



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO
CIUDAD INNOVADORA Y DE DERECHOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO
DIRECCION DE FORMACIÓN, ACTUALIZACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

TESIS

“COMPARACIÓN DE LA TERAPIA CON EJERCICIOS DE PISO PELVICO Y
SIN EJERCICIOS, ASOCIADO A INCONTINENCIA URINARIA POSTPARTO
EN PACIENTES PRIMIGESTAS, CON EPISIOTOMIA O DESGARRO,
MENORES DE 35 AÑOS, CON INDICE DE MASA CORPORAL MENOR A 35”

PRESENTADO POR
JUAN GABRIEL PÉREZ VÁZQUEZ

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

DIRECTOR DE TESIS
DR. JAIME IGNACIO CEVALLOS BUSTILLOS

CDMX
FEBRERO 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO
CIUDAD INNOVADORA Y DE DERECHOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO
DIRECCION DE FORMACIÓN, ACTUALIZACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

TESIS

“COMPARACIÓN DE LA TERAPIA CON EJERCICIOS DE PISO PELVICO Y
SIN EJERCICIOS, ASOCIADO A INCONTINENCIA URINARIA POSTPARTO
EN PACIENTES PRIMIGESTAS, CON EPISIOTOMIA O DESGARRO,
MENORES DE 35 AÑOS, CON INDICE DE MASA CORPORAL MENOR A 35”

PRESENTADO POR
JUAN GABRIEL PÉREZ VÁZQUEZ

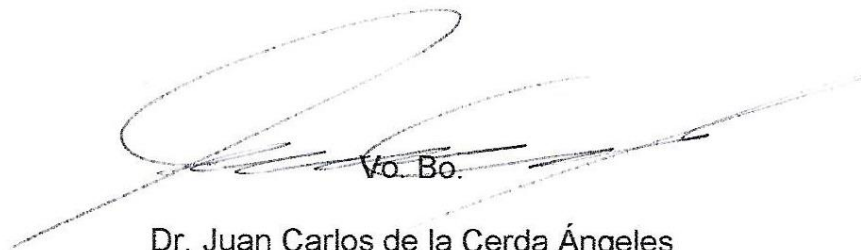
PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

DIRECTOR DE TESIS
DR. JAIME IGNACIO CEVALLOS BUSTILLOS

CDMX
FEBRERO 2020

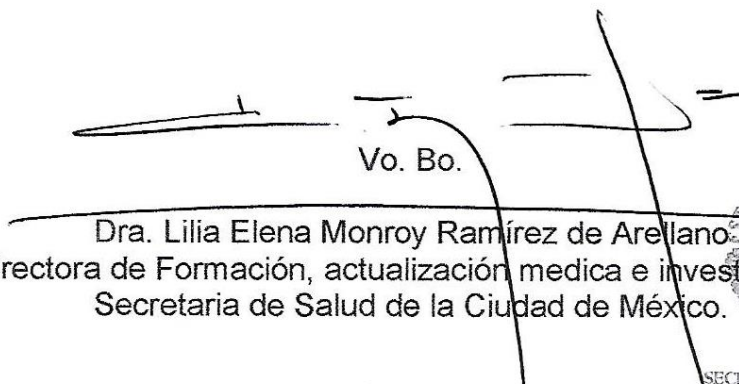
"COMPARACIÓN DE LA TERAPIA CON EJERCICIOS DE PISO PELVICO Y SIN EJERCICIOS, ASOCIADO A INCONTINENCIA URINARI POSTPARTO EN PACIENTES PRIMIGESTAS, CON EPISIOTOMIA O DESGASRRO, MENORES DE 35 AÑOS Y CON INDICE DE MASA CORPORAL MENOR A 35."

PRESENTADO POR
JUAN GABRIEL PÉREZ VÁZQUEZ




Vo. Bo.

Dr. Juan Carlos de la Cerda Ángeles
Profesor Titular del Curso de
Especialización en Ginecología y Obstetricia



Vo. Bo.

Dra. Lilia Elena Monroy Ramírez de Arellano
Directora de Formación, actualización médica e investigación.
Secretaría de Salud de la Ciudad de México.



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
SECRETARÍA DE SALUD DE LA
CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE FORMACIÓN,
ACTUALIZACIÓN MÉDICA E
INVESTIGACIÓN

“COMPARACIÓN DE LA TERAPIA CON EJERCICIOS DE PISO PELVICO Y SIN EJERCICIOS, ASOCIADO A INCONTINENCIA URINARI POSTPARTO EN PACIENTES PRIMIGESTAS, CON EPISIOTOMIA O DESGASRRO, MENORES DE 35 AÑOS Y CON INDICE DE MASA CORPORAL MENOR A 35.”

PRESENTADO POR
JUAN GABRIEL PÉREZ VÁZQUEZ




DIRECTOR DE TESIS

Dr. Jaime Ignacio Cevallos Bustillos



Vo. Bo.

 Dr. Emilio Exaire Murad
Jefe del Departamento de Enseñanza e Investigación
Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cosío

AGRADECIMIENTOS

A MI MADRE.

Que sin su apoyo incondicional no hubiera podido lograr una meta más en mi vida profesional, porque siempre ha estado a mi lado, dándome fuerza y confianza para seguir adelante y nunca rendirme en el camino; ya que sus consejos me han traído hasta este punto de la vida.

A MIS MAESTROS.

Por el tiempo y esfuerzo que dedicaron para compartir sus conocimientos; por la paciencia que me entregaron para que sus enseñanzas sean firmes y duraderas; por la experiencia que me brindaron al compartir su más grande vocación, estando a su lado durante estos años. Gracias por todas las enseñanzas de hoy, puesto que con todo eso podré enfrentarme a los desafíos que llegaran mañana.

INDICE

1.- Resumen	
2.- Introducción.....	1
3.- Material y Métodos.....	12
4.- Resultados.....	15
5.- Discusión.....	23
6.- Conclusiones.....	26
7.- Recomendaciones.....	27
8.- Referencias bibliográficas.....	28

RESUMEN.

Objetivo: Comparar los ejercicios de piso pélvico y su relación en pacientes primigestas, que presentan incontinencia urinaria.

Material y métodos: Estudio de casos y controles, observacional, comparativo, longitudinal, prospectivo. Se utilizó el cuestionario ICIQ-SF autoadministrable.

