



Incontinencia urinaria y fecal postparto en gestación gemelar según vía y tipo de parto

Marcos Javier Cuerva González,* Nayara López Carpintero,* Miranda María de la Calle Fernández,* Ramón Usandizaga,* Antonio González**

Nivel de evidencia: II-3

RESUMEN

Antecedentes: la incidencia de embarazos múltiples aumentó en las últimas dos décadas. Diversos estudios han tratado de establecer la incidencia de afecciones del piso pélvico, en particular la incontinencia urinaria y sus factores de riesgo y concluyen que una cesárea previa y, sobre todo, un parto vaginal, implican mayor riesgo de padecer incontinencia urinaria y fecal, en comparación con las pacientes nuligestas.

Objetivo: determinar los distintos factores de riesgo para incontinencia urinaria y fecal después de un embarazo gemelar.

Pacientes y método: estudio transversal efectuado con base en la entrevista a 331 mujeres de 20 a 50 años de edad, sin síntomas previos al embarazo, que acudieron a control prenatal de embarazo gemelar al Hospital La Paz, Madrid. La entrevista incluyó el cuestionario ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire, Short-Form). Se registró la edad de la madre, edad gestacional, paridad, episiotomía, pesos de ambos neonatos, necesidad de protectores urinarios e incontinencia de gases y fecal.

Resultados: la prevalencia de incontinencia urinaria posparto, según el cuestionario ICIQ-SF>0, fue de 23%; 20.4% en el grupo de cesárea, 25.3% en el grupo de parto eutóxico y 35.5% en el grupo de parto instrumentado ($p=0.033$). La prevalencia de incontinencia moderada a severa (ICIQ-SF>6) fue de 14.8%; 12.3% en el grupo de cesárea, 14.5% en el grupo de parto eutóxico y 32.3% en el grupo de parto instrumentado ($p=0.005$). La prevalencia de incontinencia fecal fue de 3.4%; 4.8% en el grupo de parto eutóxico, 1.9% en el grupo de cesárea y 9.7% en el grupo de parto instrumentado ($p=0.058$).

Conclusión: el riesgo de incontinencia urinaria después de un embarazo gemelar fue mayor entre las pacientes que tuvieron un parto instrumentado al compararlas con las pacientes con parto eutóxico o cesárea. El peso fetal total y la edad materna no aparecieron como factores de riesgo en nuestro estudio. Toda mujer que termina un embarazo gemelar por parto instrumentado debe tener seguimiento por un especialista de piso pélvico.

Palabras clave: incontinencia urinaria, gemelar, posparto, piso pélvico.

ABSTRACT

Background: The incidence of multiple pregnancies increased in the last two decades. Several studies seeking the incidence of pelvic floor pathology, particularly urinary incontinence and its risk factors, conclude that a previous cesarean and vaginal delivery even more, carry an increased risk for developing urinary and fecal incontinence, compared with patients nulligravida.

Objective: To determine the different risk factors for urinary incontinence after a twin pregnancy.

Patients and methods: 331 women from 20 to 50 years of age without previous symptoms of pregnancy were interviewed, attending antenatal care of twin pregnancy in the Hospital La Paz, Madrid. The interview included the ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form). We recorded maternal age, gestational age, parity, episiotomy, weights of both newborns, the need for urinary protectors and fecal or gas incontinence.

Results: The prevalence of urinary incontinence postpartum according ICIQ-SF >0 was 23%; 20.4% in the caesarean group, 25.3% in the eutocic delivery group and 35.5% in the instrumental delivery group ($p = 0.033$). The prevalence of moderate to severe incontinence (ICIQ-SF >6) was 14.8%; 12.3% in caesarean group, 14.5% in the eutocic delivery group and 32.3% in the instrumental delivery group ($p = 0.005$). The prevalence of fecal incontinence was 3.4%; 4.8% in eutocic delivery group, 1.9% in the caesarean group and 9.7% in the instrumental delivery group ($p = 0.058$).

