

Factores de riesgo y formas clínicas de disfunciones del suelo pélvico en mujeres de edad mediana

Pelvic floor dysfunction in women at middle age, risk factor and clinical form

Dra. Bárbara Yumila Noa Pelier, MSc. Dra. Jacqueline del Carmen Martínez Torres, MSc. Dr. José Ángel García Delgado

Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. Playa. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: las disfunciones del suelo pélvico son frecuentes en la mujer y constituyen un importante problema sanitario, social y económico, que afecta en gran medida la vida cotidiana de las personas que la padecen, limita su libertad individual y disminuye su autoestima.

Objetivos: determinar los factores de riesgo y formas clínicas de las disfunciones de suelo pélvico, en mujeres de edad mediana.

Método: se realizó un estudio descriptivo de corte transversal que incluyó 300 pacientes divididas en dos grupos (pacientes y controles). Se evaluaron las variables: edad, antecedentes patológicos personales, tipo de disfunciones de suelo pélvico, hábitos y costumbres, antecedentes obstétricos, intervenciones quirúrgicas y consumo de medicamentos. Se utilizaron frecuencias absolutas y relativas, y se realizó una regresión logística incluye las variables que se consideraron factores de riesgo.

Resultados: la media de edad fue de 49,7 años. El 34,7 % de las pacientes con disfunción del suelo pélvico tenía incontinencia urinaria y el 18 % fecal. Sobre los hábitos tóxicos indagados, el consumo de café fue más frecuente (65,3 %) en el grupo de pacientes, mientras que en el grupo control fue el consumo de abundantes líquidos (64 %), sin diferencias estadísticas entre ambos. Hubo diferencias entre los grupos con cirugías de colon, recto y vejiga, histerectomías, episiotomías, partos vaginales y el consumo de sedantes respecto al grupo control.

Conclusiones: las disfunciones del suelo pélvico encontradas en las pacientes estudiadas fueron: la incontinencia urinaria y fecal. La presencia de estas afecciones se asoció a factores de riesgo como: intervenciones quirúrgicas sobre órganos pélvicos, la episiotomía y los partos vaginales.

Palabras clave: disfunción de suelo pélvico, incontinencia.

SUMMARY

Introduction: the pelvic floor dysfunctions is frequent in woman and constitute a sanitary, social and economic important problem that affects in great measure the daily life of people that suffer it, limiting their individual freedom and diminishing their self-esteem.

Objectives: to determine the factors of risk and clinical forms of pelvic floor dysfunctions, in women of medium age.

Method: descriptive study of traverse court 300 patients were included divided in two groups: patient and control. The variables were evaluated: age, pathological personal antecedents, type of pelvic floor dysfunctions, habits and customs, obstetric antecedents, surgical interventions and consumption of medications. Absolute and relative frequencies were used and were carried out a logistical regression including the variables that were considered risk factor.

Results: the age stocking was of 49,7 years. The 34,7 % of the patients with pelvic floor dysfunctions had urinary incontinence and 18 % fecal. About toxic investigated habits, the consumption of coffee was more frequent (65,3 %); in the group of patient, while in the group control it was the consumption of abundant liquids (64 %) without statistical differences among them. Differences existed among the groups with colon surgeries, rectum and bladder, hysterectomies, episiotomies, vaginal childbirths and the consumption of sedative regarding the group control.

Conclusions: the pelvic floor dysfunctions found in the studied patients was: the urinary and fecal incontinence. The presence of these affections associated to risk factors: surgical interventions on pelvic organs, the episiotomies and the vaginal childbirths.

Keywords: pelvic floor dysfunction, incontinence.

