio encontró que el mantenimiento de un IMC alto y peso a las seis meses después del parto aumentan el riesgo de incontinencia urinaria, mientras que la pérdida de peso después del parto disminuye el riesgo de incontinencia urinaria.</p>
<b>PALABRAS CLAVE</b>	Urinary incontinence, body mass index, weight gain, weight loss.

<b>Preventing urinary incontinence during pregnancy and postpartum: a review</b>	
<b>FUENTE</b>	Medline
<b>AUTOR</b>	Stian Langeland Wesnes, Gunnar Lose
<b>AÑO</b>	2013
<b>OBJETIVO</b>	Identificar factores de riesgo que propician la aparición de la incontinencia urinaria durante el periodo de embarazo y postparto.
<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	Revisión sistemática
<b>HALLAZGOS DE INTERES</b>	<p>Fumar puede causar incontinencia urinaria a través de la tos y el aumento presión de la vejiga cuando tose.</p> <p>Las mujeres pierden el 1% de músculo estriado de la uretra al año, lo que lleva a una reducción en la presión uretra.</p> <p>La edad materna se encuentra que es un factor de riesgo independiente para UI durante el embarazo y después del parto.</p> <p>El sobrepeso se cree causa de la incontinencia urinaria a través de aumento de la presión intra-abdominal, aumento presión intravesical, estiramiento y debilitamiento del suelo pélvico, y el aumento de la movilidad de la uretra.</p> <p>Se cree que las heces en el recto puede dificultar el vaciado de la vejiga, que conduce a la inestabilidad del detrusor.</p> <p>La analgesia epidural parece estar asociada con trabajo de parto prolongado, retención urinaria y las tasas más altas de partos instrumentales.</p> <p>Resultados en relación con la asociación entre la analgesia epidural y IU posparto son inconsistentes. Varios estudios han encontrado ninguna asociación entre la analgesia epidural y la incontinencia urinaria después del parto.</p> <p>La episiotomía restrictiva en comparación con la de rutina se asoció con menos traumas y menos sutura después del parto.</p> <p>El parto vaginal asistido se asocia con una mayor incidencia de desgarro y episiotomía. Existe un aumento significativo en el riesgo de IU después de fórceps o la entrega al vacío</p> <p>Las mujeres con cesárea electiva no experimenta lesiones en el suelo pélvico.</p>
<b>PALABRAS CLAVE</b>	Urinary incontinence, pregnancy, prevention, review



<b>Prevalence of urinary incontinence and pelvic floor muscle dysfunction in primiparae two years after cesarean section: cross-sectional study</b>	
<b>FUENTE</b>	Medline
<b>AUTOR</b>	Angélica Mércia Pascon Barbosa, Gabriela Marini, Fernanda Piculo, Cibele Vieira Cunha Rudge, Iracema Mattos Paranhos Calderon, Marilza Vieira Cunha Rudge.
<b>AÑO</b>	2013
<b>OBJETIVO</b>	Evaluar la prevalencia de posparto de dos años de la incontinencia urinaria y la disfunción de los músculos del suelo pélvico y los factores responsables de las mismas.
<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	Estudio observacional descriptivo
<b>MUESTRA</b>	220 mujeres que se habían sometido a una cesárea electiva o el parto vaginal dos años antes.
<b>HALLAZGOS DE INTERES</b>	<p>La cesárea no protege contra la incontinencia urinaria. Aunque se ha encontrado que los partos exclusivamente por medio de cesárea redujo la probabilidad de IU a la mitad.</p> <p>El parto vaginal en si no es ni suficiente ni una condición necesaria para la incontinencia urinaria en la mayoría de las mujeres.</p> <p>IU antes del parto duplica aproximadamente la probabilidad de sufrir incontinencia urinaria postparto.</p> <p>Incluso las mujeres con cesáreas electivas mostraron niveles de incontinencia urinaria y disfunción de los músculos del suelo pélvico similares a las de las mujeres que dieron a luz por vía vaginal.</p> <p>Mayor aumento de peso durante el embarazo se asoció con un mayor riesgo de disfunción de los músculos del suelo pélvico postparto.</p> <p>La prevalencia de la IU y la disfunción de los músculos del suelo pélvico no estaban relacionadas con el método de entrega.</p>
<b>PALABRAS CLAVE</b>	Cesarean section, pelvic floor, postpartum period, pregnancy, urinary incontinence.

<b>Double Incontinence in a Cohort of Nulliparous Pregnant Women</b>	
<b>FUENTE</b>	Medline
<b>AUTOR</b>	Montserrat Espuña-Pons, Maite Solans-Domenech and Emilia Sánchez
<b>AÑO</b>	2012
<b>OBJETIVO</b>	Estimar la frecuencia de doble incontinencia, e identificar los factores de riesgo asociados durante el embarazo y posparto en mujeres nulíparas previamente continentas
<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	Estudio de cohortes
<b>MUESTRA</b>	Nulíparas continentas, mujeres embarazadas que asistieron al sistema sanitario público de Cataluña.
<b>HALLAZGOS DE INTERES</b>	<p>Los factores de riesgo para la incontinencia doble identificados durante el embarazo son: edad mayor de 35 años, la tos y los antecedentes familiares de IU.</p> <p>Un factor de riesgo importante para la incontinencia urinaria y la incontinencia anal en las mujeres jóvenes es el traumatismo del suelo pélvico.</p> <p>El perjuicio (desgarro o lesión del nervio) después de partos instrumentales puede resultar en una lesión global que podría traducirse en una disfunción más severa del suelo pélvico.</p>
<b>PALABRAS CLAVE</b>	Anal incontinence, delivery, fecal incontinence, pregnancy, primiparity, urinary incontinence.