Conclusions: The risk of urinary incontinence after a twin pregnancy was higher among patients who had an instrumental delivery when compared with patients with eutocic delivery or cesarean section. The total fetal weight and maternal age did not appear as risk factors in our study. Any woman who had an instrumental delivery for twins should be followed up by a pelvic floor specialist.

Key words: urinary incontinence, twin, postpartum

RÉSUMÉ

Antécédents: L'incidence des grossesses multiples a augmenté dans les deux dernières décennies. Plusieurs études ont tenté d'établir l'incidence des troubles du plancher pélvien, y compris l'incontinence urinaire et ses facteurs de risque et de conclure qu'une césarienne antérieure et la livraison vaginale en particulier, impliquent un plus grand risque d'incontinence urinaire, par rapport aux patients nulligravida.

Objectif: déterminer les différents facteurs de risque pour l'incontinence urinaire et fécal après une grossesse gémellaire.

Matériel et méthodes: étude transversale réalisée à partir d'une entrevue avec 331 femmes de 20 à 50 ans sans symptômes d'une grossesse précédente, reçoivent des soins prénatals de jumeaux à l'hôpital La Paz, Madrid. L'entrevue comprenait la ICIQ-SF (Consultation internationale sur l'incontinence Questionnaire-Short Form). Nous avons enregistré l'âge maternel, l'âge gestationnel, la parité, l'épissiotomie, le poids des deux nourrissons, le besoin de protecteurs et de l'incontinence urinaire et les gaz intestinaux.

Résultats: La prévalence de l'incontinence urinaire post-partum, selon le ICIQ-SF > 0, a été de 23%, 20,4% dans le groupe césarienne, 25,3% dans le groupe de la livraison et 35,5% eutocique% dans le groupe extraction instrumentale ($p = 0,033$). La prévalence de l'incontinence modérée à sévère (ICIQ-SF > 6) était de 14,8%, 12,3% dans le groupe césarienne, 14,5% dans le groupe de la livraison et 32,3 eutocique% dans le groupe extraction instrumentale ($p = 0,005$). La prévalence de l'incontinence fécale a été de 3,4%, 4,8% dans le groupe de livraison eutocique, 1,9% dans le groupe césarienne et 9,7% dans le groupe extraction instrumentale ($p = 0,058$).

Conclusion: Le risque d'incontinence urinaire après une grossesse gémellaire est plus élevée chez les patients qui avaient une extraction instrumentale par rapport aux patients avec la livraison eutocique ou césarienne. Le poids total du fœtus et l'âge maternel n'a pas apparaître comme des facteurs de risque dans notre étude. Toute femme qui se termine une extraction instrumentale pour des jumeaux devrait être suivi par un spécialiste du plancher pélvien.

Mots-clés: incontinence urinaire, des jumeaux, du post-partum du plancher pélvien.

RESUMO

Antecedentes: A incidência de gestações múltiplas aumentaram nas últimas duas décadas. Vários estudos têm tentado estabelecer a incidência de distúrbios do assoalho pélvico, incluindo incontinência urinária e seus fatores de risco e concluem que uma cesariana e parto vaginal, especialmente, envolvem maior risco de incontinência urinária e fecal, em comparação com pacientes nulligravida.

Objetivo: determinar a diferentes fatores de risco para a incontinência urinária após uma gravidez de gêmeos.

Material e Métodos: Estudo transversal conduzido com base em entrevista com 331 mulheres de 20 a 50 anos de idade, sem sintomas prévios da gravidez, cuidados pré-natais de gêmeos no Hospital La Paz, Madrid. A entrevista incluiu o ICIQ-SF (Consulta Internacional sobre Incontinência Formulário Questionnaire-Short). Nós gravamos a idade materna, idade gestacional, paridade, episiotomia, pesos de ambos os recém-nascidos, a necessidade de protetores de incontinência urinária e e gases intestinais.

