

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN ORIGINAL

Fisioterapia y Kinesiología

Características clínicas y obstétricas de mujeres con incontinencia urinaria atendidas en un centro de rehabilitación

Tadeo José López Arce¹, Elva Indira Jara Galeano¹

¹Carrera de Fisioterapia y Kinesiología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Norte, sede Asunción, Asunción, Paraguay.

Enviado: 28 de julio de 2026

Aceptado: 8 de septiembre de 2026

Publicado: 15 de septiembre de 2026

DOI: [10.5281/zenodo.22820796](https://doi.org/10.5281/zenodo.22820796)



Licencia Creative Commons Atribución 4.0
Internacional (CC-BY)

RESUMEN

Introducción: La incontinencia urinaria (IU) es una disfunción del suelo pélvico de alta prevalencia en la mujer adulta, con repercusiones físicas, psicológicas y sociales, y con escasa caracterización clínica en Paraguay. El objetivo fue describir las características clínicas y obstétricas de mujeres con IU atendidas en un centro de rehabilitación entre enero de 2024 y enero de 2025. **Materiales y métodos:** Estudio cuantitativo, descriptivo, observacional, no experimental y transversal. Muestra de 41 mujeres por conveniencia, con registros clínicos y fichas de valoración fisioterapéutica. **Resultados:** Edad promedio 55 años. Predominaron dos gestaciones (24 %) y cesárea (32 %); cirugía endopélvica 80 % y abdominal 78 %. Tipo más frecuente: esfuerzo (61 %), luego urgencia (27 %). Tras rehabilitación, la actividad voluntaria EMG aumentó de 5,53 a 12,63 μ V y el tono basal bajó de 2,36 a 2,01 μ V (ambos $p < 0,001$). **Conclusiones:** El perfil se caracteriza por antecedentes quirúrgicos frecuentes y predominio de IU de esfuerzo; la rehabilitación se asoció con mejoría electromiográfica significativa.

Palabras clave: electromiografía, incontinencia urinaria, rehabilitación, suelo pélvico

Autor corresponsal: Elva Indira Jara Galeano. Carrera de Fisioterapia y Kinesiología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Norte, sede Asunción, Asunción, Paraguay

Correo electrónico: indirajara20@gmail.com

Financiación: Esta investigación no recibió financiación específica de organismos públicos, comerciales ni de entidades sin ánimo de lucro.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés financieros, personales, profesionales, institucionales ni de otra índole relacionados con este trabajo.

INTRODUCCIÓN

El suelo pélvico está conformado por un conjunto de músculos, ligamentos y estructuras fasciales que sostienen a los órganos pélvicos y participan en el control de la continencia urinaria, fecal y en la función sexual; su integridad anatómica y funcional depende de una compleja interacción neuromuscular que puede verse alterada por eventos obstétricos, quirúrgicos, hormonales y por el propio proceso de envejecimiento (1). La incontinencia urinaria (IU) se define, de acuerdo con el reporte conjunto de la International Urogynecological Association (IUGA) y la International Continence Society (ICS), como la queja de pérdida involuntaria de orina, y forma parte de una de las manifestaciones más frecuentes de disfunción del suelo pélvico (2). Según su mecanismo fisiopatológico, la IU se clasifica en incontinencia de esfuerzo, incontinencia de urgencia, incontinencia mixta e incontinencia por rebosamiento (3).

La IU representa un problema de salud pública debido a su elevada prevalencia y a su impacto negativo sobre la calidad de vida, afectando a un porcentaje considerable de mujeres a lo largo de la vida, con un incremento progresivo asociado a la edad, la paridad y la menopausia (4). Entre los principales factores de riesgo descritos en la literatura se encuentran los eventos obstétricos —número de gestaciones, tipo de parto, desgarro perineal y episiotomía—, además de los antecedentes quirúrgicos endopélvicos y abdominales (5). También influyen factores relacionados con el peso corporal, dado que la pérdida de peso ha demostrado reducir los episodios de incontinencia en mujeres con sobrepeso u obesidad (6), y el estreñimiento crónico, por su relación con el aumento sostenido de la presión intraabdominal (7).