<b>The impact of gestational diabetes mellitus on postpartum urinary incontinence: a longitudinal cohort study on singleton pregnancies</b>	
<b>FUENTE</b>	Medline
<b>AUTOR</b>	C-M Chuang, I-F Lin, H-C Horng, Y-H Hsiao, I-L Shyu, P Choua
<b>AÑO</b>	2012
<b>OBJETIVO</b>	Determinar si la diabetes mellitus gestacional es un factor de riesgo independiente para la incontinencia urinaria postparto en embarazos únicos.
<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	Estudio de cohortes
<b>MUESTRA</b>	Mujeres embarazadas con partos a término entre 2002 y 2007 (n = 6653) reclutadas de forma consecutiva.
<b>HALLAZGOS DE INTERES</b>	<p>Mujeres con DMG tenían una mayor probabilidad de desarrollar los tres tipos de incontinencia urinaria.</p> <p>Los factores que posiblemente contribuyen a la incontinencia urinaria en diabetes mellitus se encuentran daños microvasculares, la insulina inyección y duración de la enfermedad. Además, la disfunción de la vejiga diabética se ha relacionado con etiologías de la incontinencia urinaria.</p> <p>En un estudio, diabetes mellitus tipo 2 se asoció con IUU, pero no la IUE o IUM, mientras que en otro estudio, la diabetes mellitus tipo 2 se asoció con MUI, pero no la IUE o IUU.</p> <p>El trabajo actual añade el nuevo hallazgo de un riesgo más alto de la incontinencia urinaria inducida por postparto GDM, aunque la enfermedad per se generalmente se resuelve pronto después de la entrega.</p> <p>Además, las mujeres con DMG se recomienda tener un seguimiento de azúcar en sangre pruebas en el período post-parto para explorar las relaciones entre diabetes mellitus tipo 2 y la incontinencia urinaria, en vista de la mayor riesgo de progresión a diabetes tipo 2 mellitus en estas mujeres</p>
<b>PALABRAS CLAVE</b>	Gestational diabetes mellitus, mixed urinary incontinence, postpartum, stress urinary incontinence, urge urinary incontinence.

<b>The onset, recurrence and associated obstetric risk factors for urinary incontinence in the first 18 months after a first birth: an Australian nulliparous cohort study</b>	
<b>FUENTE</b>	Medline
<b>AUTOR</b>	D Gartland, S Donath, C MacArthur, SJ Brown
<b>AÑO</b>	2012
<b>OBJETIVO</b>	Investigar la contribución de los factores de riesgo obstétrico a la incontinencia urinaria persistente entre 4 y 18 meses posparto.
<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	Estudio de cohortes
<b>MUESTRA</b>	Un total de 1507 mujeres nulíparas reclutado del Estudio de Salud Materna en el embarazo temprano (24 semanas de gestación).
<b>HALLAZGOS DE INTERES</b>	<p>Casi el 31% de las mujeres que tienen un parto por cesárea (restringido a las mujeres que eran continente antes del embarazo) informó IU en uno o más puntos de seguimiento entre 6 y 18 meses después del parto y el 16% informó de IU persistente 4-18 meses después del parto.</p> <p>Hemos informado anteriormente de una asociación entre prolongada la mano de obra de la segunda etapa y la incontinencia urinaria en los primeros 3 meses después del parto para las mujeres en esta cohorte que tenía un parto espontáneo vaginal o un parto vaginal operatorio.</p> <p>Las diferentes presiones mecánicas involucradas en el uso de fórceps y extracción al vacío pueden resultar en riesgo del suelo pélvico o lesión muscular.</p> <p>IU persistente es común después del parto y es más probable después de parto prolongado en combinación con el parto vaginal operatorio.</p>
<b>PALABRAS CLAVE</b>	Method of birth, pregnancy cohort, prolonged labour, urinary incontinence.