INTRODUCCIÓN

El suelo pélvico (SP) es una región del cuerpo humano constituida por músculos, fascias, aponeurosis, vasos sanguíneos, nervios y orificios, que forman una compleja unidad anatómica y funcional situada en la parte inferior de la cavidad pélvica, por lo que principalmente los músculos y otras estructuras realizan una acción anti gravitatoria, lo que implica que deben estar íntegros para soportar la carga de los órganos intrabdominales.¹

La debilidad o lesión de los elementos que forman el SP predispone, en especial a la mujer, por sus características anatómicas a presentar afecciones a ese nivel, que provocan, en ocasiones, una sintomatología múltiple como: incontinencia urinaria y fecal, prolapso genital, dolor pélvico crónico y disfunción sexual,² con repercusión en la vida personal, familiar, social y laboral de quienes las padecen.^{3,4}

Se consideran mujeres en edad mediana al grupo de personas del sexo femenino comprendido en las edades entre 40 y 59 años.⁵ Período en el cual se producen cambios en tres esferas importantes: biológica, psicológica y social. En Cuba, representan alrededor del 12,2 % de la población general y el 24,4 % de la

población femenina, con tendencia al aumento dada la transición demográfica actual. ⁶

Desde hace más de 40 años, las políticas gubernamentales han estado dirigidas a prestar atención priorizada a la salud de la población, con particular interés en el niño, la mujer en etapa reproductiva y el adulto mayor, por lo que la mujer de edad mediana con características biológicas y sociales particulares que pueden repercutir en una nueva morbilidad poblacional ha quedado, en alguna medida, invisible en los programas de salud. ⁶

Fue Arnold Kegell, en 1948, el primero en evidenciar la importancia y la implicación de la musculatura del SP en las distintas disfunciones, por lo que los ejercicios para fortalecer los músculos del SP son conocidos como ejercicios de Kegell. ⁷

La rehabilitación perineal resulta compleja, pues a diferencia de cualquier otro músculo del cuerpo, la contracción del músculo de tratarse de un conjunto de músculos internos, por lo cual el seguimiento y la detección precoz son más complicados de lo normal.⁸La fisioterapia tiene el objetivo de restaurar el reflejo perineal al esfuerzo, promover la concienciación de la contracción muscular del SP y reprogramar el sistema nervioso a través de técnicas que pueden utilizarse de forma aislada o combinadas. ⁹

El presente trabajo tiene como propósito considerar los factores de riesgo que pueden influir o desencadenar la disfunción de suelo pélvico (DSP) en mujeres climatéricas.

METODO

Tipo de estudio. Observacional, analítico, de casos y controles, realizado en dos grupos de pacientes en el período comprendido entre enero de 2007 a julio de 2014.

Universo. Se incluyeron 300 pacientes divididas en dos grupos: pacientes y controles, con edades comprendidas entre 40 y 59 años (consideradas como edad mediana).

Muestra. Estuvo compuesta por 150 mujeres que acudieron a la consulta especializada de Rehabilitación de suelo pélvico del Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas (CIMEQ) con el diagnóstico de DSP y 150 mujeres (grupo control) que acudieron a consulta de Ginecología del CIMEQ sin DSP. Se seleccionó un control por cada caso, que cumplieran con los criterios siguientes:

Criterios de inclusión:

- Pacientes del sexo femenino, con diagnóstico de DSP (grupo 1).
- Pacientes sin diagnóstico de DSP (grupo 2).
- Aprobación de la paciente a participar en la investigación.

Criterios de exclusión:

- Otras enfermedades que cursan con incontinencia urinaria, fecal o sexual como: los procesos oncoproliferativos y las incontinencias por lesión neurológica aguda en proceso evolutivo o lesión medular.
- No cooperación de los pacientes por: trastornos de conducta, psicológicos o de otra naturaleza, que imposibilite la recogida adecuada de datos en la historia clínica.
- Pacientes que no estén de acuerdo de incluirse en la investigación.

Criterios de salida: abandono del estudio.

Metodología

A todas las pacientes se realizó la historia clínica que recogía los aspectos clínicos, socioeconómicos y demográficos, examen físico y exámenes complementarios, para establecer el diagnóstico de DSP.