Resultados: A prevalência de incontinência urinária pós-parto, segundo o ICIQ-SF > 0, foi de 23%, 20,4% no grupo de cesárea, 25,3% no grupo de parto eutóxico e 35,5% no grupo de parto instrumental ($p = 0,033$). A prevalência de incontinência moderada a grave (ICIQ-SF > 6) foi de 14,8%, 12,3% no grupo cesariana, 14,5% no grupo de parto eutóxico e 32,3% no grupo de parto instrumental ($p = 0,005$). A prevalência de incontinência fecal foi de 3,4%, 4,8% no grupo de parto eutóxico, 1,9% no grupo de cesárea e 9,7% no grupo de parto instrumental ($p = 0,058$).

Conclusão: O risco de incontinência urinária após uma gravidez de gêmeos foi maior entre os pacientes que tiveram um parto instrumental, quando comparados com pacientes com parto eutóxico ou cesariana. O peso total do feto e idade materna não aparecem como fatores de risco em nosso estudo. Qualquer mulher que termina um parto instrumental para gêmeos devem ser acompanhados por um especialista do assoalho pélvico.

Palavras-chave: incontinência urinária, gêmeos, parto do assoalho pélvico.

* Médico del Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario La Paz, Madrid.

** Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario La Paz, Madrid. Catedrático de Ginecología y Obstetricia de la Universidad Autónoma de Madrid.

Correspondencia: Dr. Marcos Javier Cuerva González. San Bernardo 83, primera planta número 7. Madrid 28015, España. Correo electrónico: marxichos@hotmail.com

Recibido: 3 de enero de 2011 Aceptado: 14 de julio de 2011

Este artículo debe citarse como: Cuerva-González MJ, López-Carpintero N, De la Calle-Fernández MM, Uzandizaga R, González A. Incontinencia urinaria y fecal postparto en gestación gemelar según vía y tipo de parto. Ginecol Obstet Mex 2011;79(9):540-546.

La incidencia de embarazos múltiples aumentó en las últimas dos décadas. Este cambio implicó un incremento en ciertos padecimientos, lo que requiere nuevos estudios al respecto. Los embarazos múltiples se relacionan con mayores tasas de preeclampsia, hemorragia posparto, amenaza de parto pretérmino y endometritis puerperal.¹

Un problema ginecológico es la disfunción del piso pélvico. Diversos estudios se centran en determinar la incidencia de la disfunción del piso pélvico, particularmente la incontinencia urinaria y sus factores de riesgo. Se concluye² que una cesárea previa representa mayor riesgo

de incontinencia urinaria y, más aún, un parto vaginal, en comparación con las pacientes nuligestas. A diferencia de otras alteraciones, son escasos los estudios acerca de la disfunción del piso pélvico después de una gestación múltiple.^{3,4,5}

Existen muchos estudios en embarazos únicos que indican que el riesgo de incontinencia urinaria a futuro aumenta en las mujeres que tuvieron parto vaginal respecto a las que finalizaron el embarazo por cesárea.^{2,6}

Ante este panorama se evaluó la incidencia de incontinencia urinaria después de una gestación múltiple en función del tipo de parto y de factores de riesgo válidos en embarazos únicos.²

PACIENTES Y MÉTODO

Estudio transversal efectuado con base en la respuesta a 331 cuestionarios por parte de igual cantidad de mujeres de 20 a 50 años de edad, sin síntomas previos al embarazo, que acudieron a control prenatal de embarazo gemelar al Hospital La Paz, Madrid. La muestra incluyó 567 madres de gemelos que finalizaron su embarazo en el Hospital La Paz, de 9 a 24 meses antes del estudio (mediana = 15 meses; de 2007 a 2009). La edad de las embarazadas fue de 20 a 50 años (mediana = 31 años de edad).

La distribución de la nacionalidad de las pacientes fue: 396 españolas (69.8%), 49 sud y centroamericanas (8.6%), 31 de Europa del este (5.4%), 27 de países islámicos (4.7%), 13 asiáticas (2.3%), y 51 de países con alto nivel de mestizaje (8.9%).

