

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POST GRADO

El parto como factor de riesgo en la incontinencia urinaria en el Hospital La Caleta Chimbote- Año 2001

TESIS Para optar el grado académico de **MAGÍSTER EN OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN
SALUD REPRODUCTIVA**

AUTOR

Jenby Yamira Orihuela Salazar

LIMA – PERÚ 2005

DEDICATORIA

A mis queridos padres, por sembrar en mi la semilla de la sensibilidad y comprensión, por su cariño, amor y por enseñarme a que debemos tener fortaleza de continuar hacia delante no importa las circunstancias que la vida nos presenta.

AGRADECIMIENTO:

Primeramente , gracias a Dios por poner en mi camino a tantas personas, quienes han contribuido de forma significativa a este trabajo y a mi vida

A mi asesora, por su apoyo y colaboración en este trabajo.

INDICE

Contenido

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	6
MARCO TEORICO	8
Justificación del Estudio	19
Objetivos del Estudio	19
Limitaciones del Estudio	20
METODOLOGIA	
Tipo de Investigación	21
Universo y Muestra	21
Criterios de inclusión y exclusión	22
RESULTADOS	23
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	36
CONCLUSIONES	44
SUGERENCIAS	46
BIBLIOGRAFÍA	47
ANEXOS	

RESUMEN

Se realizo un estudio prospectivo en el que se encuestaron 300 pacientes que habían tenido uno o mas partos vaginales, de estas 22 no fueron consideradas por no tener datos confiables, de las 278 que quedaron 91 habían tenido Incontinencia Urinaria antes de su primer embarazo (33.1%) por lo que no se las considero en el estudio. De las 187 mujeres restantes 32 presentaron Incontinencia Urinaria después de uno o mas partos y estas constituyen el grupo de estudio y 155 no presentaron incontinencia.

La paridad en ambos grupos fue en promedio 2.2 con rangos entre 1 y 8 partos.

El análisis de la información demostró que las variables asociadas a la IU fueron la paridad ,el peso del Recién Nacido, la atención del parto atendido en centro de salud y por médico general,

La episiotomía profiláctica no fue factor asociado a la IU y la atención de parto en Hospital parece ser un factor favorecedor que presenta la menor asociación con el problema.

ABSTRACT

It carried out a prospective study in which it made a survey of 300 patients that they have had one or more vaginal deliveries, of these 22 they were not considered for not having sure data, of the 278 that they were ninety- one 91 left they have had Urinary Incontinence before its first pregnancy (33.1 %) because of were not considered in the study. Of the 187remainig women 32 presented Urinary Incontinence after one ore more deliveries and those constitute the group of study and 155 they will not report on incontinence.

The parity in both groups were in average 2.2 with ranks between 1 and 8 deliveries.

The analysis of the information shown that the variables associated to the UI were the parity, the weight of the new born, the attention of the attended delivery in the Health Center and by General physician.

The profilactic episiotomy was not associated factor to the UI and the attention of the delivery in Hospital seems to be a favouver factor that it shows the least association with the problem.

INTRODUCCIÓN

A través de los años se ha tenido y se mantiene el concepto de que la incontinencia urinaria (IU) en la mujer en edad reproductiva, es decir, antes de la menopausia, está determinada por el número de partos, modo de atención del parto y peso del RN.

Las observaciones empíricas han permitido observar que mujeres nulíparas presentan diversos grados de IU y que grandes multíparas no la presentan, lo cual ha puesto en tela de juicio de que el parto sea el único factor determinante de IU.

Se atienden millones de partos en Servicios de Salud y domicilio, por profesionales y por empíricos, y los indicadores de calidad se basan en la morbilidad materna y perinatal pero no se considera las secuelas y morbilidad materna futura como es la Incontinencia Urinaria además de la dispareumia, infertilidad, frigidez y prolapsos entre otros, como también podría ser la enfermedad inflamatoria pélvica crónica.

No se ha evaluado la atención del parto de cada personal profesional, pre-profesional y empírico de manera específica. Se supone que a mayor nivel del Servicio de atención los riesgos

inmediatos y mediatos de la atención del parto se minimizan, pero no se ha investigado si esto es verdad y si las secuelas antes mencionadas también se minimizan o desaparecen por el nivel de complejidad de la Institución de Salud y del nivel de conocimiento de los prestadores de salud.

Los conceptos vertidos en los libros de texto clásicos de la bibliografía revisada de los últimos 30 años no hay estudios ni evidencias de que exista una asociación evidente entre el parto vaginal y secuelas como la IU, dispareumia, infertilidad y el prolapso genital. Las publicaciones de las últimas décadas presentan como una posible causa de IU al parto vaginal.

En todo caso no hay evidencias ni investigaciones científicas que demuestren los conceptos vertidos. En tal sentido, una investigación como la realizada, a pesar del tamaño de la muestra analizada, podría constituirse en un estudio científico original en el tiempo y el espacio, que evalué la labor positiva y negativa de los Servicios de Salud y de la labor profesional y no profesional de la atención del parto y cuyas secuelas orienten a estrategias para mejorar la Salud reproductiva de la mujer atendida en su labor de parto vaginal.

MARCO TEORICO

Según algunas publicaciones de años atrás, prácticamente todos los partos vaginales dejan alguna relajación residual y la morbilidad resultante en base al número de mujeres que la sufren, es considerable. La mejor atención del parto ha disminuido la gravedad de casi todas estas lesiones, pero la relajación sintomática sigue siendo una de las quejas que con mayor frecuencia escuchan los ginecólogos en la consulta diaria.

La incontinencia urinaria (IU) es un problema de salud de alta prevalencia que afecta a mujeres de todas las edades, pero a pesar de ello, no hay estudios epidemiológicos nacionales ni locales al respecto, por lo que se desconoce la magnitud del problema. De otra parte, como se trata de una patología que tiene un componente urológico y al mismo tiempo ginecológico, desde antaño se viene disputando su patrimonio entre urólogos y ginecólogos por que ambos consideran que es patología de su competencia. Sin embargo, la íntima asociación de esta patología a la paridad como secuela de complicaciones obstétricas especialmente del período expulsivo del parto y el peso de los recién nacidos en las mujeres en edad reproductiva y a problemas hormonales o de distopias en las mujeres pos menopáusicas, generalmente es el Gineco-Obstetra el que tiene la mayor oportunidad de atender y manejar estos

problemas de la mujer íntimamente relacionados con el proceso reproductivo.

De todo ello, lo más común es que la incontinencia urinaria se observa con mayor frecuencia en mujeres posmenopáusicas, después de embarazos repetidos y alumbramientos vaginales. (7) Sin duda el embarazo es el factor desencadenante más frecuente y la mayoría de las pacientes adquieren la incontinencia de esfuerzo en esta época. Pareciera que el control muscular de la incontinencia se vuelve ineficaz debido al aumento de la laxitud de los mecanismos de soporte de la uretra superior. Después del embarazo este mecanismo vuelve a la normalidad, pero tras embarazos repetidos se torna insuficiente y puede persistir incontinencia residual

La incontinencia urinaria es una situación de discomfort que afecta la salud y el desempeño social y laboral de gran parte de la población femenina de diferente edad. A pesar de ello, no son suficientes los estudios realizados para conocer la etiopatogenia, las dimensiones y el alcance del problema. Más aún, las mujeres que consultan por esta patología son una parte del total de las mujeres que la padecen pero que por diversas razones no acuden a consulta médica.

El interrogatorio acucioso a la paciente ginecológica u obstétrica , permite detectar episodios de incontinencia de menor grado que ellas consideran dentro de los límites de la normalidad y que lo solucionan en parte adoptando actitudes, poses y dietas para evitar la pérdida involuntaria de la orina .

La incontinencia urinaria tiene diferentes grados como lo establecieron Wayne y Walker en un trabajo publicado en 1972 (

15) y por ello es que algunas mujeres confunden pequeñas pérdidas de orina con la expulsión de flujo vaginal o como si fuera algo que puede ser normal durante el coito y al lograr el orgasmo .

Actitud común de muchas mujeres es el cruzar las piernas o el juntar forzosamente los muslos cuando ríen o hacen esfuerzos para de esa manera evitar pérdidas de orina, y consideran normal tal situación basadas en algunos dichos populares como aquellos que dicen "se orinó de risas" o " se esforzó demasiado hasta orinarse". Esto hace que la epidemiología de la incontinencia urinaria como patología, esté subestimada por muchas mujeres que no perciben el "daño" como tal.

Por ello, es posible que a través de encuestas se pueda conocer con mayor precisión la real magnitud del problema. Al mismo tiempo, el interrogatorio a mujeres aparentemente sanas, permite hacerles conocer que la incontinencia urinaria a pequeños y medianos esfuerzos , durante la risa o en condiciones de miedo o estrés, no es normal, sino que debe ser motivo de consulta médica para evitar su progreso y agravamiento que en edades más avanzadas pueda requerir tratamiento quirúrgico.

La incontinencia urinaria es definida como pérdida involuntaria de orina a través de una uretra aparentemente intacta, condición que constituye un problema higiénico con mal olor y social para la persona que lo padece, su pareja y el resto del núcleo familiar. Es más frecuente el compromiso de salud en mujeres de edad avanzada. El costo indirecto de la incontinencia urinaria en los Estados Unidos ha sido estimado en más de 16 millones de dólares

por año. Además, ha sido asociada a una disminución de la independencia personal y de la calidad de vida. La incontinencia urinaria esporádica en mujeres mayores de 60 años es aproximadamente de 30 a 50 % y de ellas, 6 a 14 % presentan episodios diarios (1).

Otros estudios que incluyen a hombres y mujeres han reportado una mayor prevalencia en las mujeres, con una relación de 4:1 en menores de 60 años y alrededor de 2:1 en mayores de 60 años (2).

