

## Incontinencia urinaria en pacientes atendidos en consulta de disfunciones del suelo pélvico. Prevalencia y factores de riesgo

### Urinary incontinence in patient´s assisted in pelvic floor dysfunction consultation. Prevalence and risk factors

MSc. Dra. Jacqueline del Carmen Martínez Torres, MSc. Dr. José Ángel García Delgado, MSc. Lic. Elsa María Rodríguez Adams

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

---

#### RESUMEN

**Introducción:** entre las disfunciones del suelo pélvico, la forma de presentación más frecuente es la incontinencia urinaria y se asocia a factores de riesgo, algunos relacionados con el estilo de vida.

**Objetivo:** conocer comportamiento de la prevalencia de la incontinencia urinaria y asociación con factores de riesgo en pacientes atendidos en consulta especializada de disfunciones del suelo pélvico del Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas.

**Método:** estudio observacional, descriptivo y transversal de enero 2007 a diciembre 2013. Se llenó una ficha de recogida de la información elaborada por los autores y aplicada a todos los pacientes que acudieron a consulta para su evaluación, la cual recoge datos sobre edad, sexo, hábitos y costumbres, intervenciones quirúrgicas en zona pélvica o abdominal, historia obstétrica, frecuencia de la incontinencia y tratamientos previos.

**Resultados:** de 487 pacientes de todas las edades, ambos sexos y tipos de disfunciones, 183 fueron atendidos por incontinencia urinaria (37,5 % del total) con predominio de las féminas. En ambos sexos predominaron los que ingieren más de 3 L de líquido por día y la ingestión de café. La mayoría de los pacientes declaró haber sido sometido a cirugía de vejiga y próstata. Prevalcieron las mujeres con al menos un escape de orina al día (53,2 %).

**Conclusiones:** los pacientes estudiados presentan iguales hábitos y costumbres y factores de riesgo de incontinencia urinaria a los reportados en la literatura revisada. Predominan los pacientes con pérdidas de orina diarias, entre los hombres, los tratados quirúrgicamente y entre las mujeres, las que no habían recibido tratamiento.

**Palabras clave:** disfunción del suelo pélvico, incontinencia urinaria.

## SUMMARY

**Introduction:** inside the pelvic floor dysfunctions, the form of more frequent presentation is the urinary incontinence and its associates to certain factors of risk, some related with the lifestyle.

**Objective:** to know behavior of the prevalence of the urinary incontinence and association with risk factors in patients assisted in specialized consultation of pelvic floor dysfunctions at the Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas.

**Method:** observational, descriptive and traverse Study front January 2007 to December 2013. It was filled a record of collection of the information elaborated by the authors and applied all the patients that went to consultation for their evaluation, which picks up data like age, sex, habits and customs, surgical interventions in pelvic or abdominal area, obstetric history, frequency of the incontinence, previous treatments.

**Results:** of 487 patients of all the ages, both sexes and dysfunctions; types, 183 consulted for urinary incontinence (37,5 % of the total) with women`s prevalence. For both sexes those that ingest more than 3 L of liquid for day and the ingestion of coffee prevailed. For the most part the patients declared to be had subjected to bladder surgery and prostate. The women that had an urine escape at least a day prevailed (53,2 %).

**Conclusions:** habits and risk factors of urinary incontinence reported by the revised literature are present in our patients. The patients prevailed with daily urine losses, the treaties surgically among the men and those that had not received any treatment among the women.

**Key words:** pelvic floor dysfunction, urinary incontinence.

---

## INTRODUCCIÓN

La disfunción del suelo pélvico (DSP) incluye trastornos anatómico funcionales de la región perineal que se manifiestan clínicamente como son: incontinencia urinaria o fecal, síndrome doloroso de la región pélvico perineal y disfunción sexual por debilidad de la musculatura de la región.<sup>1</sup> La forma de presentación más frecuente es la incontinencia urinaria (IU)<sup>2</sup>. La mayoría se reporta en la población femenina (20-30 %) y se asocia a ciertos factores de riesgo, algunos relacionados con el estilo de vida. Entre los autores de la literatura revisada existe controversia en cuanto a si dicho padecimiento constituye un problema de salud, así como de repercusión higiénica, socio laboral y familiar.<sup>3</sup>