En cuanto a la evaluación objetiva de la función del suelo pélvico, la electromiografía de superficie (EMG) se ha consolidado como una herramienta válida y no invasiva para cuantificar la actividad muscular durante la contracción voluntaria y en reposo, así como para monitorear la respuesta al tratamiento de rehabilitación (8). Revisiones sistemáticas y ensayos clínicos aleatorizados han evaluado si el entrenamiento de los músculos del suelo pélvico (PFMT) combinado con biorretroalimentación electromiográfica (EMG-BF) produce beneficios superiores al PFMT convencional, con resultados que continúan siendo objeto de debate: mientras una revisión Cochrane sugirió un beneficio del EMG-BF sobre la IU, aunque con necesidad de evidencia adicional (9), un ensayo clínico multicéntrico posterior no encontró dife-

rencias significativas en la gravedad de la IU entre ambos abordajes (10).

A nivel internacional, diversos estudios epidemiológicos han caracterizado la magnitud del problema. Una encuesta poblacional realizada en el sudeste de China con 9584 mujeres reportó una prevalencia relevante de IU, siendo la incontinencia de esfuerzo el subtipo más frecuente (11). En la misma línea, un estudio transversal realizado en Nanjing, China, documentó que la incontinencia de esfuerzo es el tipo más común de IU tanto en mujeres embarazadas como en el puerperio (12). En Noruega, el estudio EPINCONT constató una asociación significativa y dependiente de la edad entre la paridad y la presencia de IU (13), mientras que en Irlanda se evaluó el estado del suelo pélvico en mujeres primíparas jóvenes, evidenciando alteraciones morfofuncionales tempranas asociadas al parto vaginal (14). En Etiopía se identificó una elevada prevalencia de trauma perineal posparto como factor predisponente a la disfunción del suelo pélvico (15), y un metaanálisis confirmó que el parto vaginal se asocia de forma directa con una mayor morbilidad del suelo pélvico —incluyendo IU, prolapso de órganos pélvicos e incontinencia anal— en comparación con la cesárea (16); de manera consistente, un estudio multicéntrico identificó al trabajo físico exigente, el parto vaginal y la diabetes como factores de riesgo para una menor fuerza muscular del suelo pélvico en mujeres de distintas etapas de la vida (17).

En el ámbito nacional, la incontinencia urinaria y las disfunciones del suelo pélvico son reconocidas como condiciones ginecológicas de relevancia clínica dentro del sistema de salud paraguayo, aunque la evidencia científica local publicada sobre la caracterización clínica y obstétrica de mujeres con IU, así como sobre los resultados objetivos (electromiográficos) del tratamiento de rehabilitación del suelo pélvico, es todavía escasa. Esta limitada producción científica local, sumada a la relevancia clínica y social del problema descrita en la literatura internacional, evidencia una escasez de conocimiento en el contexto paraguayo que la presente investigación busca contribuir a subsanar, aportando datos propios generados en un centro de rehabilitación de Asunción. Por ello, el presente estudio tuvo como objetivo general describir las características clínicas y obstétricas de mujeres con diagnóstico de incontinencia urinaria atendidas en dicho centro durante el período de enero de 2024 a enero de 2025.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio cuantitativo, no experimental, de tipo observacional, descriptivo y de corte transversal, sin manipulación de las variables ni establecimiento de relaciones de causalidad entre ellas (18). El estudio se desarrolló en el Centro de Medicina Física y Rehabilitación (CEMEFIR), un centro privado de Asunción, Paraguay. Se analizaron registros clínicos correspondientes al período de enero de 2024 a enero de 2025, mientras que la recolección de datos se realizó en agosto de 2025.

La población de estudio estuvo conformada por todas las mujeres con diagnóstico de incontinencia urinaria que acudieron al centro durante el periodo de estudio ($N = 80$). La muestra estuvo constituida por 41 mujeres que reunieron los criterios de inclusión establecidos: ser mayor de 18 años, contar con diagnóstico clínico de incontinencia urinaria, haber participado del programa de rehabilitación del suelo pélvico durante el período de estudio, contar con registros clínicos completos y haber otorgado consentimiento informado. Se excluyeron hombres, mujeres embarazadas o en posparto inmediato, y pacientes con alteraciones neurológicas graves, infecciones urinarias activas o patologías ginecológicas agudas. No se realizó un cálculo probabilístico del tamaño muestral, dado que se trabajó sobre la totalidad de los registros disponibles que cumplían los criterios de elegibilidad; el muestreo fue no probabilístico, por conveniencia.