Resultados sobresalientes: Las pacientes con IU en el postparto a las 6 semanas fue del 80% y del 48% a los 3 meses. De las pacientes incontinentes la mayoría presentó mejoría con los ejercicios de suelo pélvico. La edad entre 20-25 años presentó porcentaje más alto de incontinencia. El IMC en el postparto no influye en la presencia de los síntomas.

Conclusiones: Las pacientes que presentaron incontinencia urinaria posterior al parto, refirieron mejoría con los ejercicios de piso pélvico. La incontinencia es común posterior a un parto vaginal, independientemente de la edad, el índice de masa corporal.

Palabras clave (máximo 5 palabras): Ejercicios de piso pélvico, incontinencia urina.

INTRODUCCIÓN

Antecedentes.

La Sociedad Internacional de Continencia (SIC) simplificó y definió a la incontinencia urinaria (IU) como la pérdida involuntaria de orina; de la misma forma, definió a la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) como la queja de la pérdida involuntaria de orina asociada con el esfuerzo físico, toser, estornudar o reír. La incontinencia urinaria de urgencia (IUU) representa la queja de la pérdida involuntaria de orina acompañada o precedida inmediatamente de la urgencia urinaria o el deseo repentino de ir a orinar. La incontinencia urinaria mixta (IUM) representa el hecho de referir la pérdida involuntaria de orina asociada con la urgencia y también con el esfuerzo, toser, estornudar o reír.

La prevalencia de la incontinencia urinaria se incrementa con la edad, con tasa típica en la población joven (20 a 30%), aumento en la etapa adulta (prevalencia de 30 a 40%) e incremento sostenido en la población de mayor edad (prevalencia de 30 a 50%). Los estudios epidemiológicos han reportado una prevalencia de incontinencia por estrés que varía de 23% a 67% durante el embarazo y de 6% a 29% después del parto, pero se sabe poco sobre cómo la condición afecta a las mujeres en este momento. Sin embargo, la prevalencia de incontinencia urinaria puede ser casi la misma 8 semanas después del parto que durante el embarazo.

El impacto de la incontinencia urinaria de esfuerzo en la autoestima limita a la paciente desde el punto de vista social y personal; lo que tarde o temprano deriva al aislamiento y reduce de forma importante su calidad de vida. Gran parte de las mujeres que padecen incontinencia urinaria no buscan atención médica: 25% en Estados Unidos y 33% en Europa.

La mayoría de las pacientes buscan atención sólo cuando los síntomas se vuelven más severos. Este retraso en la búsqueda de la atención médica posiblemente se debe tanto a la pena que origina el padecimiento en la paciente, como a la falta de conocimiento acerca de esta enfermedad.

FACTORES DE RIESGO. Dos de los factores más importantes en la IU son la edad y el sexo femenino, estos llegan afectar al 15% de las pacientes de 25-29 años, a un 25% de las mujeres de 60-64 años y aun 61% de las mujeres mayores de 90 años.

Los factores de riesgo relacionados con el embarazo incluyen el índice de masa corporal pregestacional (IMC), el IMC a término, el aumento de peso, el tabaquismo durante el embarazo, la duración de la primera y la segunda etapa del parto, el parto espontáneo o quirúrgico, las laceraciones perineales, el peso del recién nacido, las maniobras y episiotomía, así como analgesia epidural, el peso al nacer y la circunferencia de la cabeza, solo el parto vaginal fue un factor de riesgo importante para la IU.

Existen multitud de estudios en donde se evidencia la relación de la IU con el número de parto vaginal y el peso del recién nacido. Aunque en un 80% de los casos después del primer parto, existe una re-inervación del suelo pélvico, el segundo parto daña nuevamente la zona afectada, haciendo más difícil una nueva recuperación. Por ello, resulta de vital importancia una adecuada educación preparto que asegure el correcto fortalecimiento de la musculatura pélvica y que, posteriormente, también garantice su recuperación durante el periodo postparto.

La obesidad juega un papel relevante; se ha demostrado una relación clara entre la IU y la gravedad de su condición con índices de masa corporal elevados.

El peso corporal y el IMC son factores contribuyentes de la IUE durante el embarazo. Las mujeres con IMC antes del embarazo mayor a 30 se informaron con mayor riesgo de desarrollar IUE de novo en el embarazo. La obesidad (IMC > 30) y el parto vaginal se confirmaron como factores de riesgo independientes para la IU 3 meses después del parto.

La maternidad tardía ha sido identificada como un factor de riesgo para la disfunción del suelo pélvico en varios estudios. Kuh et al., encontraron una fuerte asociación entre los síntomas de la IU de estrés y la edad materna de más de 30 años en el primer parto vaginal entre las mujeres británicas. Foldspang et al encontraron mayores riesgos de IU al aumentar la edad en el momento del último parto en mujeres de 30 a 44 años.

FISIOPATOLOGIA. Hay una notable escasez de estudios prospectivos sobre la relación entre el embarazo y el parto y el problema de la incontinencia urinaria en las mujeres.

Los factores necesarios para que la uretra permanezca cerrada en reposo y durante el aumento de la presión abdominal han sido bien caracterizados, pero sus interrelaciones funcionales aún no se conocen completamente. Estos factores incluyen: 1) esfínter estriado sano y funcional controlado por inervación pudenda, 2) mucosa y submucosa uretral bien vascularizada, 3) músculo liso uretral intrínseco bien alineado y funcionando y 4) soporte intacto de la pared vaginal.

El parto vaginal puede iniciar el daño al mecanismo de continencia por una lesión directa en los músculos del suelo pélvico, daño a sus inervaciones motoras o ambos. Puede ocurrir una denervación adicional con el envejecimiento, lo que resulta en una discapacidad funcional muchos años después del trauma inicial.

Parece que existen cuatro mecanismos principales por los cuales el parto (parto vaginal) podría contribuir al aumento del riesgo de incontinencia urinaria en las mujeres:

1. Lesión a los soportes del tejido conectivo por el proceso mecánico del parto vaginal, especialmente el parto vaginal instrumental (fórceps > parto con ventosa)
2. Daño vascular a las estructuras pélvicas como resultado de la compresión por parte del feto durante el trabajo de parto.
3. Daño a los nervios pélvicos y/o músculos como resultado de un traumatismo durante el parto.
4. Lesión directa al tracto urinario durante el trabajo de parto y el parto. Los cambios fisiológicos producidos por el embarazo pueden hacer que las mujeres embarazadas sean más susceptibles a las lesiones causadas por estos procesos fisiopatológicos.