La Sociedad Internacional de Continencia (*International Continence Society* [ICS]) define desde 2002 la IU como la manifestación de cualquier escape involuntario de orina, recogiendo así la verdadera prevalencia de la enfermedad<sup>4</sup>, que difiere de la definición anterior donde el escape tenía que ser demostrable y de magnitud para causar un problema higiénico o social<sup>5</sup> Clínicamente puede clasificarse en incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), urgencia (IUU) y mixta (IUM).<sup>6</sup>

La IU sigue siendo una enfermedad infradiagnosticada por atribuirse a la edad, vergüenza o falta de información.<sup>7</sup> Posee un gran impacto económico, social y psicológico.<sup>8</sup> Puede aparecer en ambos sexos, si bien la literatura muestra que es

---

más frecuente en mujeres que en varones, en distintos porcentajes según las distintas referencias bibliográficas, <sup>9</sup> en algunas de ellas hasta 20:1, diferencia tan amplia que el autor explica por qué los varones son más reacios a confesar el problema. <sup>10</sup>

Esta investigación se realiza por ser la prevalencia de la IU objeto de controversia internacional, así como su asociación con los factores de riesgo reportados en la literatura y no poseer datos de estudios anteriores en Cuba con el objetivo de conocer cómo se comportan estos indicadores en los pacientes que acuden a la consulta especializada de DSP del Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas (CIMEQ).

## **METODO**

Se realizó un estudio: observacional, descriptivo y transversal, dirigido a la población femenina y masculina que acude a consulta especializada de DSP del CIMEQ. El universo del estudio estuvo conformado por todos los pacientes que acudieron a consulta con diagnóstico de IU, en el periodo de enero 2007 a Diciembre 2013. Por no existir estudios anteriores que nos permitan calcular el tamaño muestral, la muestra se corresponde con el universo.

### *Criterios de inclusión:*

Pacientes que acudieron a consulta especializada de DSP.

- Voluntariedad de los pacientes para responder la ficha de recolección de datos.
- Personas con funcionamiento mental que garantice la veracidad de las respuestas y validez en la información recopilada.

### **Procesamiento de la información**

Recogida de información:

Para la realización de esta investigación se llenó una ficha de recogida con la información elaborada por los autores y aplicada a todos los pacientes que acudieron a consulta donde se recoge información sobre edad, sexo, hábitos y costumbres, intervenciones quirúrgicas en zona pélvica o abdominal, historia obstétrica, frecuencia de la incontinencia y tratamientos previos. (Anexo I).

Los resultados fueron introducidos en una base de datos en Excel, luego se procesaron en SPSS versión 11.0, donde se realizó el análisis automatizado de la información y se obtuvieron como resultado tablas de salida en cantidad y porcentaje. Se utilizó el estadígrafo desviación estándar.

## **RESULTADOS**

En el periodo de enero 2007 a diciembre 2013 fueron atendidos en consulta especializada de DSP un total de 487 pacientes de todas las edades y disfunciones. De ellos 183 correspondieron a pacientes portadores de IU, que representó el 37,5

% del total de pacientes que acuden a evaluación y tratamiento en este servicio, 159 fueron femeninas con edades entre 17 y 81 años, con promedio de 55 años y desviación estándar de 11,4 y 24 masculinos con edades entre 36 y 79 años con promedio de 65 años y desviación estándar de 9,6.

La tabla 1 muestra la distribución de los pacientes según hábitos y costumbres, y algunos factores de riesgo. Para ambos sexos y en mayor cantidad predominaron los que ingieren más de 3 L de líquido por día (66,7 % para los hombres y 54,1 % para las mujeres), la ingestión de café (75 % de los hombres y 60,4 % de las mujeres). En el sexo femenino predominó el estar más de 3 h sin orinar (49,7 %) y el estreñimiento (43,4 %), mientras en el masculino la tos crónica (33,3 %). Otros hábitos y costumbres como el uso de fajas y prendas ajustadas (usadas en el 8,2 % de las mujeres) la obesidad (20,1 % en mujeres y 8,3 % en hombres), el hábito de fumar (13,8 % en mujeres y 16,7 % en hombres), la ingestión de bebidas alcohólicas (solo en un hombre) y la práctica de ejercicios que aumenten la presión intraabdominal (6,9 % en mujeres y 16,7 % en hombres), se reportaron en menor medida.