En una encuesta realizada entre mujeres jóvenes, saludables y nulíparas de 17-25 años se reportó 51% de manifestaciones clínicas de incontinencia urinaria.(3), en las que posiblemente el factor neurogénico, el estrés, actividad laboral, estilo de vida, procesos respiratorios frecuentes o crónicos, estreñimiento, esfuerzo físico y deportes, asociados a una constitución mesénquimo hipotónica es el factor causal . En estas mujeres es frecuente esta asociación a la personalidad y a la presencia de várices.

Existe también prevalencia de acuerdo a la edad y etnia. En un estudio realizado entre mujeres hispanas y blancas en los EU se encontró, que las primeras presentaban más casos de incontinencia debido a su mayor número de gestaciones y paridad que las segundas, las cuales, a pesar de superar el número de histerectomías presentaban menos casos de incontinencia (5).

Antaño, la atención del parto vaginal se consideró como "El arte de la parturición" y se calificaba como el "Mejor Obstetra,

Obstetrix o comadrona", aquel que, cualesquiera fueran las consecuencias para la madre o el niño, lograba que el parto terminara por vía vaginal. Hoy el "Arte de la parturición" no considera la vía del parto, sino las condiciones de salud materna y del niño luego del nacimiento y considera además, la ausencia de secuelas para ambos.

Los conocimientos, experiencias y capacidad de quienes atienden partos, no se valora por el logro de un parto vaginal difícil o casi imposible, sino por la correcta elección de la vía del parto y la salud inmediata y futuro de la madre y el niño.

Las yatrogenias del parto felizmente tienden a desaparecer con los nuevos criterios del "Arte de la parturición" y por ello es posible que las secuelas del neonato así como las de la madre (distopías genitales y la incontinencia urinaria) hayan disminuido considerablemente al aceptar que la vía vaginal es una vía de elección del parto cuando las condiciones materno fetales son favorables.

Las bases teóricas del estudio fueron analizadas en la elaboración del proyecto en el que se hizo un análisis del porqué el parto podría ser un factor asociado a la IU y en los conceptos analizados se consideró :

El diafragma pélvico femenino.-

La separación de los elevadores del ano comienza con la actividad sexual y continúa con el parto especialmente cuando el feto es de gran tamaño, en los partos precipitados o por desgarramiento perineal extenso.

La episiotomía.-

La Medicina basada en evidencias, en los últimos años y luego de que el grupo Cockrane evalúa diversos estudios que comprenden miles de casos de partos, han llegado a la conclusión de que esta técnica empleada no ha tenido valor significativo para evitar las secuelas del parto y este es uno de los elementos de valor que se ha considerado en el presente estudio.

El diafragma urogenital.-

En la múltipara, el transverso del periné puede desaparecer por retracción después de un desgarro o de la reparación inadecuada de la episiotomía. Esto hace que la vagina pierda su efecto constrictor en su porción media especialmente importante en la relación coital.

La Fascia Endopélvica.-

Es otro elemento a considerar aún cuando de menor significación funcional.

Tiempos del período expulsivo del trabajo de parto.-

Que producen distensión de los músculos del piso pélvico y que pueden alterarlo disminuyendo su acción diafragmática y de sostén.



Figura 1.- Maniobra de Ritgen sobre el Perineo posterior. La mano izquierda contiene el sincipucio. La mano derecha distiende el perineo posterior y en unión con la izquierda regula la salida de la cabeza

Figura 2.- La episotomía media aminora la tensión de la musculatura del suelo de la pelvis. Si la protección del perineo se prolonga excesivamente pueden sobrevenir lesiones en la parte anterior del músculo bulbocavernoso (según Von Jaschke)

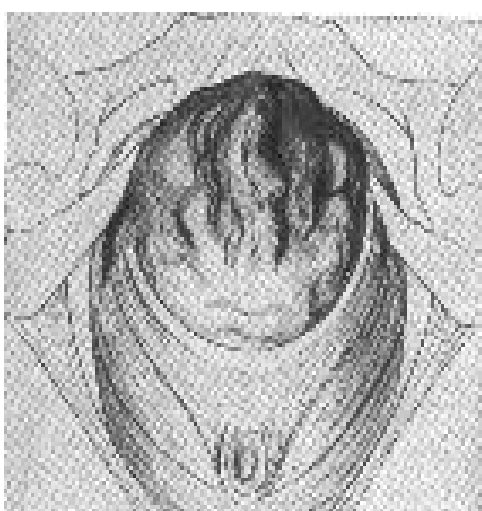
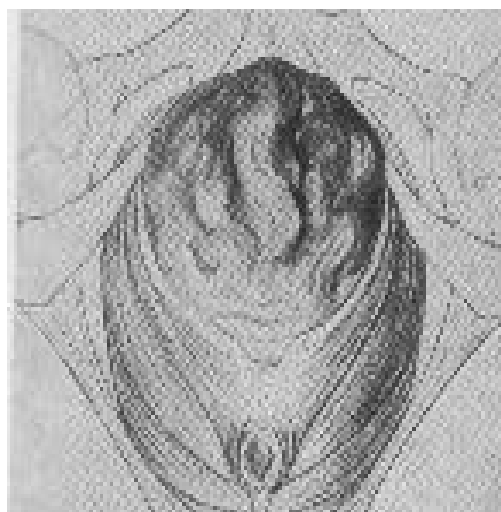


Figura 3.- Los desgarros de la parte anterior del bulbocavernoso y de la parte púbica del elevador del ano alivian la tensión perineal, **pero a expensas de lesiones permanentes de la musculatura del suelo de la pelvis**

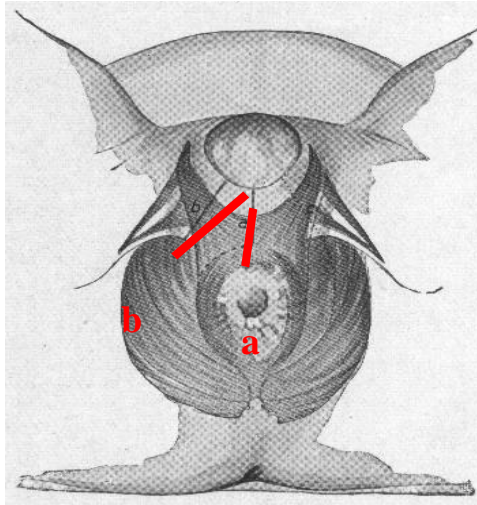


Figura 4.- Músculos interesados en las distintas episiotomías:

- a). Episiotomía media.-En caso necesario con desviación en arco de círculo de la sección.
- b). Episiotomía lateral- Con sección del músculo bulbocavernoso

Sección más profunda de la vagina, perineo y suelo de la pelvis, con sección del bulbocavernoso y parte del elevador del ano.

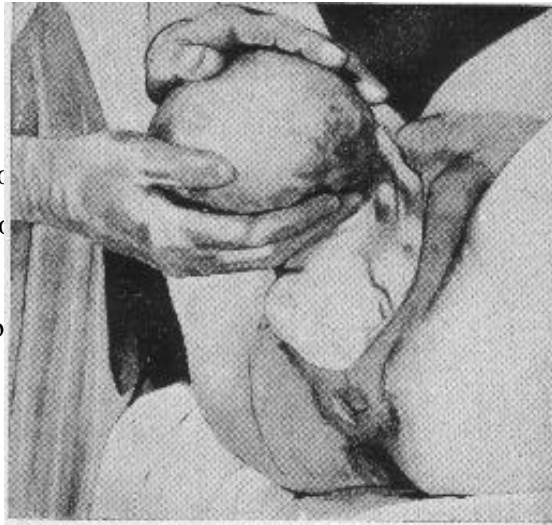
En estas tres figuras tomadas de los tratados clásicos de obstetricia (1, 15, 16) se pueden ver las estructuras anatómicas del piso pélvico que se comprometen durante el período expulsivo del parto y lo que se pretende evitar con las diferentes episiotomías



Figura 5.- Salida de hombros, I. Al dirigir la cabeza en la presentación occipital izq. La cara se dirige hacia el muslo der. de la parturienta. Sujutando la cabeza entre las palmas de las manos, se la hace descender hasta el momento en que es visible el hombro anterior bajo la sínfisis del pubis.

En este momento pueden comprometerse las estructuras anteriores del periné.

Figura 6.- Salida de los hombros.
Una vez situado el hombro anterior bajo la sínfisis del pubis, se eleva la cabeza hasta que el hombro posterior rebasa el perineo.



Como se puede apreciar en las figuras anteriores el parto podría especialmente durante el desprendimiento de los hombros tanto en la presentación cefálica como en la pelviana, producir distensiones y desgarros del periné anterior que podrían ser causa de Incontinencia Urinaria.

Normalmente, la anatomía pélvica de la mujer tiene ciertas características que preservan a la mujer de la IU y la aparición de distopías genitales; estas características son modificadas por el primer embarazo que llega a término y más aún por el parto vaginal.

El piso pélvico en la nulípara.-

Normalmente constituida, tiene una inclinación de aproximadamente 30 grados con relación a un plano horizontal paralelo al suelo cuando la mujer está en posición de pie. Esta inclinación del piso pélvico puede observarse al trazar una línea imaginaria desde la pirámide de Lalouette o prominencia retropúbica y el coxis; es la orientación que tienen los músculos y fascias pubocoxígeas, lo cual hace que la línea de fuerza de los

órganos pélvicos incidan de modo oblicuo, con un ángulo de más o menos 30 grados sobre estos elementos de sostén de la vejiga y los genitales femeninos disminuyendo el efecto depresor, deformador y distensor de este importante elemento de sostén de los órganos pélvicos.

Este plano inclinado del piso pélvico se ve progresivamente modificado por los cambios de la estática de la mujer a medida que progresa el embarazo debido a la prominencia y el peso del abdomen que cambia además la incurvación de la columna lumbo sacra y la distensión ligamentaria. La gestante, al alcanzar una actitud " arrogante ", cambia su línea de apoyo que ya no va desde los hombros a la punta de los pies, sino que va desde los hombros a los talones y por ese mecanismo, el pubis se hace un tanto inferior a su posición normal y al mismo tiempo, el sacro y coxis adquieren un nivel superior al que tenían, lo cual conlleva a un cambio en la inclinación del piso pélvico que se torna paralelo al suelo cuando la gestante está de pie.