La técnica empleada fue la revisión documental de fuentes secundarias, mediante el análisis de las fichas clínicas y los registros fisioterapéuticos del centro. Como instrumento de recolección de datos se utilizó una ficha de registro estructurada, diseñada específicamente para el estudio a partir del cuadro de operacionalización de variables, que permitió sistematizar la información relativa a la edad, los antecedentes obstétricos (número de gestaciones y tipo de parto), los antecedentes quirúrgicos (cirugías endopélvicas y abdominales), el tipo de incontinencia urinaria clasificado según la terminología IUGA/ICS (3), los factores asociados (actividad física, estreñimiento, desgarró perineal y episiotomía), y los valores de la valoración electromiográfica del suelo pélvico (actividad durante la contracción voluntaria y tono basal en reposo) tanto en la evaluación inicial como en la final, expresados en microvoltios (μV). La información registrada en cada ficha fue verificada y contrastada por los profesionales fisioterapeutas responsables de las valoraciones, con el fin de garantizar la correspondencia

entre los datos consignados y los registros clínicos originales.

Previo a la recolección definitiva, la ficha de registro fue aplicada como prueba piloto a un subgrupo de 5 historias clínicas que no formaron parte de la muestra final, con el propósito de verificar la claridad, pertinencia y exhaustividad de las categorías incluidas para cada variable; esta revisión preliminar contó con la participación de 3 expertos en el área de la salud y en metodología de la investigación. Se obtuvo la autorización institucional correspondiente para acceder a los registros.

Los datos se procesaron y analizaron mediante estadística descriptiva, expresados en frecuencias absolutas y porcentajes. Los valores electromiográficos iniciales y finales se compararon mediante análisis estadístico, considerando un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

RESULTADOS

Se analizaron los registros de 41 mujeres con diagnóstico de incontinencia urinaria. Respecto a la distribución etaria, el 27 % tenía entre 29 y 38 años, el 24 % entre 39 y 48 años, el 17 % entre 49 y 58 años, el 12 % entre 59 y 68 años, el 10 % entre 69 y 78 años, el 12 % entre 79 y 88 años, y el 10 % tanto en el rango de 39 a 48 como en el de 79 a 88 años. La edad promedio fue de 55 años (mediana: 58 años), lo que pone de manifiesto una mayor proporción de casos en mujeres más jóvenes, con un descenso progresivo en los grupos de mayor edad.

En cuanto al número de gestaciones, el 24 % de las participantes tuvo 2 gestas, seguido del 22 % con 1 gesta, el 17 % sin antecedentes de gestación, el 12 % con 3 gestas, el 10 % con 4 gestas, otro 10 % con 5 gestas, y el 2 % con 6 y 9 gestas respectivamente, lo que indica una predominancia de mujeres con hasta dos gestaciones. En relación con el tipo de parto, el 32 % de las mujeres tuvo parto por cesárea, seguido del 29 % con parto normal, el 22 % con parto mixto, y el 17 % sin antecedentes de parto; la cesárea fue el tipo de parto más frecuente entre las participantes.

Se identificó que el 80 % de las mujeres presentó antecedentes de cirugía endopélvica y el 78 % antecedentes de cirugía abdominal, lo que evidencia una alta frecuencia de procedimientos quirúrgicos en la población estudiada. Respecto al tipo de incontinencia urinaria, predominó la de esfuerzo con el 61 %, seguida por la de urgencia con el 27 %, la de rebosamiento con el 7 % y la

mixta con el 5 %, mostrando un claro predominio de la incontinencia de esfuerzo en la muestra analizada.