De las 567 mujeres incluidas, 331 (58.37%) respondieron el cuestionario. De las 236 mujeres que no se pudieron entrevistar, 108 (46%) no pudieron localizarse por cambio de domicilio o migración, 71 (30% de las no entrevistadas; 12.5% del total de mujeres) no desearon participar en el estudio, a 35 (15%) no fue posible realizarles la entrevista por motivos de lenguaje (chino y árabe) y 22 mujeres (9%) no participaron por negativa de su pareja a que fueran entrevistadas sin su presencia.

Cuestionario de incontinencia

El cuestionario elegido para el estudio fue el ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form) en su traducción validada al español (Anexo 1), que registra en tres preguntas aspectos de la calidad de vida relacionados con la incontinencia urinaria:

cuántas veces pierde orina, en qué cantidad y cuánto considera que afecta su vida cotidiana. La cuarta pregunta del cuestionario fue sobre la pérdida de orina, para conocer el tipo de incontinencia. Los límites de las puntuaciones fueron 1 y 21; las puntuaciones mayores tuvieron mayor repercusión en la calidad de vida.

Se agregaron al cuestionario tres preguntas: la necesidad de usar protectores y su tipo (protector delgado, compresa menstrual, compresa de incontinencia o pañales), cuántos cambios de protector requiere al día, y si tiene incontinencia a gases o fecal.

Variables analizadas

Entre las mujeres que padecían algún tipo de incontinencia, la puntuación del ICIQ-SF se dividió en menor o igual a seis, y mayor que seis puntos. Las mujeres con puntuación menor o igual a 6 se clasificaron con incontinencia urinaria leve y las que tuvieron puntuación mayor a 6 se clasificaron con incontinencia moderada-grave.⁷

En cuanto al tipo de incontinencia, ésta se clasificó de acuerdo con la respuesta a la pregunta acerca de cuándo sucedía la pérdida de orina. Se clasificaron como incontinencia de esfuerzo las pérdidas de orina al toser, estornudar, hacer esfuerzos físicos o durante el ejercicio. Se clasificó como incontinencia de urgencia a la pérdida de orina antes de llegar al baño. Cuando las respuestas de ambos grupos fueron positivas, la incontinencia se clasificó como mixta.

La edad se analizó como variable continua y estratificada en grupos de cinco años; el grupo con el límite inferior fue de 20 a 25 años y el grupo con el límite superior de 45 a 50 años.

El tipo de parto se subdividió en tres clases para el análisis estadístico: parto vaginal de ambos gemelos, cesárea de ambos gemelos y parto instrumentado de uno o ambos gemelos. También se registró en seis categorías: parto vaginal de ambos gemelos, parto vaginal con uso de fórceps en uno de ambos gemelos, parto instrumentado de ambos gemelos, parto vaginal de un gemelo y cesárea del otro, parto vaginal instrumentado de un gemelo y cesárea del otro y cesárea de ambos gemelos. Todos los casos de parto vaginal se subdividieron si se realizó episiotomía o no, o si hubo un desgarro mayor del grado II de Sultán o no.

El peso sumado de ambos fetos se analizó como variable continua y en grupos cada 1,000 gramos; desde menos de 3,000 gramos, de 3,000 a 4,000 gramos, 4,000 a 5,000,

5,000 a 6,000 y mayores de 6,000 gramos. También se estratificó según el peso del primer y segundo gemelos por separado.

Los antecedentes obstétricos (paridad) y la edad gestacional en el momento de la finalización del embarazo, también se analizaron como variables independientes.

La incontinencia fecal se analizó como variable dependiente dicotómica, según el tipo de parto y la realización o no de episiotomía y la suma de los pesos fetales.