Evaluación de los resultados

Para el procesamiento de los datos se creó una base de datos en Excel y se usó el paquete estadístico SPSS versión 13.0 para Windows en la cual se introdujo toda la información recogida. Se utilizaron medidas descriptivas de resumen: media y mediana, así como medidas de dispersión como la desviación estándar para las variables cuantitativas y frecuencias absolutas y relativas (porcentajes) para las cualitativas.

La asociación entre los factores de riesgo y la DSP se realizó mediante análisis univariado: prueba de Chi-cuadrado, razón de probabilidades y el intervalo de confianza del 95 %.

Se aplicó un modelo de regresión logística con respuesta dicotómica por el método de aproximaciones sucesivas hacia delante (*Forward Stepwise*) para las variables que resultaron significativas en el análisis univariado.

Se evaluó la bondad de ajuste del modelo mediante la utilización del estadístico Chi cuadrado de Hosmer y Lemeshow. Se consideró que el modelo presentaba un buen ajuste si $p > 0.05$. Con el objetivo de detectar la posible fuerte correlación entre las variables independientes (colinealidad), episiotomía y parto vaginal, se realizó prueba de independencia y se consideró que existía correlación significativa si el valor del coeficiente calculado fue superior a $p > 0.05$.

Todas las pruebas se realizaron al nivel de significación de $p > 0.05$.

RESULTADOS

Se incluyeron 150 pacientes en cada grupo, la media de edad fue de 49,7 años, con una mediana de 50 y una desviación estándar de 5,6. Al comparar por grupos, se encontró que en el grupo de pacientes la media de edad fue de $49,4 \pm 5,275$ años y en el grupo control fue de $50 \pm 5,958$ años, sin diferencias significativas entre ambos ($p=0.140$).

La tabla 1 muestra la distribución de las pacientes con DSP según el tipo de disfunción. De 150 pacientes, el 34,7 % tuvo incontinencia urinaria (IU), seguido de la incontinencia mixta (20,7 %), combina síntomas y signos de uno o más tipos de disfunciones puras. En tercer lugar, se observó en la incontinencia fecal (IF) en el 18 %.

Tabla 1. Distribución de casos del grupo pacientes según tipo de disfunción

Tipo de disfunción	No	% (n=150)
Incontinencia urinaria	52	34,7
Incontinencia fecal	27	18,0
Dolor pélvico crónico	22	14,7
Prolapso genital	18	12,0
Mixtos	31	20,7

Fuente. Historia clínica

El comportamiento de las pacientes, en lo referente a sus hábitos y costumbres, del grupo con DSP y del grupo control, se observan en la tabla 2. Se encontró que el porcentaje de mujeres con hábitos que podrían resultar no saludables, del grupo de pacientes, las variables: permanecer más de 3 h sin orinar ($p=0.003$), uso de fajas y prendas ajustadas ($p=0.001$), hábito de fumar ($p=0.017$), ingestión de bebidas alcohólicas ($p=0.002$) y práctica habitual de ejercicios físicos ($p=0.001$) fueron significativas respecto al grupo control, no así las variables consumo de café, ingestión de abundantes líquidos, tos, estreñimiento y obesidad. No obstante, ninguno de los hábitos y costumbres se comportó como un factor de riesgo en estos pacientes.

Con respecto a las intervenciones quirúrgicas la episiotomía resultó la más frecuente en ambos grupos, aunque resalta el mayor porcentaje en el grupo de pacientes (71,3%) con respecto al grupo control (37,3%) ($p=0.001$).