<b>Urinary incontinence and weight change during pregnancy and postpartum: a cohort study</b>	
<b>FUENTE</b>	Medline
<b>AUTOR</b>	Stian Langeland Wesnes, Steinar Hunskaar, Kari Bo, and Guri Rortveit
<b>AÑO</b>	2010
<b>OBJETIVO</b>	Evaluar la influencia de la ganancia de peso durante el embarazo en el desarrollo de IU postparto.
<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	Estudio de cohortes
<b>MUESTRA</b>	12.679 mujeres primíparas que estaban continente antes del embarazo
<b>HALLAZGOS DE INTERES</b>	<p>La etiología es multifactorial, pero el embarazo y la entrega parece ser importantes factores de riesgo, especialmente entre mujeres jóvenes y de mediana edad. Una alto IMC es un factor de riesgo establecido.</p> <p>Se cree que el aumento de peso durante el embarazo puede contribuir significativamente al aumento de la incontinencia urinaria durante y después del embarazo, pero los estudios epidemiológicos que evaluaron esta relación no han sido concluyentes.</p> <p>Las mujeres con sobrepeso tenían más cesáreas que las mujeres de peso normal.</p> <p>La pérdida de peso después del parto se asoció con una disminución de la incidencia y el aumento de la remisión de la incontinencia urinaria de 6 meses después del parto.</p>
<b>PALABRAS CLAVE</b>	Cohort studies; parity; postpartum period; pregnancy; urinary incontinence; weight gain; weight loss.

<b>The impact of pregnancy and vaginal delivery on urinary incontinence</b>	
<b>FUENTE</b>	Medline
<b>AUTOR</b>	Markus Huebner, Andrea Antolic , Ralf Tunn
<b>AÑO</b>	2010
<b>OBJETIVO</b>	Identificar a las mujeres que tenían incontinencia urinaria antes, durante y después del embarazo, y para determinar si las mujeres con síntomas de IU durante el embarazo eran las mismas mujeres que tenían urinaria posparto incontinencia.
<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	Estudio descriptivo
<b>MUESTRA</b>	Todas las mujeres primíparas que dieron a luz a 1 año (1999) en el Hospital Charité de Berlín
<b>HALLAZGOS DE INTERES</b>	<p>La incontinencia urinaria en las mujeres es uno de los trastornos más comunes del suelo pélvico asociados con dar a luz. El parto vaginal se ha demostrado que causa trastornos del suelo pélvico tales como la incontinencia urinaria.</p> <p>El embarazo en sí parece tener sus propios efectos sobre la función del suelo pélvico. Algunas circunstancias durante el embarazo puede aumentar el riesgo de IU posparto.</p> <p>El estudio EPINCONT mostró un riesgo más alto para la interfaz de usuario en el grupo de mujeres que dieron a luz por vía vaginal en comparación con el grupo que tuvo partos por cesárea. No encontró diferencias entre las vías de entrega una vez que la mujer llegó a una edad determinada (grupo de estudio de 50 años de 64 años de edad).</p> <p>La incontinencia de urgencia es un síntoma que se ve agravado por el embarazo, especialmente en las mujeres multíparas.</p>
<b>PALABRAS CLAVE</b>	Pelvic floor, pregnancy, urinary incontinence, vaginal delivery.

<b>Urinary and Anal Incontinence During Pregnancy and Postpartum Incidence, Severity, and Risk Factors</b>	
<b>FUENTE</b>	Medline
<b>AUTOR</b>	Maite Solans-Domènech, Emília Sánchez y Montserrat Espuña-Pons
<b>AÑO</b>	2010
<b>OBJETIVO</b>	Estimar la frecuencia y la severidad y para identificar los factores de riesgo de incontinencia urinaria y incontinencia anal durante el embarazo y después del parto en mujeres nulíparas previamente continente.
<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	Estudio de cohorte
<b>MUESTRA</b>	Mujeres sanas, continentes, y embarazadas nulíparas público asistente servicios de atención médica
<b>HALLAZGOS DE INTERES</b>	<p>El riesgo de incontinencia urinaria aumenta en mujeres embarazadas de edad superior a 35 años, con sobrepeso u obesidad y en aquellas con antecedentes familiares de IU.</p> <p>No se evidencia diferencia entre los partos eutócicos y distócicos. El parto vaginal es un factor de riesgo para la persistencia de la IU.</p> <p>La gestación y el parto aumenta la frecuencia de la incontinencia urinaria.</p> <p>La asociación de parto vaginal con IU es estadísticamente significativa tanto en mujeres que eran continentes durante el embarazo y los que eran incontinentes, con un leve efecto mayor para el primero.</p>
<b>PALABRAS CLAVE</b>	Urinary incontience, postpartum period, risk factors.