Análisis estadístico

Para las variables cualitativas se utilizaron las pruebas de la χ^2 y exacta de Fisher. El test de ANOVA se usó para comparar las variables continuas. También se realizó una regresión logística univariante para valorar la influencia de las distintas variables sobre el valor del cuestionario ICIQ-SF. Para el análisis estadístico de los resultados se usó el programa SPSS v15.0.

RESULTADOS

Prevalencia

Se realizó una entrevista satisfactoria en 331 mujeres: 236 nulíparas (71.3%) y 95 multíparas (28.7%). El parto fue: eutóxico en 83 pacientes (25.1%), cesárea de ambos fetos en 211 pacientes (63.7%), instrumentado (fórceps) de ambos fetos en ocho pacientes (2.4%), eutóxico y cesárea del segundo feto en seis pacientes (1.8%), instrumentado y eutóxico en 18 pacientes (5.5%) e instrumentado seguido de cesárea en cinco pacientes (1.5%). (Figura 1)

La prevalencia de cualquier tipo de incontinencia posparto (ICIQ-SF >0) fue de 23%. Al analizar la incontinencia urinaria en el grupo de parto eutóxico de ambos gemelos, según el tipo de parto, se obtuvo una prevalencia de 25.3% y de 20.4% en el grupo de cesárea de ambos gemelos y de 35.5% en el grupo de parto instrumentado (parto instrumentado del primero, segundo o de ambos gemelos, $p=0.033$). (Figura 2)

La prevalencia de incontinencia moderada a severa (ICIQ-SF >6) fue de 14.8%. En el grupo de parto eutóxico de ambos gemelos, la prevalencia fue de 14.5% y en el de cesárea 12.3% y en el de parto instrumentado 32.3% ($p=0.005$). (Figura 2)

El análisis de regresión logística univariante sólo mostró asociación estadísticamente significativa entre el tipo de parto y la prevalencia de incontinencia urinaria al año.

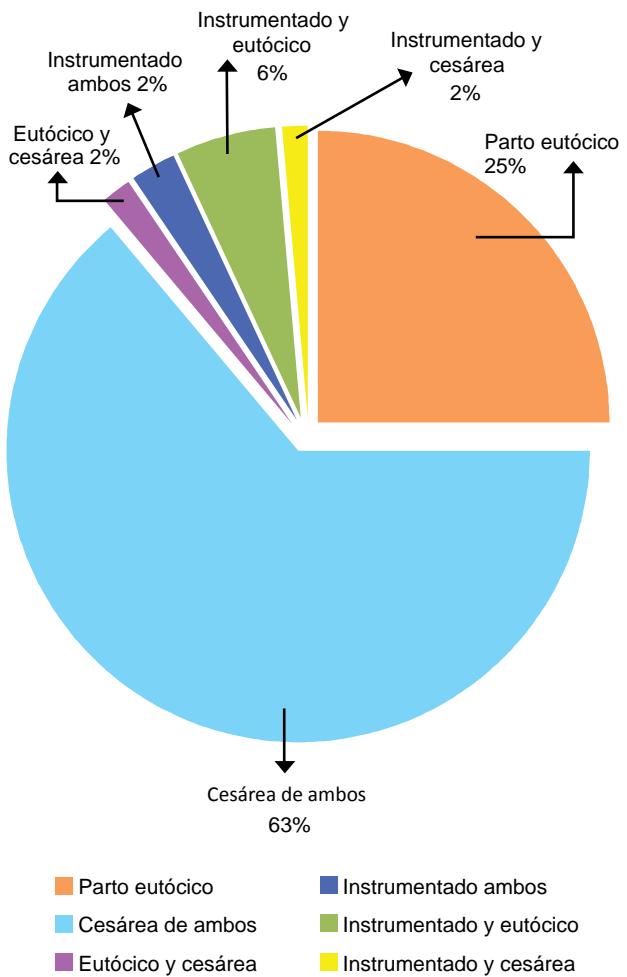


Figura 1. Porcentaje de pacientes con incontinencia por tipo de conclusión del embarazo