Al igual, las cirugías de colon, recto y vejiga, entre los pacientes, triplica en frecuencia al grupo control, con un 26 % contra 6,7% ($p=0.001$). Se realizó histerectomía a 50 pacientes para un 33,3 %, mientras que en el grupo control este porcentaje fue de 18 % ($p=0.002$). El porcentaje de realización de lipectomías fue similar en ambos grupos ($p=0.356$). Tabla 3

Respecto al número de embarazos, los grupos se comportaron muy similares, con predominio de las pacientes con antecedentes de más de dos gestaciones. Sin embargo, el porcentaje de parto vaginal resultó superior en el grupo de pacientes con respecto al grupo de control ($p=0.007$). No se encontraron diferencias para

parto por cesárea ($p=0.336$), uso de fórceps ($p=0.336$), parto demorado ($p=0.680$) y episodios de IU durante el embarazo ($p=0.198$). (Tabla 4).

Tabla 2. Distribución de pacientes según hábitos y costumbres

Hábitos y costumbres	Paciente n=150			Control n=150		OR	IC 95%	Valor p
		#	%	#	%			
Más de 3 h sin orinar	Si	77	51,3	102	68,0	0,30	0,82	0.003
	No	73	48,7	48	32,0			
Uso de fajas o prendas ajustadas	Si	13	8,7	37	24,7	0,29	0,14-0,60	0.001
	No	137	91,3	113	75,3			
Obesidad	Si	45	30,0	52	34,7	0,81	0,48-1,35	0.387
	No	105	70,0	98	65,3			
Estreñimiento	Si	72	48,0	77	51,3	0,88	0,54-1,41	0.563
	No	78	52,0	73	48,7			
Tos crónica	Si	30	20,0	23	15,3	1,38	0,73-2,62	0.289
	No	120	80,0	127	84,7			
Hábito de fumar	Si	29	19,3	47	31,3	0,53	0,30-0,92	0.017
	No	121	80,7	103	68,7			
Ingestión de bebidas alcohólicas	Si	2	1,3	14	9,3	0,13	0,02-0,62	0.002
	No	148	98,7	136	90,7			
Café	Si	98	65,3	88	58,7	1,33	0,81-2,18	0.234
	No	52	34,7	62	41,3			
Ingestión de abundante líquido	Si	84	56,0	96	64,0	0,72	0,44-1,17	0.157
	No	66	44,0	54	36,0			
Práctica habitual de ejercicios físicos	Si	24	16,0	52	34,7	0,36	0,20-0,64	0,001
	No	126	84,0	98	65,3			

Fuente. Encuesta e historia clínica.

Tabla 3. Distribución de pacientes según intervenciones quirúrgicas

Intervenciones quirúrgicas		Paciente n=150		Control n=150		OR	IC 95%	Valor p
		#	%	#	%			
Cirugías de colon, recto y/o vejiga	Si	39	26,0	10	6,7	3,78	1,69-8,68	0.001
	No	111	74,0	140	93,3			
Episiotomías	Si	107	71,3	56	37,3	4,18	2,50-6,99	0.001
	No	43	28,7	94	62,7			
Histerectomías	Si	50	33,3	27	18,0	2,28	1,29-4,04	0.002
	No	100	66,7	123	82,0			
Lipsectomías	Si	7	4,7	4	2,7	1,79	0,46-7,44	0.356
	No	143	95,3	146	97,3			

Fuente. Encuesta e historia clínica

Tabla 4. Distribución de pacientes según antecedentes obstétricos

Antecedentes obstétricos		Paciente n=150		Control n=150		OR	IC 95%	Valor p
		#	%	#	%			
Número de embarazos	0	8	5,3	7	4,7	1,15	0,37-3,64	0.791
	1	44	29,3	51	34,0	0,81	0,48-1,35	0.385
	≥2	98	65,3	92	61,3	1,19	0,72-1,95	0.473
Parto vaginal	Si	127	84,7	108	72,0	2,15	1,17-3,95	0.007
	No	23	15,3	42	28,0			
Parto por cesárea	Si	26	17,3	20	13,3	1,36	0,69-2,69	0.336
	No	124	82,7	130	86,7			
Uso de fórceps	Si	26	17,3	20	13,3	1,36	0,60-2,69	0.336
	No	124	82,7	130	86,7			
Parto demorado	Si	33	22,0	36	24,0	0,89	0,50-1,58	0.680
	No	117	78,0	114	76,0			
IU transitoria en embarazo	Si	7	4,7	3	2,0	2,40	0,55-11,95	0.198
	No	143	95,3	147	98,0			