<b>Prevalence and Risk Factors for Urinary and Fecal Incontinence Four Months After Vaginal Delivery</b>	
<b>FUENTE</b>	Medline
<b>AUTOR</b>	Sandra A. Baydock, Catherine Flood, Jane A. Schulz, Dianna MacDonald, Deborah Esau, Sandra Jones, Craig B. Hiltz.
<b>AÑO</b>	2008
<b>OBJETIVO</b>	Determinar la prevalencia y los factores de riesgo de incontinencia urinaria y fecal cuatro meses después del parto vaginal.
<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	Estudio de cohortes
<b>MUESTRA</b>	Todos los pacientes que tuvieron partos vaginales en un tercer nivel de atención el hospital durante un período de tres meses fueron abordados durante su estancia en el hospital después del parto respecto a la participación en el estudio.
<b>HALLAZGOS DE INTERES</b>	<p>El parto vaginal es un factor de riesgo establecido para la incontinencia urinaria, mientras que el parto por cesárea parece ser protectora.</p> <p>Los factores de riesgo para la incontinencia después del parto vaginal, incluyendo paridad, la edad, el peso al nacer, parto con fórceps-asistidos, y edad de la madre, se han encontrado en algunos estudios, pero no en otros.</p> <p>Edad materna mayor de 30 años se encontró que suponía mayor riesgo para el desarrollo de la incontinencia de esfuerzo.</p> <p>Encontramos que dos variables, edad materna superior a 30 años y parto asistido con fórceps, estaban significativamente asociado con cualquier tipo de incontinencia urinaria.</p> <p>La incontinencia urinaria en pacientes previamente continente es común después de un parto vaginal.</p> <p>Si bien hemos encontrado que la IUE fue el tipo más común de incontinencia presente a los cuatro meses después del parto, un número significativo de las mujeres también desarrollaron incontinencia de urgencia.</p>
<b>PALABRAS CLAVE</b>	Stress urinary incontinence, urge urinary incontinence, fecal incontinence, vaginal delivery



<b>Influence of physical activity on urinary leakage in primiparous women</b>	
<b>FUENTE</b>	Medline
<b>AUTOR</b>	K. Eliasson, I. Nordlander, B. Larson, M. Hammarstro, E. Mattsson
<b>AÑO</b>	2004
<b>OBJETIVO</b>	Describir la actividad física y pérdidas de orina antes, durante y después del primer parto.
<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	Estudio de cohortes
<b>MUESTRA</b>	665 primíparas mujeres de nueve clínicas de maternidad del noroeste del Condado de Estocolmo
<b>HALLAZGOS DE INTERES</b>	<p>Factores tales como la edad, el parto, infecciones del tracto urinario inferior, cirugía sobrepeso, pélvica, esfuerzos al defecar y el estreñimiento se considera que son importantes para el desarrollo de la incontinencia urinaria, solo o en combinación.</p> <p>La edad fue un factor de riesgo antes el embarazo, pero no se encontró ninguna correlación población joven.</p> <p>Como el tejido conectivo se estira cuando se expone a una carga constante, defectos genéticos en colágeno pueden ser un riesgo para algunas mujeres.</p>
<b>PALABRAS CLAVE</b>	Exercise, female urinary incontinence, jumping, questionnaire, stop test, walking, varicose veins.

<b>Postpartum urinary symptoms: prevalence and risk factors</b>	
<b>FUENTE</b>	Medline
<b>AUTOR</b>	Roberto Pregazzia, Andrea Sartorea, Luigi Troianoa, Eva Grimaldia, Paolo Bortolib, Salvatore Siracusanoc , Secondo Guaschinoa
<b>AÑO</b>	2002
<b>OBJETIVO</b>	Evaluar la prevalencia de los síntomas urinarios, la relación entre los síntomas urinarios y descenso vaginal, y la asociación entre los síntomas urinarios y factores obstétricos.
<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	Estudio descriptivo
<b>MUESTRA</b>	Se entrevistó quinientos treinta y siete mujeres y se sometió a una evaluación uroginecológica 3 meses después del parto vaginal.
<b>HALLAZGOS DE INTERES</b>	<p>Existe una asociación estadísticamente significativa mayor que 1 entre paridad e incontinencia urinaria de esfuerzo, incontinencia de urgencia, frecuencia y urgencia, pero no con disuria.</p> <p>Peso materno elevada en el inicio del embarazo corresponde a una mayor prevalencia de los casos de incontinencia urinaria de esfuerzo y disuria. Por el contrario, el aumento de peso durante el embarazo no lo hizo parecen influir en la prevalencia de los síntomas urinarios.</p> <p>El parto vaginal por lo general causa un significativo estiramiento de soportes musculares, fascias y ligamentos del suelo pélvico. Tensión anormal de estas estructuras puede causar cambios morfológicos y funcionales que no son totalmente reversibles.</p> <p>En cuanto a la edad materna al nacer, los resultados del estudio muestran que esta variable no puede ser considerado un factor de riesgo al examinar la prevalencia de la incontinencia de esfuerzo, urgencia y disuria.</p> <p>En cuanto a la incontinencia urinaria, esta condición parece asociado con factores maternos generales, tales como la paridad y elevado peso al inicio del embarazo, que influir en la integridad morfo-funcional del suelo pélvico estructuras.</p>
<b>PALABRAS CLAVE</b>	Puerperium, urinary incontinence, vaginal prolapse, prostaglandins