Este es un primer mecanismo que facilita el cambio de posición de los órganos pélvicos y una pérdida del ángulo véscico uretral, lo cual asociado al efecto miorelajador de la progesterona elevada en sus niveles durante el embarazo, hace que desde ya, muchas gestantes presenten cierto grado de incontinencia urinaria acentuado en muchos casos por infecciones urinarias y por la presión que ejerce el polo de presentación fetal. Estos últimos mecanismos provocan " micción imperiosa " y contribuyen a la IU espontánea y al esfuerzo.

Volumen del bólido fetal.

Esto conlleva a una mayor distensión de los elementos del piso superior e inferior de la pelvis. Pero esto además conlleva a la atrición del esfínter vésico uretral con lesión temporal o definitiva de algunas terminaciones nerviosas que lo inervan y la posterior disfunción del citado esfínter. Esto adquiere mayor gravedad si durante el expulsivo no se amplía artificialmente el canal blando del parto evitando que la presentación fetal no tenga un mayor espacio posterior para su salida.

La salida intempestiva del feto y la deficiente protección perineal pueden originar lesiones que dejarán incontinencia urinaria y en algunos casos también fecal por lesiones esfínterianas. (fig. 3)

Problema de Salud Pública

En nuestro país no existen estudios epidemiológicos, de Salud Pública y económicos como en USA, que evidencien la magnitud del problema y sus implicancias pero tomando en cuenta estudios de otros países (1,2,3) el presente tiene justificaciones validas considerando la IU desde diferentes enfoques:

- Calidad de vida. -
la mujer con IU se inhibe de salir de su casa y si lo hace, debe usar toallas higiénicas con gran capacidad de absorción.
- Problema psicosocial: limita la actividad social por el disconfor y limitaciones de vestimenta
- Se inhibe de hacer deportes y esfuerzos por que puede

tener pérdidas de orina

- Su vida conyugal se convierte en un malestar por que en su relación coital puede tener pérdidas de orina y permanentemente debe higienizarse o usar desodorantes para evitar el olor urinoso de sus genitales por la continua presencia de orina en ellos.
- Estado de salud. Por la humedad frecuente de sus genitales y la higiene constante que deben realizarse, sufren con frecuencia infecciones respiratorias e infecciones inflamatorias pélvicas.
- Problemas económicos.- Por la discapacidad laboral en casos moderados y severos y por el costo del tratamiento quirúrgico y que en muchos casos presenta recidivas.

Es importante conocer los verdaderos factores condicionantes de la IU pos parto para evitar los riesgos.

El Objetivo General del estudio fue determinar el grado de asociación entre el antecedente de parto con la presencia de incontinencia urinaria.

Los Objetivos Específicos se fijaron en:

- Conocer el grado de asociación entre paridad y presencia de incontinencia urinaria .
- Conocer el grado de asociación del peso de los recién nacidos y la incontinencia urinaria aparecida después de sus partos.

- Establecer la posible asociación entre el personal que atendió el parto y el lugar donde lo hizo y la aparición posterior de IU.
- Correlacionar la incontinencia urinaria con la realización de la episiotomía en el primer y segundo parto.

Limitaciones.-

Definitivamente, estudios de esta naturaleza tienen sus limitaciones. Lo ideal de un estudio de causa / efecto como éste, idealmente requieren de un diagnóstico previo, estandarización o conocimiento preciso de la calidad de atención brindada en cada establecimiento y por cada servidor de salud y el seguimiento a corto, mediano y largo plazo por que el efecto puede no ser inmediato. Además se deben conocer diversos factores intervinientes que pueden ser origen de sesgos de error.

El ideal en este tipo de estudio es imposible utilizando una metodología que permita que los resultados sean plenamente confiables. Por ello se ha realizado el estudio evaluando el riesgo relativo de diversas variables que se presentan en las tablas. Con ello, trata de complementar los estudios ya realizados sobre este problema de Salud Pública y de Salud Reproductiva como es la incontinencia urinaria y establecer la posible asociación entre el parto, su contexto y la aparición posterior de IU en la mujer antes de la menopausia.

MATERIAL Y METODOS

TIPO DE INVESTIGACION

Es un estudio prospectivo, comparativo, correlacional y transversal.

UNIVERSO Y MUESTRA:

UNIVERSO

Está constituido por pacientes mujeres en edad reproductiva que acuden a consultorios de Gineco-Obstetricia del Hospital "La Caleta" Chimbote.

- **Unidad de Estudio:**

Mujeres que fueron atendidas en el Hospital "La Caleta" .

- **Tamaño de Muestra:**

El tamaño muestral mínimo necesario para evaluar la contribución de los factores potenciales asociados, se ha calculado en 300 casos encuestados.

- **Tipo de Muestreo:**

Las mujeres que constituyen la muestra fueron seleccionadas por un muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple.

- **Unidad de Análisis:**

La unidad de análisis estuvo constituida por cada una de las mujeres en edad reproductiva que hayan tenido por lo menos un parto previo.

- **Criterios de Inclusión:**

- Mujeres en edad reproductiva
- Mujeres con uno o más partos previos por vía vaginal.

- **Criterios de Exclusión:**

- Mujeres que tuvieron IU desde la infancia o antes del primer parto
- Mujeres con IU en la post-menopausia
- Mujeres con tumores pélvicos
- Mujeres con incontinencia urinaria asociada a patologías respiratorias, digestiva o neurológica.

RESULTADOS

Características Poblacionales

	<u>Sin IU pos parto</u>	<u>Con IU pos partos</u>
Edad: X ± DS. y Rangos.	31 ± 6	31 ± 8
Talla: X ± DS. y Rangos	157 ± 11 (140 – 170)	156 ± 12 (44 – 185)
Peso: X ± DS. y Rangos	60 ± 8 (40 – 79)	60 ± 8 (50 – 78)
Ocupación: Su casa	110	21
Comerciante	13	2
Costurera	4	3
Prof. De Salud	5	1
Estudiante	5	3
Profesora	10	1
Secretaria	8	1
Total general	155	32
Nivel Educativo Iletrada	1 0.6	0 0.0
Primaria	23 14.8	6 18.8
Secundaria	75 48.4	16 50.0
Superior	56 36.1	10 31.3
Partos vagin. X ± DS Rango	1 - 7	1 - 8
Partos vaginales	2	2
Peso del R.N.	3407 ± 478	3405 ± 478

- *No hay diferencia estadísticamente entre ambos grupos*

**Tabla N° 1 .- Existencia o no de IU antes y después del
1er Embarazo**

IU	N°	%	Observaciones
Con IU antes del 1er Emb.*	91	32.7	No entran al estudio
Con IU pos partos	32	11.5	Muestra estudiada
<i>Sin IU pos partos.</i>	<i>155</i>	<i>55.8</i>	<i>Muestra estudiada</i>
Total	278 *	100.0	Población encuestada

- De las 300 mujeres encuestadas por el estudio, 22 no fueron consideradas por que sus datos no eran confiables.

** La tercera parte de la muestra manifestó haber tenido o tener incontinencia urinaria desde muy niñas y algunas de ellas refirieron nicturia en algunos casos hasta los 16 años, lo cual posiblemente está en relación a espina bífida u otras alteraciones neurológicas.

En estas mujeres, las circunstancias en que se presentaba la IU fueron diversas: cuando estaban nerviosas, se reían, hacían esfuerzos, estaban gordas o estaban muy delgadas y algunas de ellas refirieron que su problema desapareció con la vida conyugal o cuando tuvieron su primer parto y la mayoría no consultó al médico por que lo consideraba normal o no tenían recursos para la consulta y el tratamiento.

* Este 32.7% de la muestra no fue considerado en el estudio por que el problema existía antes de sus partos.

Tabla N° 1 A.- IU y Paridad

IU Post-Parto	N°	%
<i>Post - 1er. Parto vaginal</i>	<i>12</i>	<i>6.4</i>
<i>Post-2 0 más Partos vaginales</i>	<i>20</i>	<i>10.7</i>
No Tuvieron IU post parto	155	82.9
Total	187	100

De las que fueron incluidas en el estudio, **el 17.1%** presentó IU después de alguno de sus partos, es decir, **1 de cada 7 mujeres**. Esta es la magnitud del problema en la muestra estudiada.

Tabla N° 1 B .- IU y Paridad disgregada

IU \ PARTO	1 parto		2 partos		3 partos		4		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Sin IU pos parto	63	40.9	40	26.0	27	17.5	24	15.6	154	100.0
<i>Con IU pos parto</i>	<i>6</i>	<i>19.4</i>	<i>12</i>	<i>38.7</i>	<i>6</i>	<i>19.4</i>	<i>7</i>	<i>22.5</i>	<i>31</i>	<i>100.0</i>

De las que tuvieron IU pos parto, el 80.6% tuvo dos partos o más con un rango máximo de 8 partos y sólo el 19.4 tuvieron un solo parto, en tanto que las que no tuvieron IU pos parto, solo el 59.1%

tuvo dos partos o más con un rango máximo de 7 partos. Esto significa que hubo mayor número de multíparas en el grupo que presentó IU pos parto vaginal.