En cuanto a los factores asociados, el 80 % de las mujeres realizaba actividad física, mientras que el 20 % no lo hacía. El 66 % no presentaba estreñimiento, frente a un 34 % que sí lo refería. Respecto al desgarro perineal, el 93 % de las participantes no lo presentó, y solo el 7 % sí lo tuvo. Finalmente, en cuanto a la episiotomía, el 71 % de las mujeres no la tuvo, mientras que el 29 % sí la presentó.

La actividad electromiográfica (EMG) del suelo pélvico mostró un incremento significativo tras el tratamiento de rehabilitación. En la medición inicial, la media de actividad durante la contracción voluntaria fue de $5,53 \mu V \pm 1,66$, con valores entre 2,8 y $10,2 \mu V$; en la evaluación final, la media aumentó a $12,63 \mu V \pm 3,06$, con valores entre 7 y $18,3 \mu V$ ($p < 0,001$). En la medición basal de reposo se observó una disminución significativa, pasando de $2,36 \mu V \pm 0,56$ (rango 1,1–4,3) a $2,01 \mu V \pm 0,32$ (rango 1,1–2,5; $p < 0,001$).

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio permiten caracterizar el perfil clínico-obstétrico de las mujeres con incontinencia urinaria (IU) tratadas en el centro de rehabilitación y evaluar objetivamente la respuesta al tratamiento mediante electromiografía.

El mayor número de gestaciones observado fue de 2 gestas, siendo el parto por cesárea (32 %) el más frecuente, seguido del parto vaginal, que representó el 29 % de la muestra. En el metaanálisis de Barca et al., que compara los trastornos del suelo pélvico entre el parto vaginal y el parto por cesárea, se reveló que el parto vaginal está directamente relacionado con la aparición de trastornos del suelo pélvico, como IU, prolapso de órganos pélvicos e incontinencia anal (16); en la presente muestra, en cambio, ambas vías de parto mostraron una representación relativamente cercana (32 % cesárea frente a 29 % vaginal), por lo que la relación entre la vía del parto y la incontinencia no puede establecerse de forma concluyente a partir de estos datos descriptivos. De manera similar, en la investigación de Sun et al., el trabajo físico, el parto vaginal y la diabetes fueron factores de riesgo para una baja fuerza muscular del suelo pélvico en mujeres nulíparas premenopáusicas y multíparas premenopáusicas, respectivamente (17).

Los resultados muestran la predominancia de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) sobre otros tipos, presentándose en el 61 % de las pacientes, lo cual es consistente con los hallazgos de Wang et al., quienes señalan que la IUE representa el subtipo más común en su estudio poblacional (11). De manera similar, en el trabajo de Yang et al., realizado en mujeres embarazadas y en posparto de Nanjing (China), se concuerda en que la IUE es el tipo más común de IU en ambos grupos (12). Esta comparación numérica debe interpretarse con cautela, dado que estos estudios estiman la prevalencia de la IUE sobre la población general, mientras que el presente estudio la calcula sobre una muestra clínica de mujeres ya diagnosticadas con incontinencia urinaria, lo que explica la magnitud considerablemente mayor observada aquí.

En cuanto a la tasa de estreñimiento presente en el estudio, el 66 % de la muestra refirió no padecerlo. Esta baja prevalencia contrasta con estudios que documentan una relación entre el estreñimiento crónico y la angustia sintomática asociada al suelo pélvico (7). El bajo porcentaje de episiotomías identificado (29 %, con un 71 % de mujeres sin este antecedente) concuerda con las tendencias obstétricas actuales que respaldan la episiotomía restrictiva en lugar de la rutinaria (19), aunque el presente estudio no cuenta con datos sobre si la episiotomía modifica los riesgos a largo plazo de prolapso de órganos pélvicos, IU y dispareunia.

Finalmente, uno de los hallazgos más importantes fue la mejoría significativa en los valores de EMG durante la contracción voluntaria y la disminución del tono basal en reposo. Una revisión Cochrane sugiere que la biorretroalimentación electromiográfica (EMG-BF) acompañada de entrenamiento de los músculos del suelo pélvico (PFMT) benefició a las mujeres con IU, aunque señala que se necesitaba evidencia adicional (9). En contraste, estos beneficios del EMG-BF más PFMT no se observaron en un ensayo clínico multicéntrico posterior, que no encontró diferencias significativas en la gravedad de la IU entre los grupos de EMG-BF más PFMT y de PFMT solo (10). En ambos estudios se concluye que deben continuar investigándose los efectos del entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico, lo cual resulta coherente con la mejoría electromiográfica objetiva observada en la presente muestra tras el tratamiento de rehabilitación.