<b>Parturition and Urinary Incontinence in Primiparas</b>	
<b>FUENTE</b>	Medline
<b>AUTOR</b>	Scott A. Farrel, Victoria M. Allen and Thomas F. Baskett
<b>AÑO</b>	2001
<b>OBJETIVO</b>	Estimar la incidencia y el riesgo relativo de incontinencia urinaria después del parto en primíparas
<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	Estudio descriptivo
<b>MUESTRA</b>	Nulíparas sanos sin historia significativa de anomalías del tracto urinario
<b>HALLAZGOS DE INTERES</b>	<p>El parto causa daños en la estructura y la función de los órganos pélvicos. Los cambios estructurales incluyen daño a los soportes pélvicos normales, el cuerpo perineal y del esfínter anal externo.</p> <p>Factores periparto que aumentan el riesgo de incontinencia urinaria después del parto son un aumento del índice de masa corporal previo al embarazo, el aumento de la paridad, el parto vaginal, la duración prolongada de la segunda etapa del parto, y la episiotomía.</p> <p>El parto por cesárea protege contra la incontinencia urinaria. Aunque los datos clínicos sugieren que el modo de entrega es de suma importancia y, en particular, que reduce las tasas de parto por cesárea de incontinencia urinaria después del parto, los datos neurofisiológicos sugieren que, una vez que el trabajo ha progresado hasta el segundo escenario, por cesárea ya no es protectora. El efecto protector de la cesárea se pierde después de tres cesáreas.</p> <p>El parto vaginal espontáneo aumenta el riesgo de incontinencia después del parto. Parto con fórceps aumentó significativamente el riesgo de incontinencia urinaria después del parto en comparación con el parto vaginal espontáneo.</p> <p>Si el parto por cesárea se prueba para minimizar la morbilidad neurofisiológico que resulta de parto y el parto, las mujeres de alto riesgo podrían elegir este tipo de parto, especialmente cuando es necesaria una intervención fundamental para un parto vaginal.</p>
<b>PALABRAS CLAVE</b>	Urinary incontience, postpartum period, risk factors

<b>Incontinencia urinaria a los 6 meses del parto</b>	
<b>FUENTE</b>	Google Académico
<b>AUTOR</b>	Regina Ruiz de Viñaspre Hernández, Encarnación Rubio Aranda y Concepción Tomás Aznar.
<b>AÑO</b>	2012
<b>OBJETIVO</b>	Estimar la persistencia de incontinencia urinaria a los 6 meses del parto y analizar los factores que se asocian con ella.
<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	Estudio de cohortes
<b>MUESTRA</b>	Mujeres que inician síntomas de incontinencia en gestación o 2 primeros meses de posparto.
<b>HALLAZGOS DE INTERES</b>	<p>El riesgo de persistencia aumentó cuando se realizó maniobra de Kristeller en el parto, si la madre no recuperó su peso previo al embarazo, si no practicó EMSP en el posparto y si la incontinencia apareció después del parto.</p> <p>Las mujeres en las que persiste la IU a los 6 meses del parto, el proceso tenderá a cronificarse.</p> <p>En el análisis del riesgo de persistencia de IU, la maniobra de Kristeller presenta una fuerte asociación. Aunque el parto vaginal incrementó el riesgo de persistencia de IU respecto a la cesárea, este riesgo disminuyó considerablemente cuando el parto fue espontáneo y no se hizo maniobra de Kristeller. Existe controversia sobre si la cesárea es un factor de protección de IU.</p> <p>La sola restricción de esta maniobra reduciría notablemente el riesgo de persistencia de IU en el posparto. Además, la instrumentalización del parto parece interactuar con la maniobra de Kristeller, potenciando su riesgo; a su vez, ambas prácticas obstétricas incrementan la acción nociva sobre el suelo pélvico de otras variables como el peso materno o la falta de ejercitación de los músculos perineales.</p> <p>También el peso del recién nacido &gt; 3,5 kg aumentó el riesgo debido a que un niño más grande provocaría mayor sobrecarga sobre las estructuras del suelo pélvico (músculos y fascia) y mayor distensión del periné en el expulsivo, favoreciendo lesiones musculares y nerviosas.</p>
<b>PALABRAS CLAVE</b>	Urinary incontinence, pregnancy, post-partum, risk factors

<b>Impacto en la función de los músculos del suelo pélvico de un programa de entrenamiento específico incluido en el control habitual del embarazo y el posparto: ensayo clínico controlado no aleatorizado</b>	
<b>FUENTE</b>	Google Académico
<b>AUTOR</b>	Francisca Aliaga-Martínez, Elisenda Prats-Ribera, Mercè Alsina-Hipólito, Alejandro Allepuz-Palau
<b>AÑO</b>	2013
<b>OBJETIVO</b>	Evaluar el impacto de un programa de entrenamiento de los músculos del suelo pélvico (EMSP) durante el embarazo y después del parto
<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	Ensayo clínico controlado no aleatorizado
<b>MUESTRA</b>	Mujeres embarazadas controladas en dos centros de salud de Cataluña entre enero de 2008 y febrero de 2009, desde la semana 20 del embarazo hasta la 12 del posparto.
<b>HALLAZGOS DE INTERES</b>	<p>El embarazo y el parto vaginal son acontecimientos que pueden relacionarse a medio y largo plazo con distintas disfunciones del suelo pélvico, tales como la incontinencia urinaria.</p> <p>Durante el parto, los músculos del suelo pélvico (MSP), y en especial el haz pubococcígeo del músculo elevador del ano, son sometidos a una importante elongación que tiene como consecuencia una reducción de su capacidad de contracción.</p> <p>Los antecedentes familiares de IU, la edad superior a 35 años y el sobrepeso previo al embarazo (índice de masa corporal superior a 25 kg/m<sup>2</sup>) aumentan el riesgo de padecer IU durante el embarazo y el posparto, con independencia del tipo de parto.</p> <p>El impacto negativo sobre la función de los MSP es mayor en el parto con fórceps que en los partos normales.</p>
<b>PALABRAS CLAVE</b>	Pelvic floor disorders, urinary incontinence, training program, primary health, pregnancy.