El parto vaginal causa denervación parcial del suelo pélvico (con las consecuentes re-inervaciones) en la mayoría de las mujeres que tienen su primer bebé. La fuerza muscular del piso pélvico se ve afectada poco después del parto vaginal, pero para la mayoría de las mujeres regresa dentro de dos meses.

Existe una creciente evidencia de que la multiparidad, el parto con fórceps, el aumento de la duración de la segunda etapa del parto, en parte debido a la anestesia epidural, el desgarro perineal de tercer grado y el alto peso al nacer (> 4000 g) son factores importantes que conducen al daño del nervio pudiendo.

La episiotomía se ha realizado tradicionalmente para evitar traumas fetales y prevenir traumas directos en los músculos del suelo pélvico durante el parto.

Los primeros defensores de la episiotomía de rutina argumentaron que protege el perineo de la madre, lo que resulta en un mejor soporte de los órganos pélvicos posparto. Sin embargo, faltan pruebas de alta calidad para apoyar la práctica de la episiotomía de rutina. Se ha demostrado que la episiotomía reduce la fuerza muscular perineal en comparación con la laceración perineal espontánea, debido a la extensa separación de tejido en el período posparto. Además, no se conoce la longitud óptima de la episiotomía, la profundidad perineal y el ángulo óptimo de la episiotomía medio lateral eviten el daño perineal.

El ICIQ-SF es un cuestionario autoadministrable formado por cuatro preguntas, que califica la pérdida urinaria y evalúa el impacto de la IU en la calidad de vida a través de una escala que busca medir en cuánto la pérdida de orina interfiere en la vida diaria, variando de 0 (no interfiere) a 10 (interfiere mucho). El score es hecho por la sumatoria de las cuestiones 1, 2 y 3, variando de 0 a 21, y cuanto mayor es el score, mayor será la severidad de la pérdida urinaria y el impacto en la calidad de vida.

A partir de las respuestas obtenidas, se procedió a su clasificación diagnóstica siguiendo los siguientes criterios:

- Se considera que un paciente tiene síntomas sugestivos de IUE si se contemplan como afirmativas al menos una de las siguientes preguntas:

Pérdida de orina mientras tose o estornuda, pérdida de orina cuando se realiza un esfuerzo físico o ejercicio. Además de señalar al menos una de las anteriores, la pregunta referida a las pérdidas de orina antes de llegar al baño no debe ser señalada.

- Se considera que una paciente tiene síntomas sugestivos de IUU cuando refiere problemas de pérdida de orina antes de llegar al baño y no señala ningún ítem específico de IUE
- Se considera que un paciente sufre IUM cuando indica problemas de pérdida de orina antes de llegar al baño y alguna de los síntomas asociados a IUE.

El entrenamiento muscular del piso pélvico se ha recomendado principalmente para el tratamiento del estrés y la incontinencia urinaria mixta, pero se ha convertido cada vez más en parte del tratamiento ofrecido a las mujeres con incontinencia urinaria de urgencia. El uso del entrenamiento muscular del piso pélvico en el tratamiento de la incontinencia urinaria se basa en dos funciones de los músculos del suelo pélvico, el apoyo de los órganos pélvicos y una contribución al mecanismo de cierre esfínter de la uretra.

Se han sugerido diversas hipótesis sobre por qué el entrenamiento muscular del piso pélvico podría ayudar a prevenir la incontinencia urinaria. Por ejemplo, los músculos entrenados pueden ser menos propensos a las lesiones, y los músculos entrenados previamente pueden ser más fáciles de volver a entrenar después del daño, ya que ya se aprenden los patrones motores apropiados. Puede ser que el músculo previamente entrenado tenga una mayor reserva de fuerza, de modo que la lesión del músculo en sí, o su suministro de nervios, no provoque una pérdida suficiente de la función muscular para alcanzar el umbral donde la presión de cierre uretral reducida produce una fuga.

Durante el embarazo, entrenar los músculos del piso pélvico podría ayudar a contrarrestar el aumento de la presión intraabdominal causada por el crecimiento del feto, la reducción mediada hormonalmente en la presión de cierre de la uretra y el aumento de la laxitud de la fascia y los ligamentos en el área pélvica.

Esencialmente, se puede prescribir un programa de entrenamiento muscular del piso pélvico para que las mujeres:

- aumentar la fuerza (la fuerza máxima generada por un músculo en una sola contracción);
- resistencia (capacidad para contraerse repetitivamente, o para sostener una única contracción en el tiempo);
- coordinar la actividad muscular (como la contracción previa de los músculos del suelo pélvico antes de un aumento de la presión intraabdominal, o para suprimir la urgencia);
- abordar una combinación de estos.

Estos ejercicios se deben realizar cuando no tenga ganas de orinar, ni cuando está sentada orinando, se debe mantener la contracción durante 3-5 segundos, alternando con periodos de relajación y se debe iniciar con 45-100 repeticiones diarias. Para algunos pacientes con instrucciones individualizadas y seguimiento se ha visto una mejora del 75% en la pérdida de orina.

La idea de los ejercicios es mejorar la fuerza y el momento en que se da la contracción de los músculos pélvicos. El resultado final será 1) una unidad esfinteriana más poderosa que resiste mejor los aumentos de presión intraabdominal o 2) un mejor uso voluntario de la contracción de los músculos pélvicos anticipándose a un evento (tos).

Varios estudios aleatorizados han demostrado que el entrenamiento de músculos del piso pélvico es mejor que no tener ningún tratamiento en mujeres con incontinencia urinaria.

¿Realizar ejercicios del suelo pélvico durante y después del embarazo disminuye la disfunción del suelo pélvico?