Los resultados del análisis estadístico fueron:

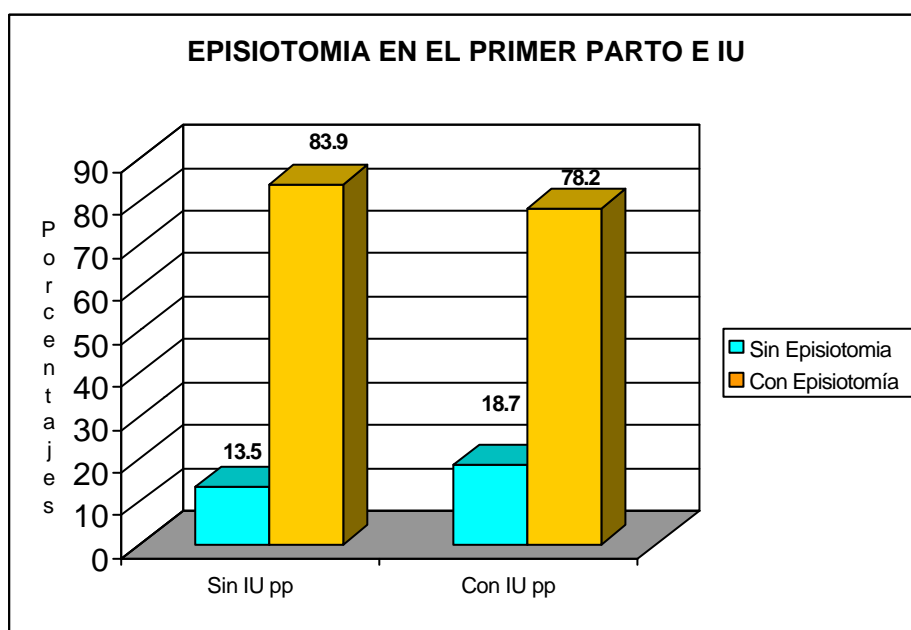
Odd ratio : 2.88 (1.05 < OR < 8.36)

RR : 1.16 (1.03 < RR < 1.31)

Chi cuadrado corregido 5.10 p = 0.0239

Aunque el riesgo relativo de presentar IU por la paridad no es muy alta, la diferencia entre la paridad de ambos grupos es estadísticamente significativa. **La paridad demuestra estar asociada a la IU pos parto.**

GRAFICO No 1.- EPISIOTOMIA EN EL PRIMER PARTO Y IU



Al comparar las proporciones en la tabla de doble entrada, los datos obtenidos fueron los siguientes:

Odds ratio 0.67 (0.23 < OOR < 2.08)

R.R. = 0.95 (0.75 < RR < 1.15)

Fisher para 1 cola = 0.2975 y para 2 colas = 0.4154

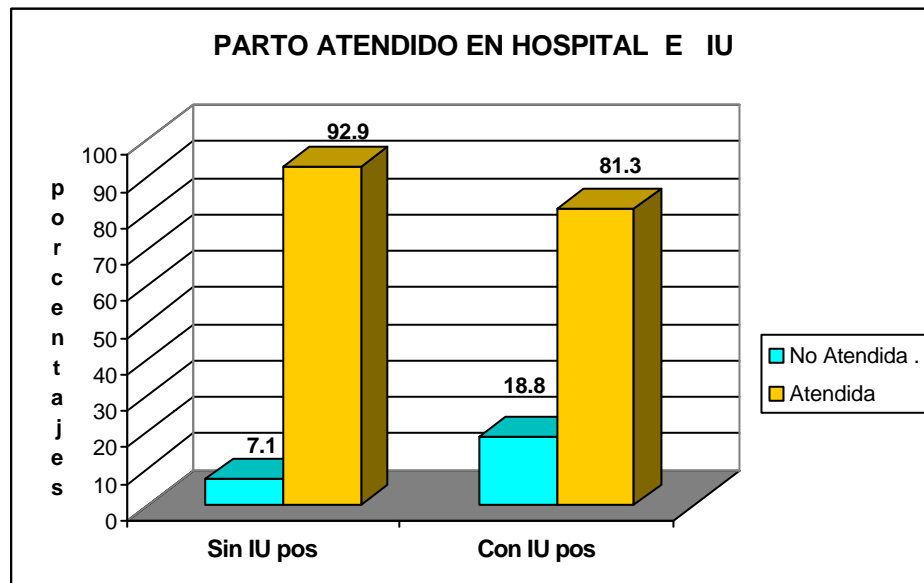
Chi cuadrado = 0.60 ; p = 0.4370

La diferencia no es estadísticamente significativa.

En las que presentaron IU pos parto, hubo un mayor porcentaje en que no se les practicó episiotomía en su primer parto y esto guarda cierta relación con las tendencias de riesgo que aunque **no son estadísticamente significativas quizá por el tamaño de la muestra, si pareciera ser un factor condicionante para que las mujeres posteriormente presenten IU pos parto.**

LUGAR DE ATENCIÓN

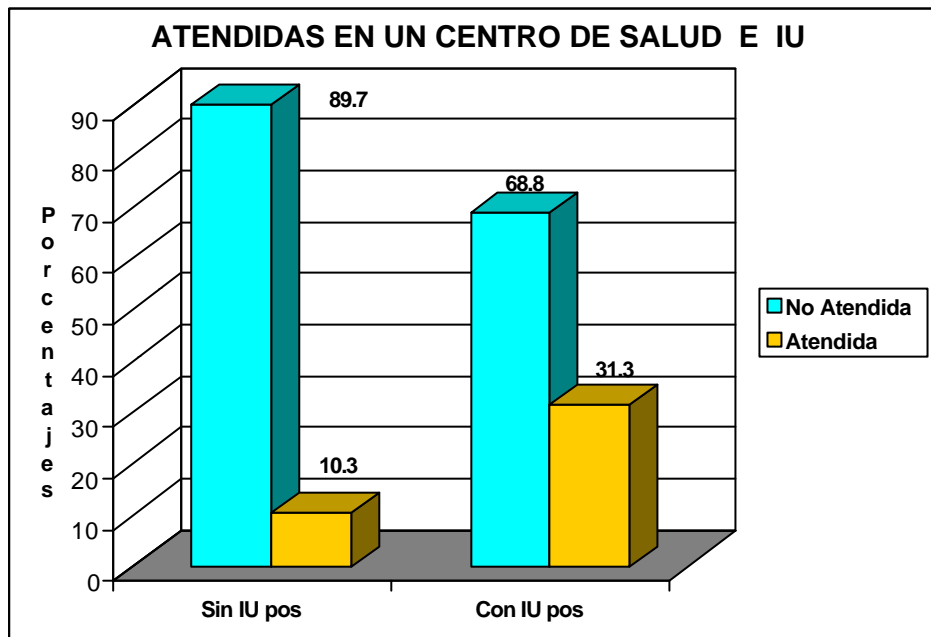
GRAFICO No. 2.- PARTO ATENDIDO EN HOSPITAL E IU



- * En este caso se debe utilizar la prueba exacta de Fisher, no demuestra significancia estadística, sin embargo el **riesgo relativo es de 0.43 (0.21 < RR < 0.90) el cual es significativo.**

** Del grupo con IU pos parto, el porcentaje de NO atendidas en un hospital fue casi el triple que en el grupo control.

GRAFICO No. 3 CENTRO DE SALUD E IU

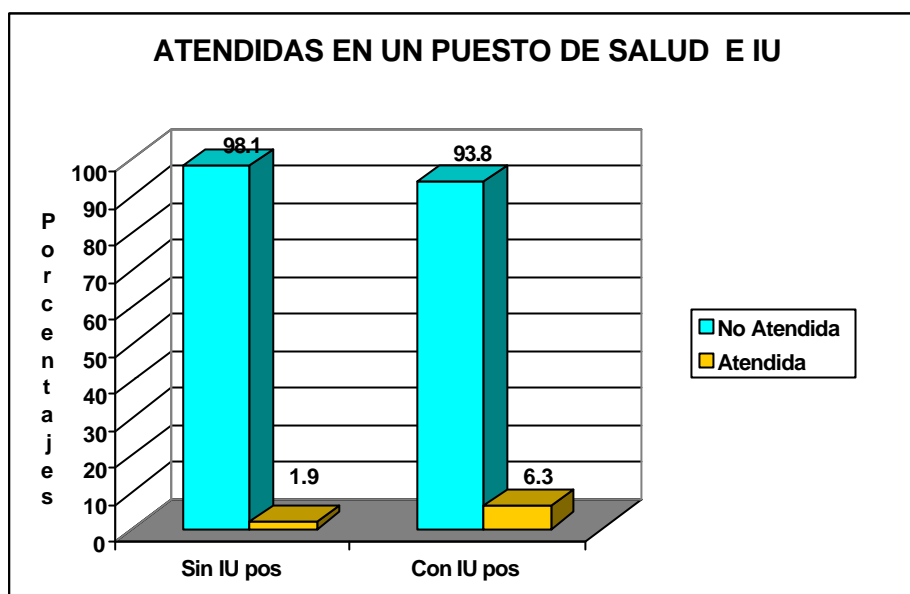


* Según la prueba exacta de **Fisher si hay significancia estadística**

** Riesgo relativo = 2.81 (1.51 <RR< 5.24) **que es significativo**

La atención del parto en un Centro de Salud, demuestra por los porcentajes hallados y las pruebas estadísticas, que sí está asociada a una mayor probabilidad de que las mujeres atendidas presenten IU pos parto.

GRAFICO No. 4- PUESTO DE SALUD E IU

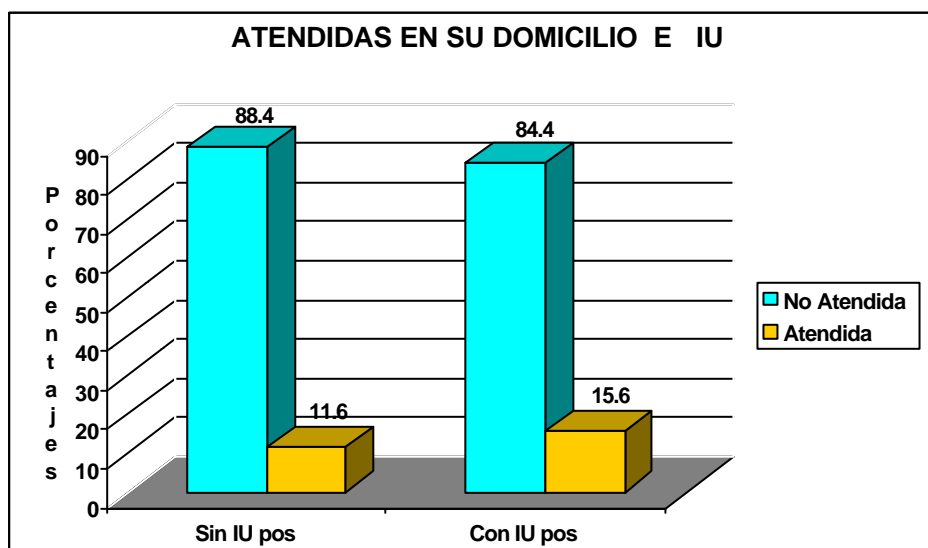


No hay significancia estadística

* Riesgo relativo = 2.43 (0.79 < RR < 7.45). No es significativo.