<b>Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria. Valoración a los 3 años (2007-2008)</b>	
<b>FUENTE</b>	Google Académico
<b>AUTOR</b>	Raquel Luque-Carro , Ana Belén Subirón-Valera , Belén Sabater-Adán, Encarna Sanz de Miguel, Amelia Juste-Pina, Esther Cruz-Guerreiro
<b>AÑO</b>	2010
<b>OBJETIVO</b>	Identificar, a los 3 años del parto, los resultados del uso de la episiotomía según un protocolo restrictivo o un protocolo sistemático.
<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	Estudio prospectivo experimental
<b>MUESTRA</b>	Mujeres nulíparas, con un parto eutócico a término, realizado por matronas.
<b>HALLAZGOS DE INTERES</b>	<p>La episiotomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes de la medicina occidental.</p> <p>El parto con fórceps, la realización de episiotomía o un expulsivo prolongado son factores de riesgo para la IU; nuestro estudio, sin embargo, no confirma este hallazgo en relación con la episiotomía.</p> <p>Por su parte, Burgio et al.<sup>21</sup> sostienen que la IU antenatal, la masa corporal y el aumento de peso en la gestación son factores de riesgo para la IU posparto; en nuestro estudio la IU antenatal sí es un factor de riesgo, pero no lo son la masa corporal ni la ganancia ponderal en la gestación.</p>
<b>PALABRAS CLAVE</b>	Episiotomy, childbirth, urinary incontinence, dyspareunia, pelvic floor exercises.

<b>Episiotomía versus desgarro Revisión de las evidencias científicas</b>	
<b>FUENTE</b>	Google Académico
<b>AUTOR</b>	María Irma Sánchez Casal
<b>AÑO</b>	2012
<b>OBJETIVO</b>	Examinar la bibliografía disponible, basándonos en la Evidencia Científica contrastada, para conocer las ventajas e inconvenientes de los desgarros frente a la episiotomía en la asistencia al parto vaginal, así como las posibles indicaciones y limitaciones de la misma y las estrategias para reducir su uso sistemático que, todavía hoy, se realiza en muchos hospitales
<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	Revisión sistemática
<b>MUESTRA</b>	32 artículos referentes a las complicaciones de la episiotomía y los desgarros durante el parto vaginal
<b>HALLAZGOS DE INTERES</b>	<p>La episiotomía es una incisión en el periné que se realiza para aumentar el tamaño del introito vaginal en el periodo expulsivo del parto. La episiotomía es el procedimiento quirúrgico más frecuente y uno de los más controvertidos. La evidencia científica disponible nos recomienda un uso selectivo de la episiotomía, pero a pesar de ello, la incidencia de realización de la misma varía de unos países a otros, lo cual refleja la falta de datos bien documentados sobre las ventajas e inconvenientes de su práctica.</p> <p>No hay evidencia de que la episiotomía sistemática o rutinaria disminuya la incidencia de desgarros de 3º y 4º grado, ni el daño perineal en un parto normal.</p> <p>La episiotomía sistemática no previene los desgarros perineales posteriores, sino que puede agravarlos, mientras que con el uso restrictivo, lo que aumentan son los desgarros anteriores, si bien éstos no parecen tener consecuencias clínicas importantes.</p>
<b>PALABRAS CLAVE</b>	Normal delivery, episiotomy, vaginal tear, perineal tear.

<b>Episiotomía en partos vaginales eutócicos en el hospital universitario “La ribera”</b>	
<b>FUENTE</b>	Google Académico
<b>AUTOR</b>	Sandra Pérez Valero
<b>AÑO</b>	2012
<b>OBJETIVO</b>	Describir la incidencia de episiotomía en partos vaginales eutócicos y analizar los factores de riesgo que condicionan la realización de la práctica por la matrona
<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	Estudio observacional descriptivo transversal y retrospectivo
<b>MUESTRA</b>	Mujeres primíparas y multíparas, con parto vaginal eutócico, a término y que se les hubiera practicado o no episiotomía.
<b>HALLAZGOS DE INTERES</b>	<p>El uso selectivo de episiotomía además de un menor riesgo de lesiones del periné posterior, menores complicaciones tanto en la curación como cicatrización de las lesiones y un menor consumo de suturas. El único inconveniente del uso selectivo, es el mayor riesgo de aparecer lesiones perineales anteriores.</p> <p>Al llevar a cabo una práctica de episiotomía selectiva se produce un incremento de integridad perineal y disminución de desgarros de I y II grado pero no de desgarros de grado III. Las mujeres a las que se les practicó episiotomía presentaron menos desgarros anteriores. Las mujeres a las que no se les practicó episiotomía experimentaron un aumento de desgarros anteriores.</p> <p>La realización de episiotomía de forma selectiva, supone un aumento en el número de partos con perinés íntegros y de lesiones perineales leves pero no severas. Por otro lado, los desgarros producidos, en su mayoría, son menos profundos que una episiotomía que afecta al rafe perineal.</p>
<b>PALABRAS CLAVE</b>	Episiotomy, normal delivery, obstetric delivery, parity