Al igual que con todas las enfermedades, las estrategias para prevenir la formación de disfunción del suelo pélvico han ganado importancia en los últimos años. El programa de ejercicios para el suelo pélvico es una de estas estrategias y es extremadamente importante que las mujeres participen activamente en este proceso. Estos ejercicios deben recomendarse a todas las mujeres en el 1er trimestre. En un estudio prospectivo aleatorizado, cuando se evaluó la incontinencia urinaria de las pacientes con el cuestionario ICIQ-SF, realizar estos ejercicios por lo menos a las 22 semanas, se reduce significativamente, al aumentar la capacidad de contratación en embarazadas primíparas. Una disminución en el riesgo de incontinencia fecal, así como la incontinencia urinaria, respalda la importancia de los ejercicios del suelo pélvico durante el embarazo para prevenir la disfunción del suelo pélvico. Se han recomendado cambios en el estilo de vida durante el embarazo para prevenir el estreñimiento y la obesidad que pueden afectar negativamente la disfunción del suelo pélvico.

Los ejercicios musculares del piso pélvico realizados durante el embarazo y el período postparto temprano pueden proteger contra la incontinencia urinaria durante los trimestres finales del embarazo y el período posparto tardío, así como contra la incontinencia anal.

Planteamiento del problema

Varios estudios muestran una prevalencia de IU del 30-35% en el tercer trimestre del embarazo, siendo principalmente una incontinencia de esfuerzo (IUE). En el postparto el porcentaje de IU se reduce al 7-12%, pero son cifras muy superiores a la prevalencia global de IU en mujeres en edad fértil.

El parto puede producir lesiones en los músculos, fascias y nervios del suelo pélvico, en forma de desgarros espontáneos, o por la práctica de la episiotomía.

En nuestro medio existen pocos datos epidemiológicos sobre la IU en el embarazo y el postparto, los posibles factores asociados, la influencia de ésta en la calidad de vida y el posible efecto favorable de los ejercicios del suelo pélvico, razones por las cuales llevamos a cabo este estudio.

Justificación

La incontinencia urinaria es un padecimiento frecuente que se presenta en las mujeres en edad reproductiva posterior a un evento obstétrico, independientemente de la vía de nacimiento, de acuerdo a diversos estudios internacionales; sin embargo, en nuestro país no se cuenta con datos estadísticos que demuestren la incidencia de dicho trastorno, lo cual se debe principalmente por la poca consulta al médico, ya que para la mayoría de las mujeres, esto resulta de un proceso normal posterior al embarazo; por lo que no se cuenta con estudios que evalúen la magnitud del impacto de esta enfermedad en la vida de las mujeres mexicanas, por lo que su identificación temprana podría mejorar la salud y el bienestar de dicha población. Debido a esto, el presente estudio pretende evaluar el número de casos de incontinencia urinaria en el puerperio, así como el impacto de la terapia con ejercicios de piso pélvico en la evaluación posterior (6 semanas, 3 meses); mediante el uso de cuestionarios validados (Sociedad Internacional de Continencia) para la detección de incontinencia urinaria.

Los objetivos que guiaron este estudio son los siguientes:

Comparar los ejercicios de piso pélvico y su relación en pacientes primigestas, que presentan incontinencia urinaria.

1. Identificar si la edad influye para la persistencia de incontinencia urinaria, aun con la terapia de ejercicios.
2. Identificar si el índice de masa corporal es un factor para la persistencia de incontinencia urinaria, a pesar de la aplicación de la terapia de ejercicios.
3. Identificar si la episiotomía o desgarro es un factor que influye para la presencia de incontinencia urinaria.

Por lo que se formuló la siguiente hipótesis

Los ejercicios de piso pélvico en pacientes primíparas, mejoran la incontinencia urinaria.

MATERIAL Y METODOS

Tipo de diseño, variables

Se trata de un estudio de casos y controles, comparativo, longitudinal, prospectivo, realizado a 21 pacientes primíparas que cursaron con puerperio posparto eutócico en el hospital general de Tláhuac, entre el primero al veintiocho de febrero de 2019, a quienes se les entregó un cuestionario autoadministrable con la finalidad de detectar incontinencia urinaria en el puerperio (incontinencia de urgencia, de esfuerzo, mixto); a las 6 semanas se instruyó a realizar ejercicios de piso pélvico de forma aleatoria a la mitad de la muestra; 3 meses posterior al parto se evaluó la mejoría de los síntomas con los ejercicios de piso pélvico. Se recogieron las siguientes variables: primípara con puerperio postparto eutócico, la necesidad o no de episiotomía, si hubo o no algún grado de desgarro perineal, edad menor a 35 años, peso y talla para el cálculo del índice de masa corporal y obtener un IMC menor 35 e identificar si tiene relación con la presencia de la incontinencia urinaria.

Tabla I. Análisis descriptivos de las variables estudiadas en relación a la incontinencia urinaria.

Edad, media \pm DE	20.48 \pm 2.9
IMC, media \pm DE	27.4 \pm 3.8
Episiotomía, %	76.2
Desgarro, %	23.8

DE: desviación estándar

Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra (N=21) fue calculado a partir de 30 primíparas que tuvieron parto eutócico. Se entregó el cuestionario autoadministrado ICIF-SF a las puérperas en la sala de alojamiento conjunto 24h posterior al parto, para identificar la presencia de incontinencia urinaria. Este mismo cuestionario fue realizado telefónicamente a las 6 semanas postparto para identificar quienes persistían con incontinencia e implementar los ejercicios de piso pélvico.

Los criterios de exclusiones fueron: pacientes que no presenten incontinencia urinaria al momento de la aplicación del cuestionario, pacientes embarazadas, que cursen con puerperio postcesárea, multigestas.

Programa estadístico y bases de datos

Para el análisis estadístico de los datos recogidos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 23 para Windows y el programa Excel para la recolección de datos.

Riesgo ético

El riesgo del estudio de investigación, es de riesgo mínimo y cumple con los requisitos mencionados en la declaración de Helsinki (Finlandia, junio 1964); la cual determina las normas a seguir para el desempeño ético de la investigación médica, ya que el progreso de la medicina se basa en la investigación, cuyo propósito principal es comprender las causas, evolución y efecto de las enfermedades y de esta forma, mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos).

Análisis Estadístico

La estadística descriptiva de las variables cuantitativas se expresa como media y desviación típica, para las variables cualitativas según su distribución de frecuencias. Mediante el test de Chi cuadrado se ha analizado la asociación entre las variables.

RESULTADOS

El porcentaje de incontinencia urinaria presente en el postparto fue del 70%. La mayor parte de las mujeres presenta incontinencia de urgencia (57%), el 43% incontinencia de esfuerzo.

Tabla II. Análisis comparativo de las variables en relación a la incontinencia en el postparto n=21.