** El reducido número de casos no permite hacer una afirmación en este sentido.

TABLA No. 5.- ATENDIDA EN SU DOMICILIO E IU



* Chi cuadrado: .529; Test de Fisher: 0.556 Riesgo Relativo = 1.32 (0.57 < RR < 3.09)

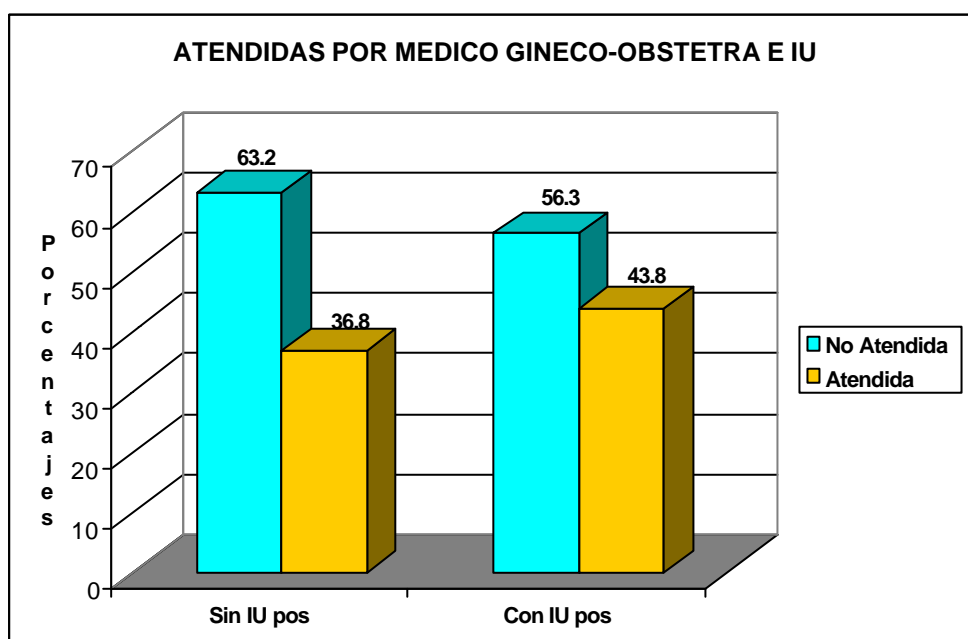
No hay significancia estadística según la Prueba exacta de

Fisher entre las que se atendieron y las que no se atendieron en su domicilio con relación a la presencia de IU pos parto.

* Riesgo relativo = 1.32 (0.57 <RR< 3.09), que no es significativo.

PERSONAL QUE REALIZO LA ATENCION

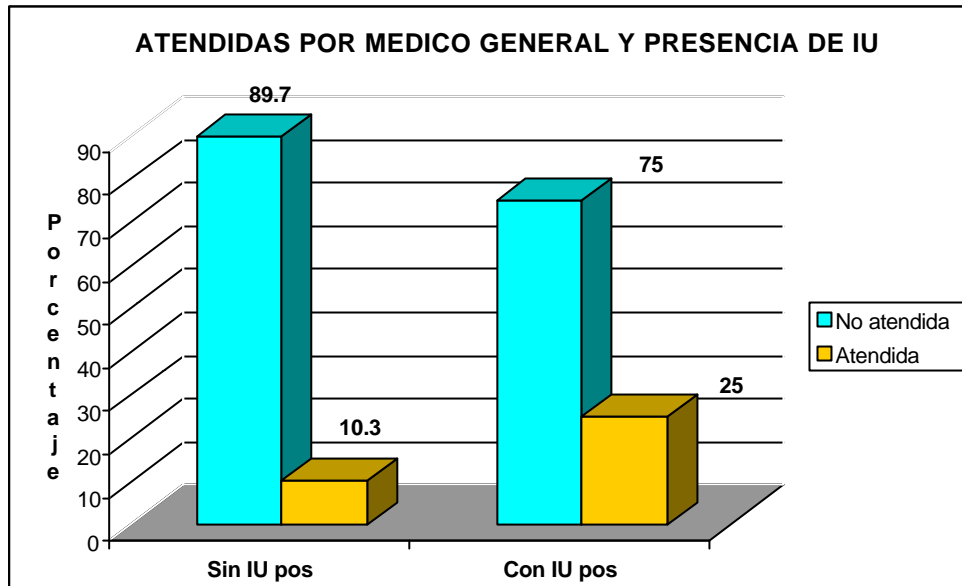
TABLA N° 6.- ATENDIDA POR MÉDICO GINECO – OBSTETRA



* Según prueba exacta de Fisher **no hay significancia estadística**

** Riesgo relativo = 1.27 (0.67 <RR< 2.39), **que no es significativo.**

TABLA N° 7.- ATENDIDAS POR MÉDICO GENERAL E IU

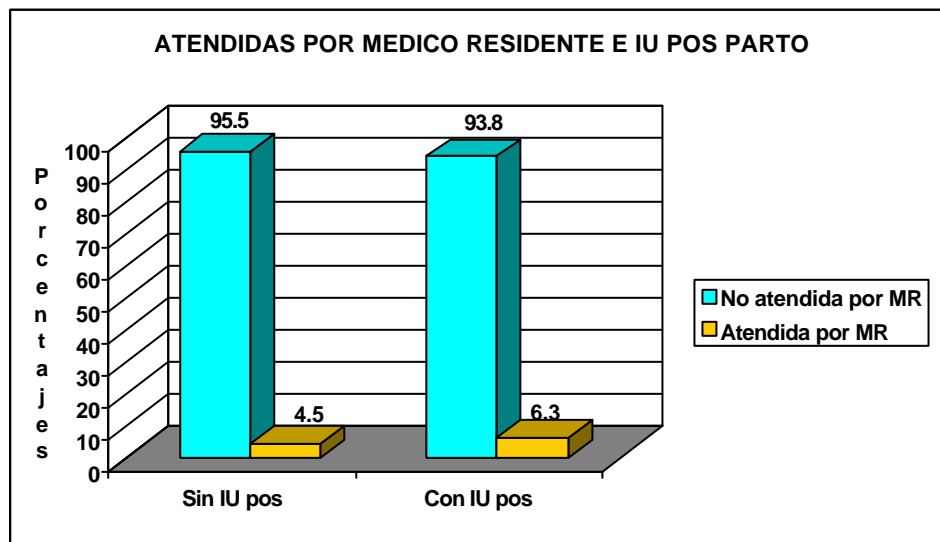


* Según prueba exacta de Fisher **SI hay significancia estadística**

** Riesgo relativo = 2.26 (1.15 <RR<4.45), **el cual si es significativo**

El porcentaje de mujeres con IU pos parto, fue superior que en el grupo control y las pruebas estadística demuestran que hay asociación.