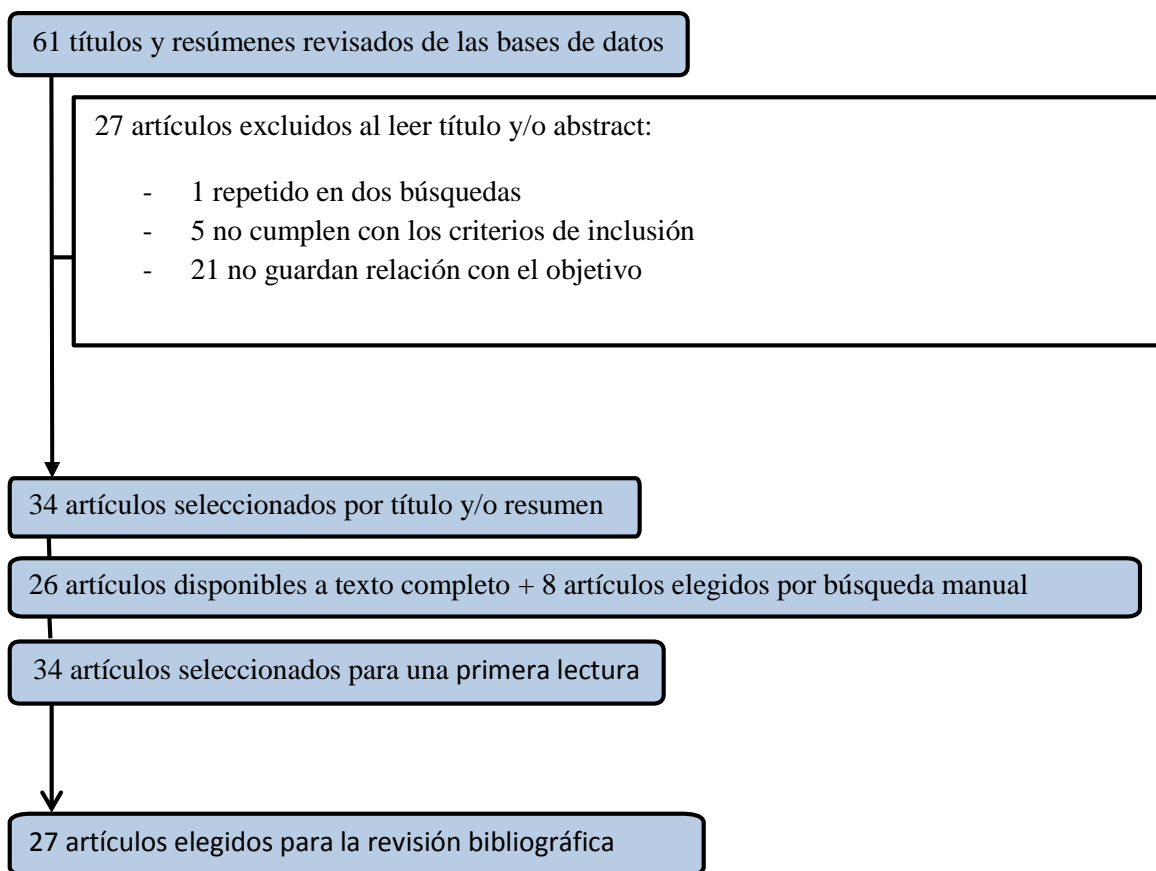
<b>La episiotomía en España. Datos del año 2006</b>	
<b>FUENTE</b>	Google Académico
<b>AUTOR</b>	Juan Carlos Melchor, José Luis Bartha, Jordi Bellart, Alberto Galindo, Mónica Miño, Alfredo Perales
<b>AÑO</b>	2006
<b>OBJETIVO</b>	Conocer la realidad actual de nuestro país sobre episiotomía
<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	Estudio descriptivo
<b>MUESTRA</b>	147.085 partos
<b>HALLAZGOS DE INTERES</b>	<p>La episiotomía no se debe de hacer de forma rutinaria, sino que se debe realizar de forma restrictiva.</p> <p>Se ha podido comprobar que la episiotomía selectiva en comparación con el uso rutinario se asoció con un riesgo reducido de traumatismo perineal posterior.</p> <p>La episiotomía restrictiva parece tener un cierto número de beneficios en comparación con la práctica de la episiotomía rutinaria. Origina menos trauma perineal posterior, menos necesidad de sutura y menos complicaciones. Además no hay diferencias con respecto a la mayoría de las medidas de dolor y al trauma perineal o vaginal severo. Por el contrario, hay que señalar que con el uso restrictivo de la episiotomía, sí que hubo un mayor riesgo de trauma perineal anterior. Por tanto, sobre la base de la evidencia disponible se recomienda el uso restrictivo de la episiotomía.</p>
<b>PALABRAS CLAVE</b>	Episiotomy, urinary incontinence, obstetrics