Fuente. Encuesta e historia clínica

La tabla 5 resume los resultados de la regresión logística en la cual se incluyeron las variables en las que se constató diferencias significativas entre los grupos. Al aplicar la prueba de independencia, se encontró una correlación significativa entre las variables episiotomía y partos vaginales, por lo que se decidió no incluir la episiotomía en el análisis de regresión.

Al realizar el análisis de regresión resultaron factores de riesgo significativos para las pacientes con disfunción: las cirugías de colon, recto y vejiga, las histerectomías y los partos vaginales ($p < 0.001$, 0.004 y 0.012) en orden. Es de interés señalar que los partos vaginales estuvieron muy asociados a la episiotomía. Sin embargo, la práctica habitual de ejercicios y la ingestión de bebidas alcohólicas se comportaron como factores protectores al ser más frecuentes entre las mujeres pertenecientes al grupo control ($p = 0.001$ y $p = 0.011$) respectivamente.

Tabla 5. Resultados del análisis de regresión logística

Variable	Exp B	IC 95%	Valor p
Cirugías de colon, recto y vejiga	4,490	2,051-9,825	<0.001
Histerectomías	2,382	1,328-4,275	0.004
Partos vaginales	2,217	1,192-4,124	0.012
Práctica habitual de ejercicios	0,362	0,200-0,655	0.001
Ingestión de bebidas alcohólicas	0,135	0,029-0,637	0.011

Fuente. Encuesta e historia clínica

DISCUSIÓN

Algunos factores llevan al desequilibrio postural: la acción de la gravedad, embarazo, parto, actividades profesionales, hábitos de vida diaria, actividades deportivas, obesidad, entre otros. Las alteraciones posturales llevan a nuevos equilibrios, que permiten el desempeño de las actividades, pero pueden llevar a las lesiones. La no adaptación del cuerpo a la nueva situación, lleva al disturbio funcional; la adaptación inadecuada, lleva al disturbio estructural, lo que puede tener influencia en el inicio-mantenimiento de alteraciones disfuncionales del SP.¹⁰

Durante la edad mediana, la mujer sufre cambios que ocurren en aspectos diferentes e interrelacionados: biológico, psicológico y social.⁵ El climaterio es un período normal o fisiológico, aunque algunos autores lo consideren como un proceso entre lo normal y lo patológico.¹¹

En un estudio realizado en La Habana, Martínez Torres³ refiere que el promedio de edad fue de $49,7 \pm 5,4$ años y se distribuyeron por igual entre 41-50 y 51-60 años, tal y como sucedió en el presente estudio.

Castillo Pino plantea: "entre las consecuencias de las disfunciones del piso pélvico se destacan tres: IU, IF y prolapso genital. La asociación de dos de ellas se ve en una de cada cinco mujeres (22%) y casi una de cada 10 presenta asociadas las tres entidades (8,7 %). La mujer que presenta una DSP, no solo tendrá las manifestaciones físicas propias del trastorno, sino que también sufrirá repercusiones en su vida social, emocional, laboral o profesional."¹²

En su estudio, De Lancey¹³ afirma que una de cada 10 mujeres tendrá una DSP de tal importancia como para requerir cirugía correctora. Es un problema de salud pública de primer orden y califica a las DSP como "la epidemia oculta".

En el presente estudio, la IU fue el tipo de disfunción más frecuente, esta afección constituye un problema común. En los países occidentales, alrededor del 5 % de la población padece de esta incontinencia.^{14,15}

En cuanto a la frecuencia del tipo de DSP, el resultado de este estudio, coincide con los autores de la literatura revisada^{16,17} con relación a las consultas de rehabilitación genitourinaria, donde los pacientes acuden a consulta principalmente por IU.