Estos hallazgos refuerzan la eficacia del abordaje fisioterapéutico implementado y aportan evidencia clínica

local sobre patrones de presentación y respuestas al tratamiento en mujeres con disfunciones del suelo pélvico en el contexto paraguayo, contribuyendo a subsanar el vacío de literatura nacional señalado previamente, y ofrecen información que puede orientar decisiones clínicas y fomentar investigaciones futuras.

Este estudio presenta limitaciones que deben considerarse al interpretar sus resultados: el diseño transversal y retrospectivo, basado en revisión documental de fichas clínicas de un único centro, limita la generalización de los hallazgos; el muestreo no probabilístico por conveniencia y el tamaño muestral moderado ($n = 41$) no permiten realizar inferencias hacia la población general de mujeres con incontinencia urinaria en Paraguay; y la ausencia de un grupo control impide atribuir de forma concluyente la mejoría electromiográfica observada exclusivamente al tratamiento de rehabilitación, sin descartar otros factores concurrentes. Como fortaleza, se destaca que los datos provienen de registros clínicos verificados y contrastados por los profesionales responsables de las valoraciones, y que el estudio aporta las primeras cifras objetivas —clínicas, obstétricas y electromiográficas— sobre esta población en el contexto paraguayo.

En conclusión, el perfil etario y obstétrico de las mujeres incluidas en el estudio muestra una concentración en edades adultas, con un promedio de 55 años; la mayoría registró un historial de una a dos gestaciones, y predominaron los partos por cesárea sobre los partos normales o mixtos. Los antecedentes quirúrgicos revelaron una proporción elevada de mujeres con intervenciones tanto endopélvicas como abdominales, lo que sugiere una posible relación entre estos procedimientos previos y la presencia de incontinencia urinaria. En cuanto a los tipos de incontinencia urinaria, predominó la de esfuerzo, seguida por la de urgencia, mientras que las formas mixtas y por rebosamiento se presentaron en menor medida, un patrón coherente con el perfil obstétrico y quirúrgico descrito. Sobre los factores asociados, la mayoría de las mujeres realizaba actividad física y no presentaba estreñimiento, mientras que los antecedentes de desgarro perineal y episiotomía resultaron poco frecuentes. La comparación de los valores electromiográficos iniciales y finales del suelo pélvico mostró una mejora significativa tras el tratamiento de rehabilitación, evidenciada por el incremento de la actividad muscular durante la contracción y la disminución del tono basal en reposo, hallazgos que reflejan la efectividad del abordaje aplicado en la recuperación funcional y en el control de la

incontinencia urinaria. A partir de estos hallazgos, se recomienda implementar de manera sistemática programas de entrenamiento del suelo pélvico con apoyo de biorretroalimentación electromiográfica, individualizados según la edad, los antecedentes obstétricos y el tipo de incontinencia, complementados con educación sobre hábitos miccionales e intestinales saludables y con la promoción de la actividad física regular como medida de prevención.