VARIABLE		TIPO DE INCONTINENCIA	
		IUE n (%)	IUU n (%)
EDAD	<20	2 (9.5)	6 (28.5)
	20 – 25	5 (23.8)	6 (28.5)
	26 – 30	2 (9.5)	0
	31 – 35	0	0
IMC	< 20	0	0
	20.1 – 25	3 (14.2)	5 (23.8)
	25.1 – 30	4 (19)	5 (23.8)
	30.1 - 35	2 (9.5)	2 (9.5)
EPISIOTOMÍA		8 (38)	8 (38)
DESGARRO		1 (5)	4 (19)

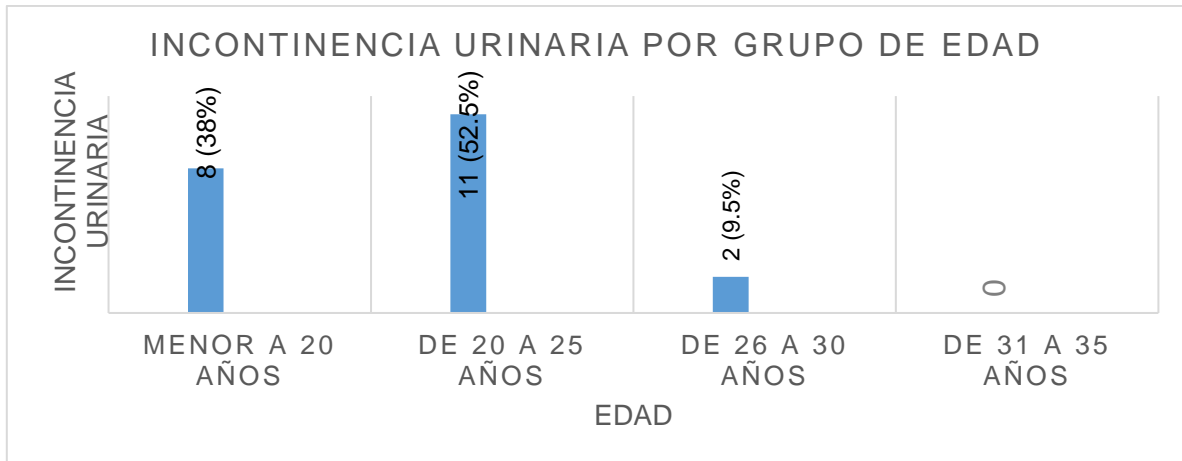


Figura 1. Relación tipo de incontinencia urinaria de acuerdo a los grupos de edad. Archivo Clínico del Hospital General Tláhuac 2019.

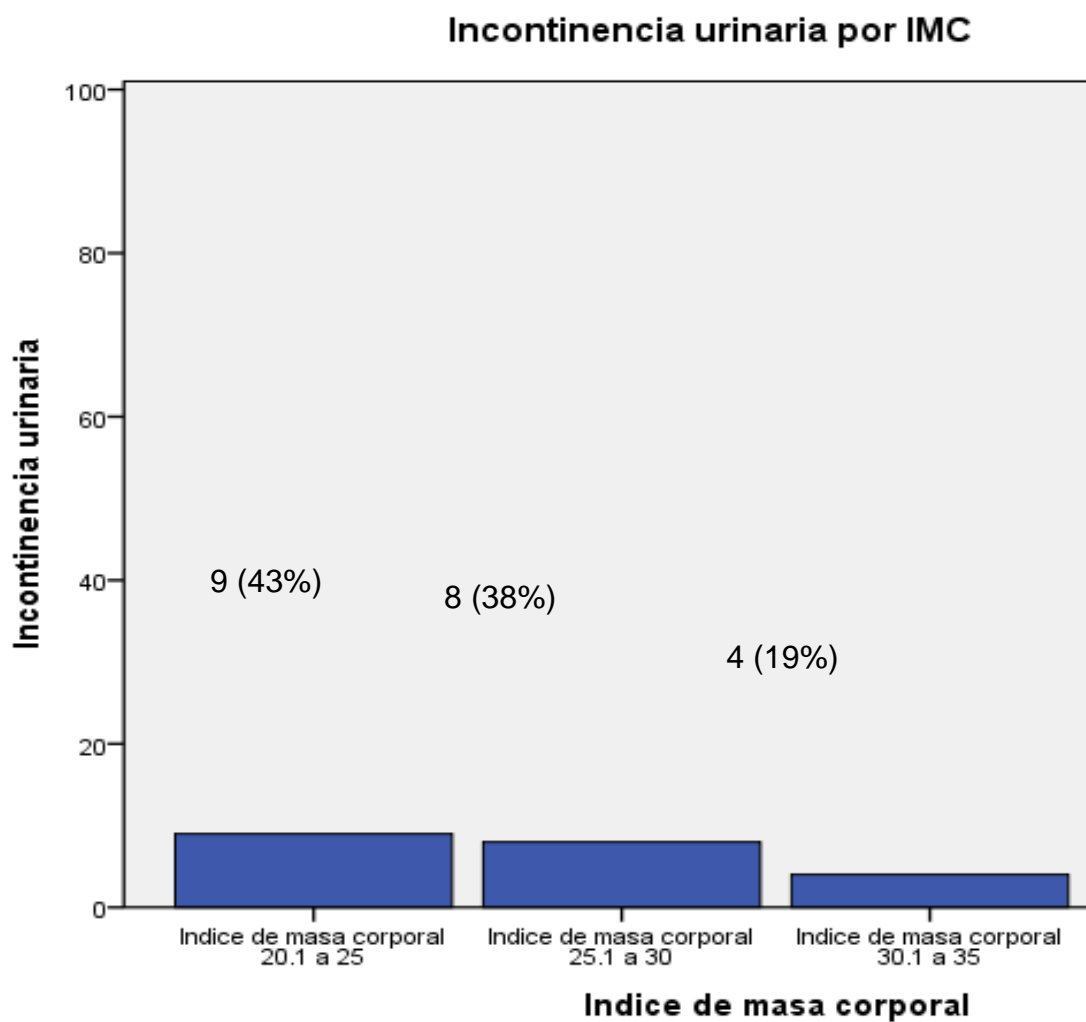


Figura 2. Relación del tipo de incontinencia de acuerdo al índice de masa corporal. Archivo Clínico del Hospital General Tláhuac 2019.