En Centroamérica su prevalencia es creciente, durante la primera etapa de la edad adulta (20 a 30 %), un pico amplio alrededor la edad media de la vida (30 a 40 %), y luego un incremento continuo en las mujeres en edad avanzada (30 a 50%).¹⁸

Martínez Torres³ reporta en su trabajo de tesis que, en la consulta de DSP del CIMEQ es mayoritaria la demanda de atención por incontinencia urinaria, en particular por mujeres de edad mediana con antecedentes obstétricos comunes como: el embarazo, el parto y las episiotomías, con mayor incidencia en las pacientes tratadas y evaluadas. Estos resultados coinciden con este estudio.

En relación a la IF, todas las intervenciones quirúrgicas en región perineal aumentan el riesgo de las DSP, por ello estudios realizados demuestran que la episiotomía, la cirugía ano rectal para tratar hemorroides, fistulas y fisuras constituyen un factor de riesgo para la IF.¹⁹

La incidencia de la IF se conoce a través de encuestas, en las que hasta 7 % de la población general presenta algún tipo de pérdida de materia fecal, con 0,7 % de incontinencia grave.²⁰

El incremento en ingesta de cafeína está asociado a mayor riesgo de IU de urgencia. El hábito de fumar ha sido demostrado como factor de riesgo para la IU.²¹ En este estudio la ingestión de cafeína está presente en más de la mitad de los pacientes estudiados en ambos grupos, sin embargo, el tabaquismo solo se presentó en el 19,3 % de los pacientes y el 31,3 % de los controles.

Se estima que al menos 50 % de las mujeres que realizan con regularidad ejercicios físicos, presentan o presentarán algún grado de IU de esfuerzo.²²

Brenes²³ publica en su estudio que, en mujeres de edad mediana, el 55,5 % de las portadoras de IU de urgencia realiza algún tipo de actividad física, sin estar claro el mecanismo causal.

En el estudio realizado por Dietz y Schierlitz,²⁴ encuentran diferencias morfológicas entre nulíparas y múltiparas, debido a que los partos provocan a menudo lesiones del nervio pudendo, refieren que los principales factores de riesgo serían las extracciones instrumentales, el aumento de la duración de la fase de trabajo durante el parto y una macrosomía.

En un consultorio del médico de familia del policlínico docente "Mario Escalona Reguera", en el municipio Habana del Este²⁵ se evidenció que el 28,25 % de las mujeres encuestadas padecen IU, lo que representa más de la cuarta parte de las mujeres encuestadas, lo que representa el 14,92 % de la población total en estudio, incluidos los hombres.

En cuanto a la relación entre el número de partos y la IU, González Carmona refiere en su estudio que el 100 % fueron parturientas, el 36,7 % tuvo cuatro partos, el 22,5 % tres partos y el 20,5 % dos partos. Fue menos frecuente la enfermedad en mujeres que tuvieron un solo parto (1,4 %).²⁶ En el presente estudio se encuentra un comportamiento muy similar entre los grupos, con predominio de las pacientes con dos o más partos en ambos grupos.

El parto se asocia a una variedad de lesiones musculares y neuromusculares del piso pélvico que se relacionan con el desarrollo de IF y urinaria, así como con prolapso de órganos pélvicos.²⁷

La histerectomía se considera también un factor de riesgo, sobre todo, si se asocia con ooforectomía bilateral; el mecanismo es desconocido. También las cirugías de colon, recto y vejiga se asocian con 25 % de mujeres con incontinencia postoperatoria.²⁸ Estos resultados coinciden con la literatura, pues se encontró un porcentaje más elevado de histerectomía y cirugías de colon, recto y vejiga entre las pacientes con DSP y diferencias significativas respecto al grupo control.