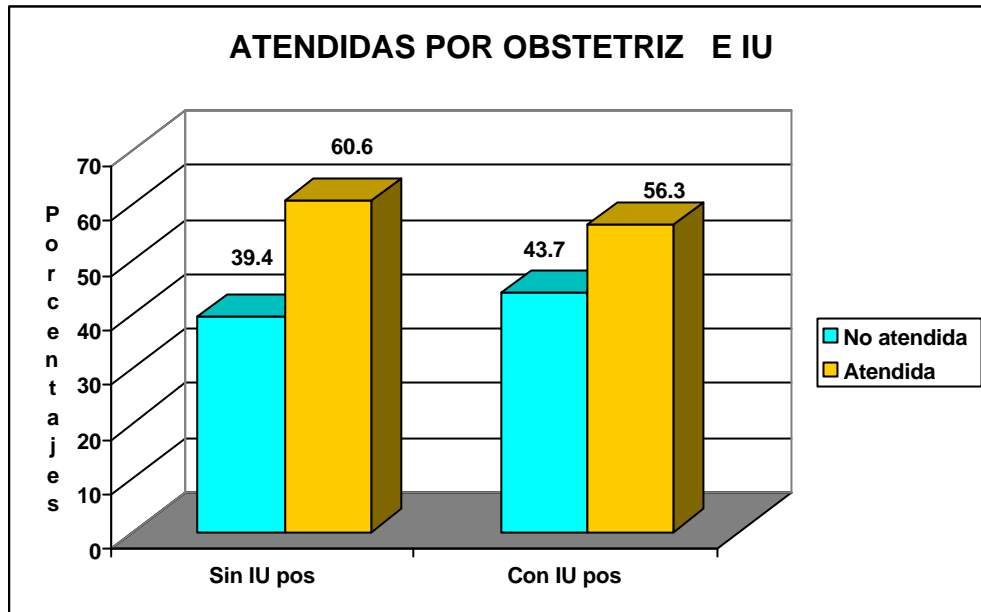
TABLA No. 8 ATENDIDAS POR MÉDICO RESIDENTE E IU



* Según prueba exacta de Fisher **no hay significancia estadística**

** Riesgo relativo = 1.32 (0.37 <RR< 4.67) **que no es significativo**

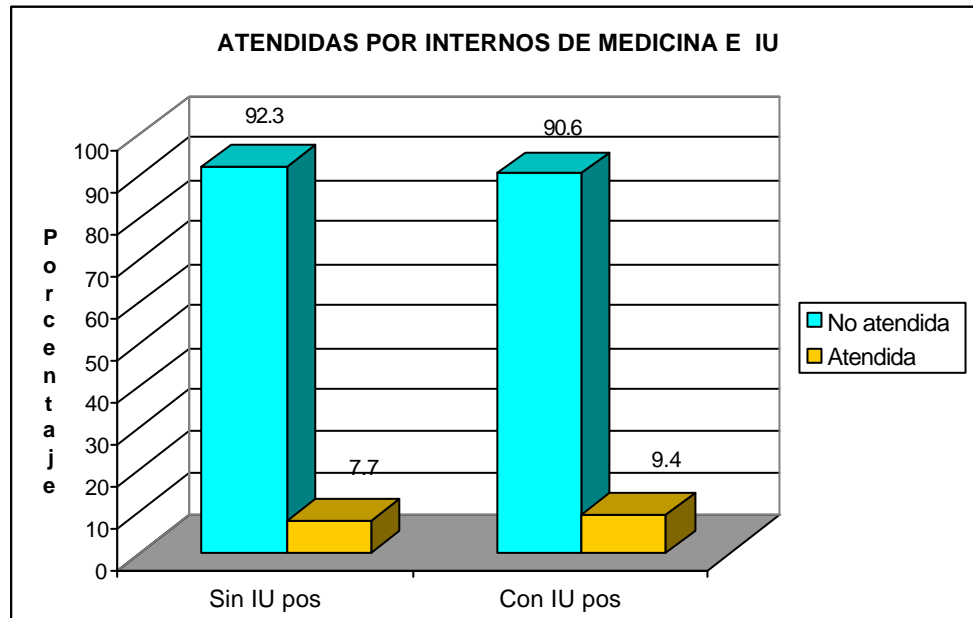
TABLA No. 9.- ATENDIDAS POR OBSTETRIZ E IU



* Según prueba de Chi cuadrado **no hay significancia estadística**

** Riesgo relativo = 0.86 (0.46 <RR< 1.62)

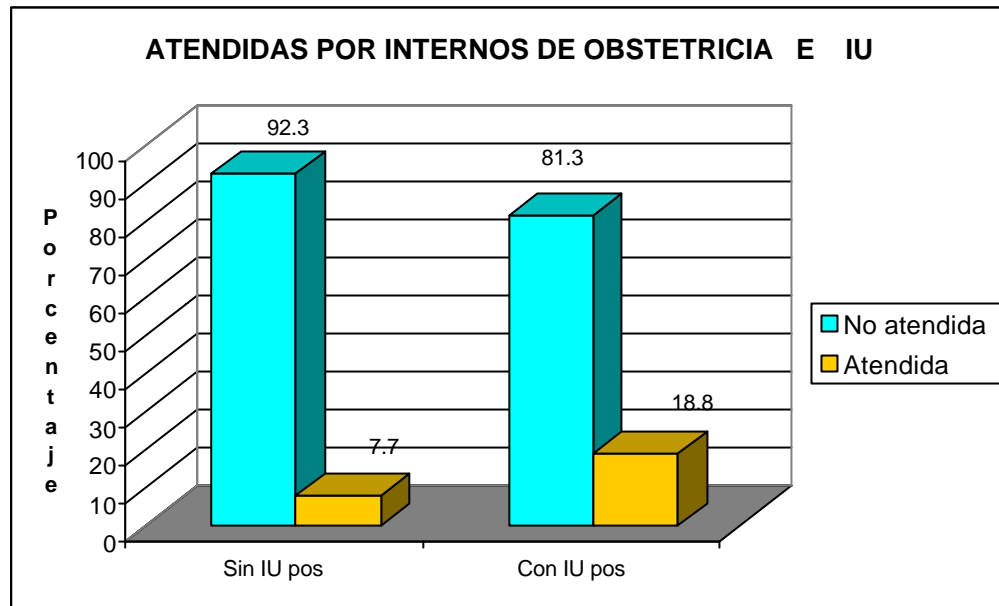
TABLA No. 10 ATENDIDAS POR INTERNO DE MEDICINA E IU



* Según prueba exacta de Fisher **no hay significancia estadística**

** Riesgo relativo = 1.19 (0.41 <RR< 3.44), que **no es significativo**.

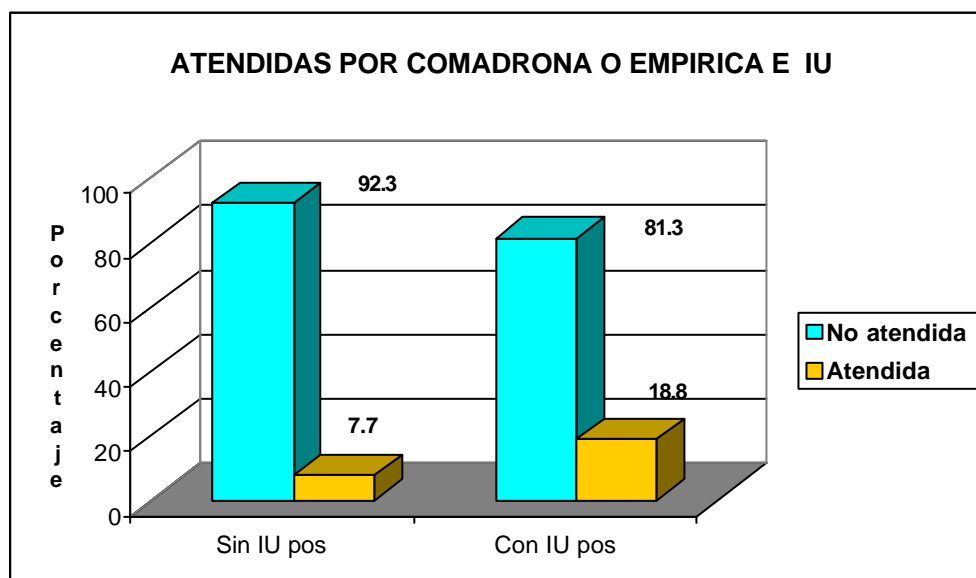
TABLA No.11.- ATENDIDAS POR INTERNO DE OBSTETRICIA E IU



* Según prueba exacta de Fisher **no hay significancia estadística, pero el p valor esta cerca de los valores de significación.**

** Riesgo relativo = 2.17 (1.03 <RR< 4.55), que **sí es significativo**

TABLA No. 12 .- ATENCIÓN POR COMADRONA O EMPÍRICA E IU



* Según prueba exacta de Fisher **no hay significancia estadística**

** Riesgo relativo = 1.28 (0.44 <RR< 3.68), que **no es significativo**

TABLA Nº 2.-IU POST PARTO, PARIDAD Y PESO DE RN (N = 186)

PESO \ IU	No hubo IU después del Parto (*)		Si tuvieron IU post - Partos						TOTAL	
	N	%	1 P	do P	er P	4 P		No.	%	
<3000grs	29	18.8	2	2	-	-	4	12.5%	33	17.7
3001-3500 grs	70	45.5	6	5	2	1	14	43.6%	84	45.2
3501-4000 grs	45	27.2	3	3	2	2	10	31.4%	55	29.6
>4000grs	10	6.5	1	1	-	2	4	12.5%	14	7.5
TOTAL	154	100.0	12	6	4	5	32	100.0%	186	100.0

De las que no tuvieron incontinencia urinaria pos parto el 33.7% tuvo RN con pesos superiores a los 3,500 gramos, y de las que SI tuvieron IU pos parto, el 43.9% tuvo RN con pesos superiores a los 3,500 gr.

* El test de las proporciones dio una **p >0.05 No significativa**

* La paridad de las que no tuvieron IU después de sus partos, estuvo entre 1 y 8 partos.

El promedio de partos fue similar en ambos grupos

TABLA 3.- PESO DE LOS RECIÉN NACIDOS E IU

IU	PESO < 3000 gr.		3000 a 4000		>4000 gr		Total		Peso promedio y D. Standard
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
No tuvo IU pos partos									
Mujeres	38		105		10		155		
Partos	76	24.4	216	69.2	20	6.4	312		3395 ± 540
<i>Si tuvo IU pos partos</i>									
<i>Mujeres</i>	<i>2</i>		<i>24</i>		<i>4</i>		<i>30</i>		
<i>Partos</i>	<i>4</i>	<i>6.7</i>	<i>48</i>	<i>80.0</i>	<i>8</i>	<i>13.3</i>	<i>60</i>		<i>3391 ± 523</i>

* *Dos mujeres que se atendieron en su domicilio no tuvieron el peso del RN.*

** *No hubo diferencia en el peso promedio de los RN de ambos grupos*

Chi cuadrado = 11.35; p = 0.00342829 Diferencia altamente *Significativa*

El análisis estadístico de los resultados, demuestra que el peso fetal tiene una asociación altamente significativa con la aparición de la IU pos parto. Nótese que en promedio, los pesos fueron similares en ambos grupos.

La proporción de RN con pesos mayores de 3,000 gr. y sobre todo mayores de 4,000 gr. fue mayor en las que presentaron IU después de sus partos, **lo que indicaría que el peso del RN es un factor que está íntimamente asociado a la incontinencia urinaria pos parto.**

DISCUSIÓN

La vergüenza es el sentimiento que invade a muchas mujeres con incontinencia urinaria y asociada al desconocimiento de la magnitud del problema, son los principales impedimentos para conocer su epidemiología y solucionar el problema. Se avergüenzan de explicárselo al médico y también a familiares y personas allegadas incluyendo a su pareja y para ocultarlo, utilizan una serie de recursos como evitar la ingesta de líquidos, usar toallas higiénicas super absorbentes y perfumadas, evitan reirse, hacer esfuerzos, actividad deportiva, reuniones sociales, e incluso tener relaciones sexuales.

Las pacientes encuestadas en el presente estudio, no concurrían a consulta por la IU pese a que tenían el problema un buen número de ellas.