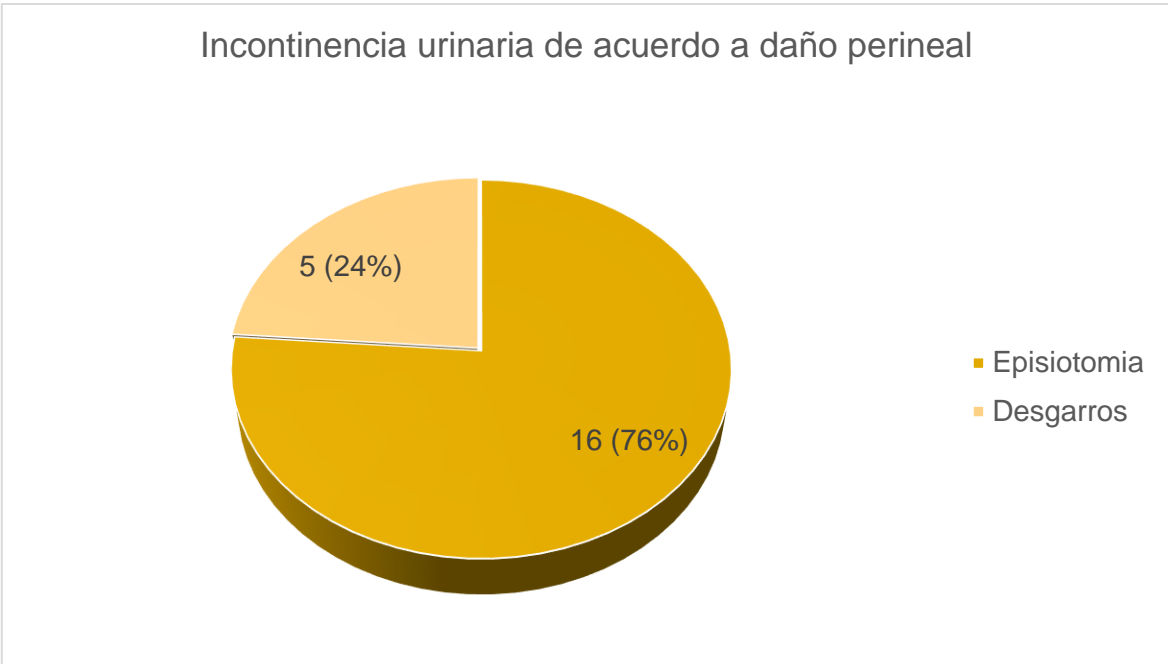


Figura 3. Relación de pacientes con incontinencia quienes tuvieron algún daño perineal (episiotomía (16 pacientes) o desgarro (5 pacientes) de cualquier grado). Archivo Clínico del Hospital General Tláhuac 2019.

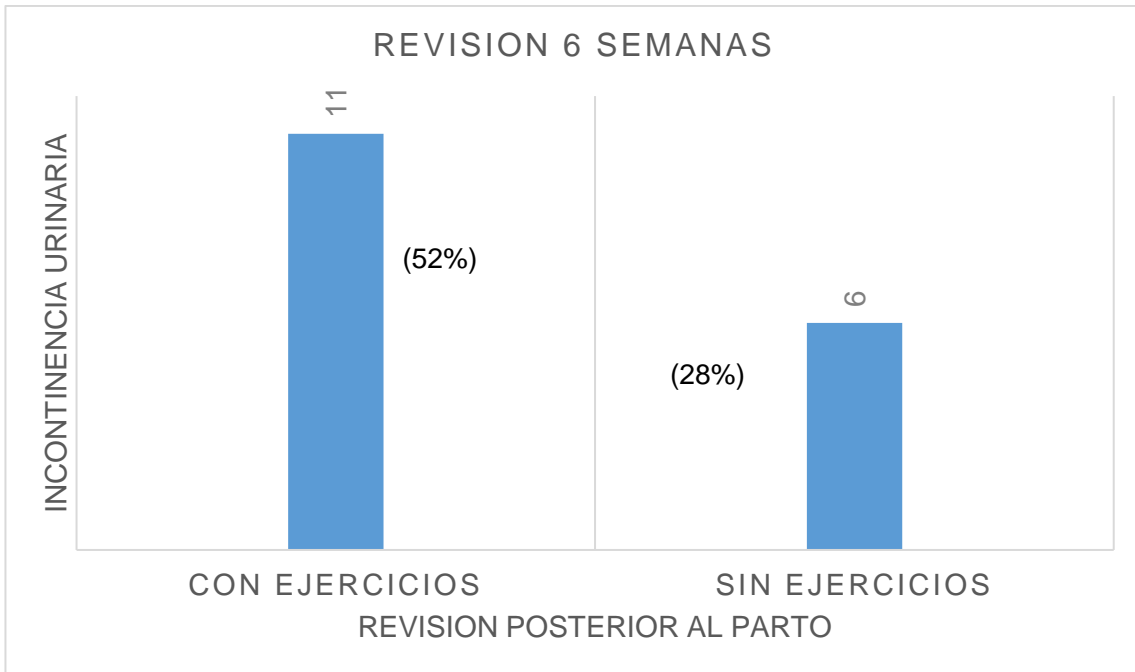


Figura 4. Casos que continuaron con el estudio, 17 pacientes, 6 semanas después del parto. Expresado en porcentaje. Archivo Clínico del Hospital General Tláhuac-2019.