REFERENCIAS

1. DeLancey JOL. What's new in the functional anatomy of pelvic organ prolapse? *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2016;28(5):420-9. <https://doi.org/10.1097/GCO.0000000000000312>
2. D'Ancona C, Haylen B, Oelke M, Abranches-Monteiro L, Arnold E, Goldman H, et al. The International Continence Society (ICS) report on the terminology for adult male lower urinary tract and pelvic floor symptoms and dysfunction. *Neurourol Urodyn*. 2019;38(2):433-77. <https://doi.org/10.1002/nau.23897>
3. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn*. 2010;29(1):4-20. <https://doi.org/10.1002/nau.20798>
4. Lukacz ES, Santiago-Lastra Y, Albo ME, Brubaker L. Urinary incontinence in women: A review. *JAMA*. 2017;318(16):1592-604. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.12137>
5. Handa VL, Blomquist JL, Knoepp LR, Hoskey KA, McDermott KC, Muñoz A. Pelvic floor disorders 5-10 years after vaginal or cesarean childbirth. *Obstet Gynecol*. 2011;118(4):777-84. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3182267f2f>
6. Subak LL, Wing R, West DS, Franklin F, Vittinghoff E, Creasman JM, et al. Weight loss to treat urinary incontinence in overweight and obese women. *N Engl J Med*. 2009;360(5):481-90. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0806375>
7. Halachmi S, Farhat WA. The impact of constipation on the urinary tract system. *Int J Adolesc Med Health*. 2008;20(1):17-22. <https://doi.org/10.1515/ijamh.2008.20.1.17>
8. Enck P, Vodusek DB. Electromyography of pelvic floor muscles. *J Electromyogr Kinesiol*. 2006;16(6):568-77. <https://doi.org/10.1016/j.jelekin.2006.08.007>
9. Herderschee R, Hay-Smith EJC, Herbison GP, Roovers JP, Heineman MJ. Feedback or biofeedback to augment pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;

- (7):CD009252.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD009252>
10. Hagen S, Elders A, Stratton S, Sergenson N, Bugge C, Dean S, et al. Effectiveness of pelvic floor muscle training with and without electromyographic biofeedback for urinary incontinence in women: Multicentre randomised controlled trial. *BMJ*. 2020;371:m3719. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3719>
 11. Wang Q, Que YZ, Wan XY, Lin CQ. Prevalence, risk factors, and impact on life of female urinary incontinence: An epidemiological survey of 9584 women in a region of southeastern China. *Risk Manag Healthc Policy*. 2023;16:1477-87.
<https://doi.org/10.2147/RMHP.S421488>
 12. Yang X, Sayer L, Bassett S, Woodward S. The prevalence, associated factors, and impact of urinary incontinence in pregnant and postpartum women in Nanjing, China: A cross-sectional study. *Asian J Urol*. 2023;10(3):337-43.
<https://doi.org/10.1016/j.ajur.2022.03.016>
 13. Rortveit G, Hannestad YS, Daltveit AK, Hunskaar S. Age- and type-dependent effects of parity on urinary incontinence: The Norwegian EPINCONT study. *Obstet Gynecol*. 2001;98(6):1004-10.
[https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(01\)01566-6](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(01)01566-6)
 14. Durnea CM, O'Reilly BA, Khashan AS, Kenny LC, Durnea UA, Smyth MM, et al. Status of the pelvic floor in young primiparous women. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2015;46(3):356-62.
<https://doi.org/10.1002/uog.14711>
 15. Addis NA, Abraham D, Getnet M, Bishaw A, Mengistu Z. Prevalence and associated factors of maternal birth trauma following vaginal delivery at University of Gondar Comprehensive Specialized Hospital, North-West Ethiopia, 2022. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2024;24(1):445. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06635-4>
 16. Barca JA, Bravo C, Pintado-Recarte MP, Asúnsolo Á, Cueto-Hernández I, Ruiz-Labarta J, et al. Pelvic floor morbidity following vaginal delivery versus cesarean delivery: Systematic review and meta-analysis. *J Clin Med*. 2021;10(8):1652.
<https://doi.org/10.3390/jcm10081652>
 17. Sun ZJ, Tian Z, Xu T, Wang ZM, Zhu XH, Luo J, et al. Pelvic floor muscle strength and influencing factors based on vaginal manometry among healthy women at different life stages: A multicentre cross-sectional study. *BJOG*. 2024;131(7):952-60.
<https://doi.org/10.1111/1471-0528.17736>
 18. Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista-Lucio P, Méndez Valencia S, Mendoza Torres CP. *Metodología de la investigación*. 6.^a ed. México: McGraw-Hill; 2014.
<https://openlibrary.org/isbn/9786071502919>
 19. Gün İ, Doğan B, Özdamar Ö. Long- and short-term complications of episiotomy. *Turk J Obstet Gynecol*. 2016;13(3):144-8. <https://doi.org/10.4274/tjod.00087>