Estudios últimos que miden el impacto social y emocional de la IU parecen demostrar que el padecimiento en sí tiene impacto más en los jóvenes varones por relacionarlo con la vejez y menos en las mujeres por considerarlo como una cuestión de feminidad relacionada con el embarazo y el parto. También se ha podido ver que el efecto social y emocional está más ligado a la pobreza y la soledad, por lo que se le resta importancia a la IU como factor determinante por si sola.

(11)

La magnitud del problema es lo suficientemente grande como para ser tema casi obligado y principal de congresos y otros eventos urológicos y ginecológicos y se calcula que entre los 15 y 64 años de edad, una de cada cuatro mujeres afirma haber experimentado incontinencia urinaria en alguna oportunidad y peor aún, se estima que una de cada 10 mujeres tiene la IU como un verdadero problema de salud, higiénico y social, por que el impacto psicológico y social es muy importante, ya que la mujer se siente deprimida y avergonzada por el olor y la humedad que ella percibe y reduce al máximo sus salidas, relaciones sociales, deportes, encuentros con amigas y familia y la intimidad con su pareja.. Sin embargo, menos de la mitad de estas mujeres consultan con el médico su problema.

Se calcula que en USA, alrededor de 13 millones entre hombres y mujeres tienen IU, la proporción es de 1 a 2 y la situación puede ser temporal o permanente En la mayoría de países no se tiene estadísticas al respecto y aún en países con una buena organización sanitaria, el problema no es bien cuantificado y sólo se tiene como referencia los registros de consulta que solo registran los casos de mayor severidad que ameritan consulta. (3).

El concepto de IU universalmente es el mismo y aún cuando hay diversas clasificaciones, todas podrían resumirse de la siguiente manera:

- Incontinencia de urgencia
- Incontinencia por estrés
- Incontinencia funcional
- Incontinencia por sobrecarga o rebasamiento o paradógica
- Incontinencia por esfuerzo (relacionada con alteraciones del piso pélvico en muchos casos con el parto. (3, 4, 5, 7)

Las causas según diversos autores, son múltiples, pero teniendo en cuenta la limitación del presente estudio, las causas de interés son: la pérdida del sostén pélvico por la edad, cirugías o por el parto; el daño de los esfínteres por traumas obstétricos o enfermedades y los daños de los nervios que dan el tono a los esfínteres que también pueden ser originados por el parto.(4)

Un estudio danés tuvo como finalidad conocer ¿Qué factores que ocurren durante el embarazo y el parto se asocian con la IU en la mujer?. El estudio se realizó en dos municipios daneses en 6,240 mujeres a quienes se les envió un cuestionario. El 75% respondió y más que nada eran mujeres jóvenes y casadas. El análisis bivariado demostró la asociación entre la prevalencia de la IU y la presencia de episiotomía, sutura perineal y forceps. El análisis multivariado mostró como factores de riesgo de IU de aparición inmediata tras el parto: la edad superior a los 40 años en el momento de su segundo nacimiento, IU de aparición inmediata tras el parto y durante la gestación, pero no se encontró relación con las maniobras obstétricas, salvo con la sutura perineal (OR 1,2; p < 0.25) Estos resultados no concuerdan con los obtenidos en el presente estudio donde la episiotomía no guardó relación con la IU. Esto posiblemente por la diferente metodología, por que los daneses averiguaron por las suturas perineales y estas pudieron haberse realizado por desgarros y posiblemente la técnica empleada por ellos sea diferente que la que se practica entre nosotros. (Fig. 2)

Una de las conclusiones es que las dos terceras partes de las mujeres que presentaron IU durante el embarazo o luego del parto, continuaron con la IU posteriormente.

Según algunos estudios de urólogos, la historia clínica tiene una sensibilidad no mayor del 78% y una especificidad no mayor del 55% para el diagnóstico de la IU de urgencia, pero si, una sensibilidad hasta del 91% y una especificidad del 85% para el diagnóstico de la IU de esfuerzo. Sin embargo, algunos autores refieren que el diagnóstico es sencillo, pero lo difícil es lograr vencer la resistencia de la paciente a reconocer que tiene el problema, ya sea por que lo pasa inadvertido o por que se avergüenza de aceptarlo. (4)

Estos mismos estudios refieren que hay una íntima relación de la IU al esfuerzo y eventos del embarazo y el parto, como la primiparidad tardía, la IU transitoria durante el embarazo, el peso del recién nacido y la aplicación del forceps o suturas perineales.

Para el presente estudio se determinó encuestar a 300 mujeres en edad reproductiva que hubiesen tenido por lo menos un parto vaginal y que hubieran tenido IU después de su primer embarazo, pero no se estableció como criterio de exclusión para la toma de la muestra el que hubieran tenido IU antes de su primer parto, por que no se había encontrado referencias sobre la magnitud de este problema de salud antes del embarazo y parto.

Inicialmente se tuvo la idea de reemplazar estos casos, pero luego se opto por la alternativa de mantenerlos en la muestra en base a lo siguiente: que el proyecto había sido diseñado considerando los criterios de exclusión para el grupo de estudio y no para la toma de la muestra y en segundo lugar, que este hallazgo era de valor dado que no hay publicaciones dentro de la literatura revisada, sobre la IU en nulíparas de corta edad y esto podría ser un tema de interés para otras investigaciones.

El estudio se realiza en base a observaciones empíricas y también bibliográficas de libros de texto, revistas e información satelital, pero no se obtiene información de un problema de mayor magnitud poblacional como es el observado accidentalmente.

Como puede verse en la tab.1, del 48% de casos con IU, una de cada 10 mujeres presentó IU pos parto y 3 de cada 10 ya la tuvieron antes de quedar embarazadas y tener su primer parto, lo que significa que la IU pos parto es la tercera parte de las IU que tienen las mujeres jóvenes en edad reproductiva. Esto significa que una de cada tres mujeres han tenido o tiene IU sin partos previos. Sin embargo, la información obtenida de las pacientes muestra que la IU de los primeros años de vida se presenta con la risa, los estados emocionales, el nerviosismo, cuando están muy gordas o muy delgadas y en menos casos con el esfuerzo. En cambio, las que presentan IU pos parto, refieren que es una pérdida involuntaria de orina por esfuerzo y también en cualquier momento en que la vejiga está llena. Esta información es concordante con la obtenida de la bibliografía consultada y es que los mecanismos son diferentes, en el primer grupo hay integridad anatómica genito urinaria y los problemas son nerviosos y psicológicos, por ejemplo, la nicturia que está asociada a espina bífida que puede ser detectada desde el trimestre gestacional, sin embargo los padres castigan a los hijos que se orinan la cama cuando duermen y no los llevan al médico. Se estima que las diabéticas tienen 400 veces más riesgo de tener hijos con esta anomalía.

En el presente trabajo, se tuvo en cuenta variables en base al marco conceptual y la observación empírica de años de labor profesional tratando de determinar si es el embarazo y el parto lo que

puede dejar como secuela la IU y por ello se ha realizado el análisis de las características de las mujeres del grupo de estudio y el grupo control. Los resultados demostraron la similitud de ambos grupos en cuanto a edad, peso, talla, ocupación, nivel educativo y promedio de partos vaginales, no siendo estas características las que puedan o no influir en la presencia o no de IU.

La paridad siempre ha sido relacionada con la IU y en el presente estudio se ha encontrado que la asociación es estadísticamente significativa. Sin embargo, hay que considerar que este factor de riesgo también está muy asociado a la mayor edad de las mujeres y generalmente al sobrepeso y la macroesplacnia. Debe recordarse que "con cada embarazo se gana dos kilos y se pierden dos dientes". Por lo tanto, con la paridad concurren dos factores más lo cual definitivamente actuará por diversos mecanismos:

- Los partos repetidos con intervalos genésicos cortos, no permiten que los músculos y fascias perineales distendidos durante el embarazo por efecto de las hormonas y el contenido abdominal y durante el parto, estas distensiones se incrementan e incluso pueden ir de desgarros o episiotomías mal consolidadas que inhabilitan en gran parte a estos elementos para desarrollar un función adecuada como elementos diafragmáticos y de control de la micción involuntaria.
- Los traumatismos del periné anterior en pelvis con periné posterior alto o rígido, hacen que pueda lesionarse los esfínteres uretrales y los nervios e incluso el músculo detrusor de la vejiga y que puede sospecharse de ello cuando después del parto se presenta hematuria.

- Los cambios en la estática de las pacientes y la desaparición de la inclinación del piso pélvico son otros factores asociados para que la multiparidad sea un factor de riesgo de IU y en estos casos la rehabilitación perineal generalmente no responde a la fisioterapia o terapia medicamentosa sino únicamente a la reparación quirúrgica y no en todos los casos se logra una rehabilitación total.

La episiotomía profiláctica en el primer y segundo parto, ha sido motivo de revisión y entre ellos, el grupo Cockrane ha llegado a la conclusión de que los beneficios no existen. En la casuística actual, el análisis estadístico también demuestra que la episiotomía se realizó en las que tuvieron IU pos parto y en el grupo control y los porcentajes tuvieron una mínima diferencia y el análisis estadístico no demostró diferencia significativa entre ambos grupos.

Se pensó que el atenderse en servicios de mayor nivel podría disminuir el riesgo de secuelas pos parto, sin embargo la estadística demuestra que si bien no es significativa, el riesgo relativo si es significativo. Esto sobre todo en la actualidad no debe llamar la atención, por que en los hospitales los partos y las episiotomías son atendidos en su mayor parte por internos de medicina o de obstetricia, algunas veces por alumnos de diferentes universidades o en todo caso por el médico residente de primer año cuya experiencia es similar a la de un interno de medicina. Si bien existe supervisión por parte de los profesionales nombrados o profesores de práctica de las universidades, esta no siempre se lleva a cabo eficazmente.