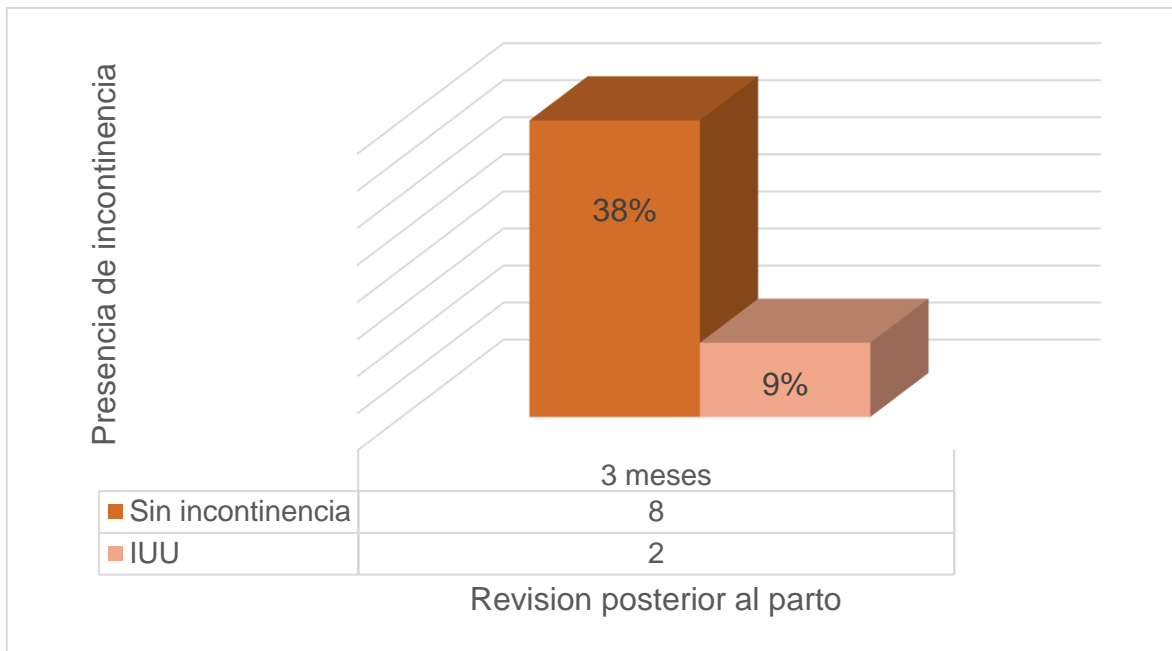


Figura 5. Casos que continuaron con el estudio, 10 pacientes, a los 3 meses después del parto, tras realizar ejercicios de suelo pélvico. Expresado en porcentaje. Archivo Clínico del Hospital General Tláhuac 2019.

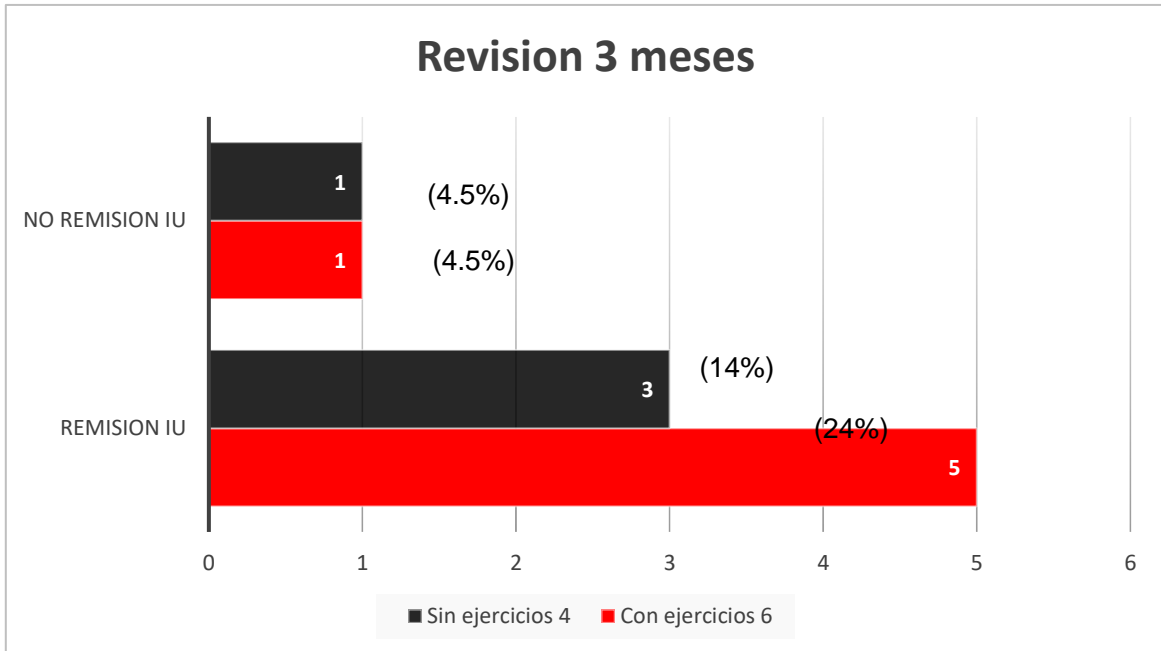


Figura 6. Esquema que detalla la relación entre la IU y los ejercicios de piso pélvico, 3 meses después del parto. Archivo Clínico del Hospital General Tláhuac 2019.

A.

Ejercicios de piso pelvico * Revision 3 meses

			Revision 3 meses		
			mejoro	no mejoro	no acudio
Ejercicios de piso pelvico	Si	Recuento	5	1	5
	No	Recuento	3	1	6
Total		Recuento	8	2	11

B.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.545 ^a	2	.762
Razón de verosimilitud	.549	2	.760
N de casos válidos	21		

a. 4 casillas (66.7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .95.

Figura 7. Correlación del ejercicio pélvico y su resultado al final de la prueba. A. conteo de casos a los 3 meses. B. Test de Chi cuadrado.

DISCUSION

La incontinencia urinaria posterior al parto es frecuente, generalmente del tipo de urgencia y esfuerzo, este estudio refleja lo publicado en la literatura, con una prevalencia que va del 7 al 12%. (1).

La edad se ha identificado en la literatura como factores de riesgo asociados a la IU en el embarazo. Al analizar los posibles factores de riesgo asociados, se encontró que las mujeres con edades entre 20 y 25 años, presento más casos de incontinencia 52% (figura 1), seguido de las pacientes con edades menores a 20 años con 38%, pacientes mayores de 30 años no presento tasas más altas de incontinencia urinaria debido a la baja proporción de mujeres dentro de ese rango de edad. (2), (3).

La obesidad juega un papel relevante; se ha demostrado una clara relación entre la incontinencia urinaria y la gravedad de su condición con índices de masa corporal (IMC) elevados. Se ha informado que IMC mayor a 30 se relaciona con mayor riesgo de desarrollar incontinencia urinaria del tipo esfuerzo. En este estudio, el índice de masa corporal no incrementa el riesgo de incontinencia urinaria, ya que se observó que IMC mayores a 30 presentaron menor tasa de incontinencia, comparando con el IMC menor a 30 (81%) de todos los casos al iniciar el estudio (figura 2). (3), (4).