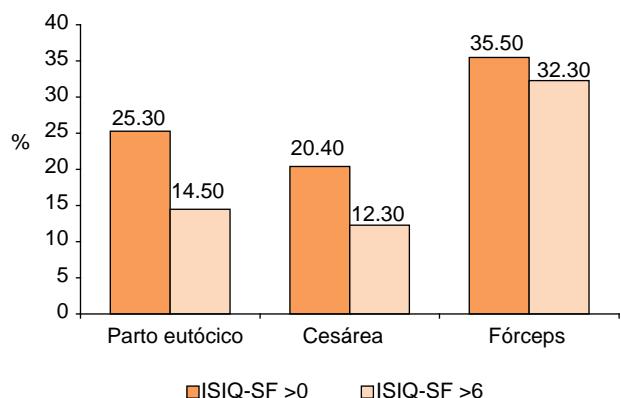


Figura 2. Porcentaje de incontinencia después de un embarazo gemelar

La razón de momios para incontinencia moderada o severa (ICIQ-SF >6) al año fue 1.44 al comparar el parto eutócico con la cesárea de ambos gemelos (IC de 95%: 0.738-2.811). Para incontinencia moderada o severa (ICIQ-SF >6), al comparar el parto instrumentado de cualquiera de ambos fetos con la cesárea de uno y otro, la razón de momios fue 3.38 (IC de 95%: 1.437-7.988). Para incontinencia moderada o severa (ICIQ-SF >6), al comparar el parto instrumentado de cualquiera de ambos fetos con el parto eutócico de uno y otro feto fue 2.82 (IC de 95%: 1.068-7.434).

Prevalencia de incontinencia en función de otras variables analizadas

La prevalencia de incontinencia de esfuerzo en pacientes con resultados del cuestionario ICIQ-SF >0, fue de 12.9%, de incontinencia de urgencia de 4.8% y de incontinencia mixta de 5.1%. La prevalencia de incontinencia es mayor en relación directa con la edad materna, a mayor peso de ambos gemelos y a mayor edad gestacional no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas ($p>0.05$).

En relación con la paridad, la prevalencia de incontinencia urinaria fue similar entre las mujeres con parto previo y las nulíparas; las multíparas (dos ó más partos previos) tuvieron mayor prevalencia de incontinencia.

Parto instrumentado y eutócico

Respecto a los factores asociados con los partos instrumentados o no, la prevalencia de incontinencia se analizó en función de la episiotomía y si la paciente tuvo un desgarro perineal mayor a grado II de Sultán o no.

En 81.25% de los partos instrumentados se realizó episiotomía y en 100% de los partos instrumentados sin episiotomía hubo desgarro perineal. En los partos eutópicos se realizó episiotomía en 65%: de estos, 13.3% tuvieron desgarro perineal y 21.7% no, porque tampoco se les hizo episiotomía.

La prevalencia de cualquier tipo de incontinencia (ICIQ-SF >0) y de incontinencia moderada-severa (ICIQ-SF >6) en función del tipo de lesión fue: 26.8 y 19.5%, respectivamente, en las pacientes con episiotomía; 16.6% (para ICIQ-SF >0 e ICIQ-SF >6) en las que tuvieron desgarro perineal, 40 y 15% en las que no tuvieron desgarro ni episiotomía. De las pacientes sin desgarro ni episiotomía, 75% eran multíparas frente a 29.4% de las

que tuvieron desgarro perineal y 39% de las que se les realizó episiotomía.

Uso de protectores para la incontinencia

En el grupo de pacientes que requirió cesárea de ambos fetos, 12% necesitó usar protectores; 58% de las mujeres con incontinencia urinaria del grupo de cesáreas usó protectores, de las que 73.75% usaba sólo un protector delgado (salvaslip) y 26.25% compresas para incontinencia. La media de cambios diarios del protector por paciente fue de 2.23.