<b>La maniobra de Kristeller: revisión de las evidencias científicas</b>	
<b>FUENTE</b>	Google Académico
<b>AUTOR</b>	Cristóbal Rengel Díaz
<b>AÑO</b>	2011
<b>OBJETIVO</b>	Examinar la bibliografía disponible para valorar si es más segura la maniobra de Kristeller en partos vaginales que la utilización de vacío, fórceps, espátulas..., que acorta el expulsivo y minimiza los riesgos fetales respecto al parto instrumental.
<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	Revisión sistemática
<b>HALLAZGOS DE INTERES</b>	<p>El grupo de mujeres que recibieron presión sufrió más episiotomías que el grupo control no se incrementó el riesgo de desgarros cervicales ni vaginales frente al grupo control. El riesgo de desgarros perineales leves no cambió en el grupo de presión, aunque sí aumentó el riesgo de desgarro perineal severo con esta técnica (el 28,1 frente al 3,7%).</p> <p>Los autores sugieren que esto se debe a que en el expulsivo pujar en la maniobra de Valsalva para incrementar su fuerza en un 86%, pero esta maniobra es contraria a la sinergia del suelo pélvico y, por ello, puede aumentar el riesgo de desgarros severos y de esfínter.</p>
<b>PALABRAS CLAVE</b>	Kristeller maneuver, uterine pressure, delivery.

<b>Manejo activo frente a expectante de los pujos en el expulsivo. Revisión de la evidencia científica</b>	
<b>FUENTE</b>	Google Académico
<b>AUTOR</b>	Esther Álvarez-Burón, María del Socorro Arnedillo-Sánchez
<b>AÑO</b>	2010
<b>OBJETIVO</b>	Revisar la evidencia científica sobre los beneficios y las repercusiones de la ejecución de los distintos pujos en el expulsivo y las circunstancias en las que sería recomendable la realización de un tipo u otro de pujo.
<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	Revisión sistemática
<b>HALLAZGOS DE INTERES</b>	<p>La práctica rutinaria del pujo dirigido puede tener efectos perjudiciales sobre la integridad del suelo pélvico, dado que se relaciona con la aparición de incontinencia urinaria y fecal a los tres meses del parto, que puede persistir durante años; en cambio, no se ha observado efecto perjudicial alguno cuando se deja que la mujer empuje con libertad.</p> <p>Aunque el pujo continuo y sostenido parece acortar ligeramente este periodo, no confiere ningún beneficio, ya que parece comprometer el intercambio de gas materno-fetal y la integridad del suelo pélvico. Los pujos espontáneos y libres parecen ser mejores</p> <p>El inicio precoz del pujo parece ocasionar los siguientes efectos negativos: alteraciones hemodinámicas materno-fetales; efectos negativos en el bienestar fetal (deceleraciones de la frecuencia cardiaca, hipoxemia y cambios en el equilibrio ácido-base); aumento de la fricción de la presentación fetal con la pared vaginal posterior; lesión de los músculos perineales y los ligamentos uterinos, y mayor incidencia de partos instrumentales.</p>
<b>PALABRAS CLAVE</b>	Delivery, expulsive phase, pushing

<b>Urinary Incontinence in Pregnancy and the Puerperium</b>	
<b>FUENTE</b>	Cinahl
<b>AUTOR</b>	Charlotte E. Spellacy, MS, ARNP
<b>AÑO</b>	2001
<b>OBJETIVO</b>	Describir la incidencia de la incontinencia urinaria (IU) durante el embarazo y la puerperio y para identificar el potencial de contribución factores.
<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	Diseño descriptivo
<b>MUESTRA</b>	Una muestra de 50 mujeres embarazadas, por lo menos 18 años de edad, que recibieron su cuidado en una clínica prenatal gran hospital universitario en la parte sureste de los Estados Unidos.
<b>HALLAZGOS DE INTERES</b>	<p>El trauma resultante de parto vaginal puede causar daños en el tejido conjuntivo, neuropatía y lesiones musculares, contribuyendo así al desarrollo de la incontinencia urinaria.</p> <p>Muchos otros estudios también han identificado episiotomía como un factor de alto riesgo.</p> <p>Las laceraciones e incisiones del periné durante el parto están asociados con posparto debilitamiento del suelo pélvico.</p> <p>Identificaron el embarazo como un factor contribuyente importante en el desarrollo de la incontinencia urinaria.</p>
<b>PALABRAS CLAVE</b>	Postpartum, pregnancy, puerperium, urinary incontinence

## 8.5 ANEXO 5: Diagrama de flujo de selección de la literatura



## 8.6 ANEXO 6: Árbol categorial