La episiotomía se ha realizado tradicionalmente para prevenir traumas directos en los músculos del suelo pélvico durante el parto.

Los primeros defensores de la episiotomía de rutina argumentaron que protege el perineo de la madre, lo que resulta en un mejor soporte de los órganos pélvicos posparto. Se ha demostrado que la episiotomía reduce la fuerza muscular perineal en comparación con la laceración perineal espontánea, debido a la extensa separación de tejido en el período posparto. Todas las pacientes del estudio presentaron algún tipo de lesión perineal (episiotomía o desgarro), por lo que esto podría influir en la presencia de incontinencia urinaria posterior al parto. Figura 3. (5).

Muchas mujeres con incontinencia refieren la desaparición de los síntomas después del parto, sin embargo, la prevalencia de incontinencia urinaria en los primeros meses tras el parto es del 7 al 12%. En este estudio, se inició la terapia con los ejercicios de piso pélvico de forma aleatoria en 11 casos, con 10 controles, de las 21 pacientes que presentaron incontinencia urinaria al inicio del estudio, solo 17 pacientes continuaron a las 6 semanas del parto, 80% de los casos. De las cuales 11 pacientes (52%) se encontraban con terapia de ejercicios de piso pélvico y 6 sin la terapia (28%). Figura 4. (6).

Los ejercicios de los músculos pélvicos o ejercicios de Kegel, consiste en el entrenamiento de los músculos del suelo pélvico para el tratamiento de la incontinencia urinaria, fue popularizado por Arnold Kegel en 1948. El entrenamiento muscular del piso pélvico se ha recomendado principalmente para el tratamiento del estrés y la incontinencia urinaria mixta, pero se ha convertido cada vez más en parte del tratamiento ofrecido a las mujeres con incontinencia urinaria de urgencia. (7), (8).

El uso del entrenamiento muscular del piso pélvico en el tratamiento de la incontinencia urinaria se basa en dos funciones de los músculos del suelo pélvico, el apoyo de los órganos pélvicos y una contribución al mecanismo de cierre esfínter de la uretra. A los 3 meses del parto, 10 pacientes continuaron con el estudio, con una prevalencia del 48%, se observó mejoría de los síntomas en 8 pacientes (38%), figura 5.

Como se observa en la figura 6, en ese momento se encontraban con los ejercicios de suelo pélvico 6 pacientes y 4 sin la terapia; al final del estudio, solo una paciente de cada grupo, refería que aun presentaba síntomas de incontinencia urinaria. Sin embargo, el valor $p < 0.05$, no fue estadísticamente significativa, probablemente debido la cantidad de muestro obtenida. (9), (10).

CONCLUSIONES

1. Las pacientes que presentaron incontinencia urinaria posterior al parto, que continuaron al final del estudio, la mayoría refirió mejoría con los ejercicios de piso pélvico, como tratamiento de la incontinencia urinaria en el postparto.
2. No se observó relación significativa entre el IMC y la edad para la presencia de la incontinencia urinaria.

RECOMENDACIONES

1. Se puede encontrar en la literatura que la incontinencia es frecuente posterior al primer parto, aun 3 meses después del mismo, por lo que se debería implementar los ejercicios de piso pélvico de forma temprana.
2. Está demostrado que la episiotomía reduce la fuerza muscular perineal, esto trae consecuencias a largo plazo en sobre el piso pélvico, por lo que se debería evitar su uso.
3. Se debería realizar un estudio a gran escala para determinar la prevalencia real de este padecimiento, ya que muchas veces es subestimada tanto por el medico y la paciente, trayendo consecuencias a largo plazo, para mejorar la calidad de vida de las madres que tiene a su primer bebe.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Koelbl h., *Pathophysiology of urinary incontinence, faecal incontinence and pelvic organ prolapse*, committee 4. Citado enero 2019. Disponible en: https://www.ics.org/publications/ici_4/files-book/comite-4.pdf.
2. M. Bardino et al., *Frequency and Determinants of Urinary Incontinence in Adolescent and Young Nulliparous Women*, J Pediatr Adolesc Gynecol;2015(28) 462-470.
3. Martin-Martin, Sergio, Pascual-Fernández, Angela, Álvarez-Colomo, Cristina, Incontinencia urinaria en embarazo y postparto. Factores de riesgo asociado e influencia de los ejercicios del suelo pélvico. Archivos Españoles de Urología 2014, Mayo.
4. Yi-Hao Lin, Shuenn-Dhy Chang, Wu-Chiao Hsieh, Yao-Lung Chang, Ho-Yen Chueh, An-Shine Chao, Ching-Chung Liang; *Persistent stress urinary incontinence during pregnancy and one year after delivery; its prevalence, risk factors and impact on quality of life in Taiwanese women: An observational cohort study*; Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology 57 (2018) 340e345.
5. Murat Bozkurt a, *, Ays, e Ender Yumru b, Levent S, ahin; *Pelvic floor dysfunction, and effects of pregnancy and mode of delivery on pelvic floor*; Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology 53 (2014) 452e458.
6. Castro-Pardiñas M.A., Torres-Lacomba M., Navarro-Brazález, *Muscle function of the pelvic floor in healthy and puerperal women and with pelvic floor dysfunction*, Actas Urol Esp. 2017;41(4):249-257.
7. Boyle R, Hay-Smith EJC, Cody JD, Mørkved S; *Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women (Review)*; *The Cochrane Library* 2012, Issue 10, pp. 1-79.
8. Gorbea Chavez V, Velazquez Sanchez MP, Kunhardt Rasch JR; *Efecto de los ejercicios del piso pélvico durante el embarazo y el puerperio en la prevención de la incontinencia urinaria de esfuerzo*. Ginecología y obstetricia de mexico 2004; 72:628-36.

9. Jelovsek JE, Chagin K, Gyhagen M, et al. *Predicting risk of pelvic floor disorders 12 and 20 years after delivery*. Am J Obstet Gynecol; 2018;218:222.e1-19.
10. Velázquez-Magaña M. et al., *Incontinencia urinaria en mujeres del Distrito Federal*, Ginecología y Obstetricia. Centro Médico ABC, An Med (Mex) 2007; 52 (1): 14-21.