Del grupo de parto eutócico de ambos fetos, 15.6% de las mujeres usaba protectores, que representan 61.7% de las mujeres con incontinencia dentro del grupo de partos eutópicos. De estas pacientes, 76.9% usaba sólo protector delgado (salvaslip), 15.4% compresas menstruales y 7.7% compresas para incontinencia. La media de cambios diarios de protector por paciente fue de 2.31. Del grupo de parto instrumentado, 19.35% de las mujeres usaba protectores, que representan 54.6% de las mujeres con incontinencia del grupo de partos instrumentados. De estas pacientes, todas usaban protector delgado (salvaslip), sólo una paciente usaba pañal. La media de cambios diarios del protector por paciente era de 2.6.

Incontinencia fecal

La prevalencia de incontinencia fecal fue: 1.8% después de una cesárea de ambos fetos; 3.7% enseguida del parto eutócico de ambos fetos y 9.6% a continuación del parto instrumentado ($p=0.058$). (Figura 3) No hubo diferencias estadísticamente significativas para relacionar la episiotomía con la suma de los pesos fetales.

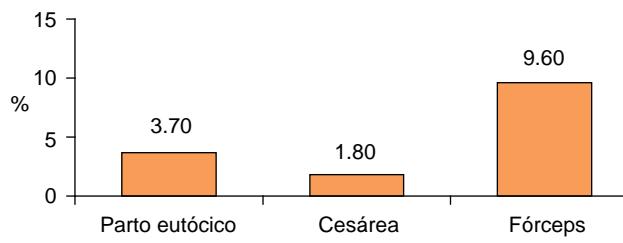


Figura 3. Porcentaje de mujeres con incontinencia fecal por tipo de conclusión del embarazo

DISCUSIÓN

En este estudio destaca que en las mujeres en quienes el embarazo finalizó por cesárea hubo menor incidencia de incontinencia urinaria posparto. El parto instrumentado, de ambos o uno solo de los gemelos, es un factor de riesgo para incontinencia a futuro. El parto eutócico también se asocia con mayor incidencia de incontinencia que la cesárea.

Puesto que las mujeres se clasificaron en función del tipo de parto es conveniente ampliar este estudio con el seguimiento de quienes nunca antes se han embarazado e incluirlas en el grupo de edad correspondiente.

No hubo diferencias estadísticamente significativas en factores de: edad, paridad, edad gestacional al momento de la finalización del embarazo o la suma de los pesos fetales. Durante el diseño del estudio constituyeron aspectos que se esperaba tuvieran mayor importancia. El cuestionario de incontinencia utilizado (ICIQ-SF) ya se había aplicado en otros estudios y su traducción al español está validada.⁸

Respecto a la participación en el estudio, ésta fue satisfactoria, aunque un grupo étnico tuvo menor participación, por lo que se considera que el grupo de mujeres estudiado refleja de manera adecuada a nuestra sociedad.

Son escasos los estudios que asocian el tipo de parto como un factor independiente de riesgo para incontinencia, incluso en embarazos únicos.^{2,6,9} Aún más escasos son los estudios en embarazos múltiples.^{4,5} Además, muchos de los estudios tuvieron períodos de seguimiento de pocos meses o incluían pacientes de muy diversas edades.

Si bien todos los estudios en embarazos gemelares consideran a la cesárea un factor protector frente a la incontinencia,^{4,5} ningún estudio hasta ahora ha valorado las consecuencias del parto instrumentado en embarazos múltiples.

La prevalencia de incontinencia fecal es de 1.9% en las pacientes con una cesárea de ambos gemelos; estos casos ocurrieron en mujeres nulíparas, sin factores de riesgo.