La atención en un Centro de Salud, tiene elevado riesgo relativo de posterior IU y esto está en relación con el personal de salud que

brinda la atención. En los establecimientos de atención primaria no hay especialistas y además de la escasez de recursos, la experiencia y conocimientos de los profesionales tiene limitaciones. En los Centros de Salud quien atiende el parto generalmente es el médico general y al hacer el análisis de los resultados entre la atención del parto por médico general, se ve que hay elevado riesgo relativo y la asociación es estadísticamente significativa.

La atención del parto por una interna de obstetricia también está asociada con el riesgo de IU, no así, la atención brindada por el médico residente y la obstetriz, lo cual lleva a pensar de que el parto atendido por profesionales de la salud con experiencia y nivel profesional, no está asociada con la posibilidad de IU pos parto.

El parto domiciliario atendido por comadronas no tuvo incidencia en la IU y esto posiblemente se debe a una mejor relajación de la parturienta por estar en un ambiente familiar y por la menor intervención de la comadrona que no realiza la serie de maniobras que indebidamente se realizan en instituciones de salud y que las evidencias han demostrado su ineficacia y mas bien la posibilidad de iatrogénicas. Por ello, hoy se tiende por la atención del parto humanizado, es decir, que la parturienta se sienta en un ambiente cómodo y familiar y no en un ambiente extraño de hospital que la lleva al estrés y a la disfuncionalidad de la labor de parto y la tensión neuromuscular que impide una buena relajación de los músculos que forman el diafragma urogenital que facilita la salida del feto sin que ocurran traumatismos pélvicos.

CONCLUSIÓN

- Considerados la **paridad** y el **peso del Recién nacido** como factores de riesgo para incontinencia urinaria, **éstos resultan significativos.**

- **Las variables cualitativas que resultan significativas** son: atención en **Centro de Salud** y atención por **médico general**. La atención en hospital esta en **valores cercanos a la significancia.**

- **Los riesgos relativos significativos fueron** para las variables:
 - **atención en hospital** (R.R. = 0.43),
 - **atención en Centro de Salud** (R.R. = 2.81),
 - **atención por médico general** (R.R. = 2.26),
 - **atención por interna de obstetricia** (R.R. = 2.17).**Como se ve, el único factor protector sería la atención en hospital.**

El índice de fecundación en nuestro país está disminuyendo considerablemente más en el área urbana que en la rural según el último reporte de ENDES y por lo tanto, la multiparidad al disminuir o desaparecer, hará que el parto sea un menor riesgo de IU.

Sin embargo, si no se evalúa adecuadamente el peso fetal y no se adopta una vía adecuada para el parto, este factor

persistirá como también existirá el riesgo del parto si este no es atendido por personal idóneo. En países desarrollados el alumno y el interno no adquiere entrenamiento atendiendo partos en pacientes, sino que lo hace en módulos con maquetas y la atención a pacientes la realiza cuando hace su especialidad y demuestra experticia en los módulos de capacitación práctica.

Se debe considerar que la IU como otras secuelas maternas derivadas de una inadecuada atención del parto representan un elevado costo económico y social para las familias y para el estado.

SUGERENCIAS

Dado que el tamaño de la muestra obtenida es reducida en base de la bibliografía consultada y lugar donde se realizó la investigación se sugiere ampliar el estudio o realizar otros que evalúen si con los protocolos actuales internacionales, la atención del parto vaginal es realmente un factor asociado a:

- o Secuelas futuras como la incontinencia urinaria.
- o Si la incontinencia urinaria posterior esta asociada a :
 - Atención en Servicios de Salud primarios
 - Atención por profesionales no especializados
 - Atención por profesionales
 - Atención del primer parto por episiotomía.
- o Hay otras secuelas como la dispareunia, infertilidad secundaria, frigidez, prolapsos y enfermedades inflamatorias pélvica son asociados al parto vaginal lo cual no ha sido motivo del presente estudio, pero ameritan investigaciones que evidencian su asociación.

Millones de parto vaginales se atienden en el mundo y no hay investigaciones que evidencien su asociación con secuelas en contra de la salud reproductiva.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- **ANDINA, Elsa** “*Trabajo de Parto y Parto Normal, Guías de Practicas y Procedimientos*” Division Obstetricia, Hospital Materno Infantil Ramon Sarda. España 2002
- 2.- **BROWN, Grady y Col.** “*Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in postmenopausal women*” *Obstetrics and Gyn.* 1999. 94:1 .
- 3.- **BENSON, R;** Diagnóstico y tratamiento Gineco-obstétricos. 5ta. Edición
- 4.- **BROST, Brian y Col Houn, C, Byran.** Clínicas de Ginecología y obstetricia. Temas Actuales . Vol. 2, 1995. México, Interamericano. Pág. 334 - 336.
- 5.- **CANTOR, E.B. ;** Incontinencia Urinaria en la mujer. Editorial Toya S.A Barcelona 3 Edición 1988
- 6.- **CARRERA MACIA, José y Col.** Protocolo de obstetricia y Medicina Perinatal del Instituto Universitario Dexeus. España 3ra. Edición. 1996 Masson. Pág. 403, 404, 405.
- 7.- **CIMAC SILVIA MAGALY.** “*Padecen alteraciones urinarias y ginecologicas la cuarta parte de las mexicanas. Cimacnoticias. Cc Mexico 2001*”
- 8.- **ESCHENBACH, D.;** Baxterial Vaginosis and anaerobes in obstetric ginecologic infection clin infec. Dis;16 sup pL. (4):pág.5282-7. 1993.
- 9.- **FAIR, William.** Fundamentos científicos de la Urología. Salvat editores Tomo I 1996
- 10.- **FITZGALD, MP.** Ultraestructure if detrusor and uretral amooth muscle in womwn with urinary incontinence. A. J. *Obstetrics and Gynecology.* 2000, 182, 4
- 11.- **FLEMING, Matrox** The prevalence of urinary incontinence or prolapse among whitw and Hispanic women . A:J: *Obstetric and Gynecology* 1996 , 174 :2
- 12.- **FOLDSPANG A, MOMMSEN S., DJURHUUS JC.** “Prevalent Urinary Incontinence as correlate of Pregnancy, Vaginal Childbirth, and Obstetric Techniques, *Am J Public health* 1999, 89:209-212
- 13.- **FULTZ NH, REGULA HERZO G** “*Impacto social y Emocional en Pacientes con Incontinencia Urinaria Revista Salud Publica.com Enero 4 , 2002*”
- 14.- **JONAS H., Colston A.** Tratado de Ginecología de Novak 11va. Edición. 1991.
15. **LEON, Juan,** Tratado de Obstetricia Buenos Aires 1998 Tomo II pag. 556 -568
- 16.- **MARTHUS HENRY,** Tretado de Obstetricia 1960 Editorial Ateneo
- 17.- **MENGER y Col.** Mechanisin of pelvic support in women and Juornal obst. *Gynec.* 72:863,1956
- 18.- **POW SANG, Mariella.** Tratado de Urología. Perú 2 Edició
- 19.- **ROBINSON, Deirdre.** Pathophysiology of famele lower urinary tract dysfunction onstetrycs and *Gynecology .* 1998 , 25:4
- 20.- **ROSSEL COSTA DAVID.** “*Incontinencia Urinaria*”
- 21.- **TOM, David** Reproductive and Hormonal risk factors for urinary incontinence in later life *Journal of the American Geriatrics Society* 1998 , 46 : 11
- 22.- **WEED, Jonh C.** “*Anatomia de la Pelvis desde el punto de vista del Cirujano Ginecologo*” *Clinacas Obst y Ginec.* Dic. 1972. 1035-12
- 23.- [www . en buenas manos .com /La incontiencia Urinaria](http://www.enbuenasmanos.com/La%20incontinencia%20Urinaria)

- 24.- [www. Via tusalud.com](http://www.via.tusalud.com) . **“Incontinencia Urinaria”** ROSSEL COSTA, David. Clinica Universitaria de Navarra.
- 25.- www.uuhsc.utah.edu/healthinfo/spahish/urology (University of UTAH Health Ciensce Center.
- 26.- [www.el medico de familia.com](http://www.elmedico.com)/Guia/enfermedad 2002
- 27.- www.iladiba.com/incontinencia fecal y urinaria después del parto pueden controlarse con ejercicios especiales y ayuda de enfermeras o parteras. 2002
- 28.- www.viasalud.com/vs/B2C/cn/enciclopedia 2002

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Nombre Edad N de H. C.
Instrucción : Analfabeta() Prim() Sec () Super () Talla Peso:

F. Obst. G: P: Terminación: Cesáreas Vaginales :
Episiotomías en 1°. Si No.... En 2do. Si ... No ... Desgarros: I ... II ...III....

Peso de RN: -----gr. Presentación: Cefálica (número) Pelviana (numero)

Lugar de Atención del Parto: (número)

Hospital: Centro de Salud: Posta: Domicilio:

Personal que Atendió el Parto:

Médico Gineco obstetra: Médico general: Médico Residente:
Obstetriz : Int. de Medicina :..... Int. de Obst. Comadrona Empírica

Duración del parto :

El primero : Un día Medio día Entre 6 y 12 horas Menos de 6 horas.....

El segundo : Un día Medio día Entre 6 y 12 horas Menos de 6 horas

El tercero y los demás :Un díaMedio díaEntre 6 y 12 horas Menos de 6 horas ..

Nació fácilmente el bebé? Tuvo mucho tiempo pujando?

En cuantos tuvieron que ayudarle apretando la barriga?

En cuantos tuvieron que ayudarle dilatando sus genitales con la mano?

Se le escapaba la orina antes de su primer embarazo?Alguna vez? Varias veces?

Siempre?.....Cuando tosía reía o hacía esfuerzos? Desde que edad?

Después de que parto se le escapaba la orina en iguales circunstancias?

Sufría de estreñimiento antes de sus partos? Es estreñida ahora?

Cuando estaba muy nerviosa se le escapaba la orina? y ahora?

Hasta que edad se orinaba la cama o el calzón?

Consultó alguna vez por IU? SI () No ()

Porque no?

.....
Tuvo IU? Si () No () Grado