Se consideran factores etiológicos y pronósticos en la incontinencia: la edad, la histerectomía, la depleción de estrógenos durante la menopausia, las enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, la inmovilidad, la obesidad, el número, la duración y la forma de los partos.²⁹ En el presente trabajo se encontró un comportamiento similar entre los grupos, por lo que no se consideraron factores de riesgo.

CONCLUSIONES

Las DSP encontradas en las pacientes estudiadas fueron la incontinencia urinaria y fecal.

La presencia de estas afecciones se asoció a factores de riesgo como: intervenciones quirúrgicas sobre órganos pélvicos, la episiotomía y los partos vaginales como factores de riesgo.

Conflicto de intereses

Los autores de este trabajo no hemos recibido ayuda económica para su realización; no hemos firmado acuerdo por el que recibamos beneficios u honorarios por parte de alguna entidad comercial. Tampoco alguna entidad comercial ha pagado ni pagará a fundaciones, instituciones educativas u otras organizaciones sin ánimo de lucro a las que estamos afiliados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Obregón LE, Saunero AF. Disfunción del piso pélvico: epidemiología. *Rev Obstet Ginecol Venez.* [Internet]. 2009 Sep [citado 2015 Mar 20] 69(3):172-178.
2. Morrill M, Lukacz ES, Lawrence JM, Nager CW, Contreras R, Luber KM. Seeking healthcare for pelvic floor disorders: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;197: 1-6.
3. Martínez Torres JC. Caracterización de mujeres en edad mediana con incontinencia urinaria y respuesta al tratamiento rehabilitador. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [Internet] 2014 Mar [citado 2015 Mar 20] ;40(1):102-118.
4. Casal Hechevarria MC; Martínez Torres JC. Manifestaciones psicológicas del sujeto portador de DSP. Propuesta de intervención. *Rev Invest Medicoquir.* [Internet] 2010 [citado 2015 Mar 20] Mar;2(2):30-33.
5. Colectivo de autores. II Consenso cubano sobre climaterio y menopausia. Eds. Sarduy M, Lugones M, 2007. Disponible en. <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/ginecobs/consenso2006secclimymeno p.pdf>
6. Capote Bueno MI, Segredo Pérez AM, Gómez Zayas O. Climaterio y menopausia. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2011 Dic [citado 2015 Mar 24] 27(4):543-557.
7. Kegel AH. Progressive resistance exercise in the functional restoration of perinealmuscle. *Am J Obstet Gynecol* 1948; 56: 238-248.
8. Matheus LM, Mazzari CF, Mesquita RA, Oliveira J. Influência dos exercícios perineais e dos cones vaginais, associados à correção postural, no tratamento da incontinência urinária feminina. *Rev Bras Fisioter* 2006; 10: 387-92.
9. Rogers R. To mesh or not to Mesh. Current Debates in Prolapse Repair fueled by U.S. Food and Drugs Administration Safety Notification. *Obstet Gynecol.* 2011; 118: 771-2.
10. Itza F, Zarza D, Serra L, Gómez-Sancha F, Salinas J, Allona-Almagro A. Síndrome de dolor miofascial del suelo pélvico: una patología urológica muy