El trabajo de parto se propone como factor de riesgo, incluso en cesáreas, aunque no se diferenció entre cesáreas electivas y cesáreas después del trabajo de parto establecido. La bibliografía disponible se refiere a embarazos únicos, sin demostrar diferencias estadísticamente significativas para incontinencia entre ambos tipos de cesáreas.²

CONCLUSIÓN

En embarazos gemelares nuestros resultados sitúan a los partos eutócicos y, más aún, a los partos instrumentados como factores de riesgo para incontinencia urinaria moderada o severa al comparar los partos con la cesárea; no consideramos que estos resultados justifiquen el aumento en el número de cesáreas. Un estudio más amplio y con mayor cantidad de participantes sería útil para definir los múltiples factores de riesgo y seleccionar a las pacientes de alto riesgo para incontinencia moderada o severa y tomar una decisión con la paciente basada en los riesgos y beneficios de cada caso. Nuestra recomendación es que toda paciente cuyo embarazo haya concluido por parto instrumentado, tenga un seguimiento posterior por especialistas en piso pélvico.

REFERENCIAS

1. Conde-Agudelo A, Belizan JM, Lindmark G. Maternal morbidity and mortality associated with multiple gestations. *Obstet Gynecol* 2000;95(6 Pt 1):899-904.
2. Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S, Norwegian EPINCONT Study. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med* 2003;348(10):900-907.
3. Goldberg RP, Kwon C, Gandhi S, Atkuru LV, Sand PK. Urinary incontinence after multiple gestation and delivery: impact on quality of life. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2005;16(5):334-336.
4. Goldberg RP, Kwon C, Gandhi S, Atkuru LV, et al. Urinary incontinence among mothers of multiples: the protective effect of cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188(6):1447-1450.
5. Legendre G, Tassel J, Salomon LJ, Fauconnier A, Bader G. Impact of twin gestation on the risk of postpartum stress incontinence. *Gynecol Obstet Fertil* 2010;38(4):238-243.
6. Turner CE, Young JM, Solomon MJ, Ludlow J, et al. Vaginal delivery compared with elective caesarean section: the views of pregnant women and clinicians. *BJOG* 2008;115(12):1494-1502.
7. Romero Maroto J, Ortiz Gorraiz M, Prieto Chaparro L, López López C, et al. New adjustable mesh for the treatment of female stress incontinence. Preliminary results. *Actas Urol Esp* 2006;30(2):186-194.
8. Espuna Pons M, Rebollo Alvarez P, Puig Clota M. Validation of the Spanish version of the International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form. A questionnaire for assessing the urinary incontinence. *Med Clin (Barc)* 2004;122(8):288-292.
9. Kuh D, Cardozo L, Hardy R. Urinary incontinence in middle-aged women: childhood enuresis and other lifetime risk factors in a British prospective cohort. *J Epidemiol Community Health* 1999;53:453-458.

ANEXO 1

Cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF

1. ¿Con qué frecuencia se le escapa la orina? (marque una)

- Nunca —> Si selecciona esta opción, no continúe
- Menos de una vez al mes
- Algunas veces al mes
- Algunas veces a la semana
- Todos los días o noches

2. ¿Qué cantidad de orina se le escapa cada vez? (marque una)

- No se me escapa nada
- Gotas (muy poca cantidad)
- Chorro pequeño (una cantidad moderada)
- Mucha cantidad

3. Estos escapes de orina ¿cuánto afectan su vida diaria?

Marque un círculo en un número entre 0 (no me afectan nada) y 10 (me afectan mucho).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. ¿Cuándo pierde orina? (señale todo lo que le pasa a usted)

- Pierde orina antes de llegar al baño
- Pierde orina cuando tose o estornuda
- Pierde orina cuando duerme
- Pierde orina cuando hace esfuerzos físicos o ejercicio
- Pierde orina al acabar de orinar y luego de haberse vestido
- Pierde orina sin un motivo evidente
- Pierde orina de forma continua

5. ¿Necesita protectores?

- Salvaslip
- Compresa menstrual
- Compresa para incontinencia
- Pañales

6. ¿Cuántas veces se cambia al día? ()

7. ¿Se le escapan las heces o los gases?

- Sí
- No