- frecuente. *Actas Urol Esp.* [Internet]. 2010 Abr [Citado 2015 Mar 20] 34; 4: 318-326.
11. Urdaneta MJ, Cepeda M, Guerra M, Baabel N, Contreras B A. Calidad de vida en mujeres menopáusicas con y sin terapia de reemplazo hormonal. *Rev Chil Obstet Ginecol.* [Internet]. 2010 [citado 2015 Mar 20] 75; 1: 17-34.
 12. Castillo Pino EA, Malfatto GL, Pons JE. Uroginecología y disfunciones de suelo pélvico. Montevideo: Oficina del Libro FEFMUR; 2007.
 13. DeLancey JO. The hidden epidemic of pelvic floor dysfunction: achievable goals for improved prevention and treatment. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192: 1488-95.
 14. Tak E, Hespen A, Dommelen P, Hopman-Rock M. Does improved functional performance help to reduce urinary incontinence in institutionalized older women? A multicenter randomized clinical trial. *BMC Geriatrics* 2012, 12: 51.
 15. Rondini C, Troncoso F, Moran B, Vesperinas AG, Levancini M, Troncoso C. Incontinencia urinaria de esfuerzo: comparación de tres alternativas quirúrgicas. *Rev Chil Obstet Ginecol.* [Internet] 2004 [citado 2015 Mar 20] 69; 6,414-418.
 16. Sagué Larrea JL. Incontinencia de esfuerzo en la mujer en urología. La Habana: ECIMED; 2012.
 17. Rodríguez Adams EM. Incontinencia urinaria en mujeres de edad mediana. Factores de riesgo no obstétricos, calidad de vida e influencia de la rehabilitación. [Tesis]. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad de Ciencias Médicas Manuel Fajardo, 2013.
 18. Murillo Morales M. Incontinencia urinaria femenina. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica.* 2012;49(602): 226.
 19. Romero Morante M, Jiménez Reguera B. Actuación del fisioterapeuta durante la gestación, parto y posparto. *Rev Fisioterapia.* [Internet] 2010 [citado 2015 Mar 20] 32(03):123-30.
 20. Wainstein G C, Quera P R, Quijada M I. Incontinencia fecal en el adulto: Un desafío permanente. [Internet]. *Rev Med Clin CONDES.* [Internet] 2010 [citado 2015 Mar 20] 24(2)249-261.
 21. Rodríguez Adams E M, Calidad de vida y percepción de salud en mujeres de mediana edad. *Rev Invest Medicoquir* [Internet] 2012 Mar [citado 2015 Mar 20] 4(1):107-121.
 22. Rotholz N, Wexner S. Surgical treatment of constipation and fecal incontinence. *Gastroenterol Clin.* 2011; 30: 340-58.
 23. Brenes Bermúdez FJ, Cozar Olmo JM, Esteban Fuertes M, Fernández-Pro Ledesma A, Molero García JM. Criterios de derivación en incontinencia urinaria para atención primaria. *Aten Primaria Ginecol* [Internet]. 2013 [citado 2015 Mar20] 45(5):263-73.
 24. Dietz H.P, Schierlitz L. Pelvicfloor trauma in child birth myths-reality? *Aust NZJ Obstet Gynaecol.* [Internet] 2005 [Citado 2015 Mar 20] 45(3).
 25. Alfonso M. Aspectos epidemiológicos de la disfunción de suelo pélvico en un consultorio del médico de la familia. *Rev Investig Med Quir.* 2008:1(10);37-8.
 26. González Carmona E G, Rodríguez Delgado R, Ávalos Arbolaez J, Fernández López S, Bartumeu González HI. Incontinencia urinaria, un problema económico/social. *Acta Médica del Centro* [Internet] 2013 [citado 2015 Mar 20] 7(2).
 27. Pérez-Martínez C, Vargas-Díaz IB. Utilidad de la perineometría para evaluar la incontinencia urinaria de esfuerzo. *Rev Mex Urol* 2010: 70(1);2-5.
 28. Berlezi Evelise M, Fiorin Ana AM, Bilibio PVF, Kirchner RM, Oliveira KR. Estudo da incontinencia urinária em mulheres climatéricas usuárias e não usuárias de medicação anti-hipertensiva. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* [Internet] 2011 [citado 2015 Mar 20] 14(3): 415-423.

29. Wilson PD, Bo K, Hay-Smith J. Conservative treatment in women. In Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A (eds). Incontinence. Plymouth, UK: Health Publication. 2012:573-624.

Recibido: 30 octubre 2016

Aceptado: 2 enero 2017

Dra. Bárbara Yumila Noa Pelier. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas (CIMEQ). Playa. La Habana, Cuba. Email: jacquemar@infomed.sld.cu