**Tabla 1.** Distribución de los pacientes según hábitos, costumbres y algunos factores de riesgo.

Hábitos, costumbres y algunos factores de riesgo	Femeninas		Masculinos	
	no	%	no	%
Más de 3 h sin orinar	79	49,7	6	25
Uso de fajas o prendas ajustadas	13	8,2	0	0
Obesidad	32	20,1	2	8,3
Estreñimiento	69	43,4	5	20,8
Padece tos crónica	38	23,9	8	33,3
Fuma	22	13,8	4	16,7
Ingestión de bebidas alcohólicas habituales	0	0	1	4,2
Ingestión de café	96	60,4	18	75
Cantidad de líquido en el día	86	54,1	16	66,7
Práctica de ejercicios habituales: Deporte, aeróbicos, saltos, abdominales	11	6,9	4	16,7

Fuente: Ficha de recogida de datos.

La tabla 2 muestra la distribución de los pacientes según los antecedentes de intervenciones quirúrgicas a la que fueron sometidos los pacientes localizadas en región perineal y/o abdominal. La mayor cantidad de pacientes declararon el haber sido sometido a cirugía de vejiga y próstata. Para las mujeres correspondió al 24,5 % y se relacionaron con cirugías correctoras de cistocelos realizadas por varias técnicas quirúrgicas. Para los hombres el 79,2 % correspondió a cirugías prostáticas, con resección parcial o total y por vía abdominal o transuretral.

**Tabla 2.** Distribución de los pacientes según Intervenciones quirúrgicas en zona pélvica o abdominal

Intervenciones quirúrgicas en zona pélvica o abdominal	Femeninas		Masculinos	
	no	%	no	%
Histerectomía	49	30,8	0	0
Cirugías de colon y recto	5	3,1	0	0
Cirugías de vejiga y próstata	39	24,5	19	79,2
Lipectomía y liposucción	8	5	1	4,2

Fuente: Ficha de recogida de datos.

El 30,8 % de las féminas fueron sometidas a histerectomías, con o sin ooforectomía y por vía abdominal o vaginal.

De las 159 mujeres investigadas, 156 se embarazaron, lo que correspondió al 98,1 %; de ellas, 96,2 % (153) parieron; 89,3 % (142) por vía vaginal y al 11,3 % (18) hubo que practicarle la cesárea. El 18,9 % presentó parto distócico con la aplicación de fórceps o ventosas, el 26,2 % (42) realizó trabajo de parto demorado y al 69,8 % le fue realizada episiotomía o presentó desgarros durante el periodo expulsivo. El 5,7 % presentó episodios de IU transitoria durante embarazos y partos (tabla 3).

**Tabla 3.** Distribución de las pacientes según Historia obstétrica

Historia obstétrica.	No de pacientes	%
Embarazos	156	98,1
Partos	153	96,2
Vaginales	142	89,3
Cesáreas	18	11,3
Uso de fórceps o ventosas	30	18,9
Parto demorado	42	26,4
Desgarros o episiotomías perineales	111	69,8
Episodios de incontinencia transitoria en embarazos y partos	9	5,7

Fuente: Ficha de recogida de datos.

La tabla 4 clasifica la IU según su frecuencia. Para ambos sexos predominó la producida al menos una vez al día, con el 91,7 % para los hombres y 52,2 % para las mujeres, seguido por el 39 % de ellas que declararon pérdidas de orina pocas veces a la semana; lo que pudiera justificar la búsqueda de ayuda especializada para evaluar y tratar de solucionar esta difícil situación de salud, por lo que repercute en la calidad de vida de quienes la padecen.

**Tabla 4.** Distribución de los pacientes según frecuencia de la incontinencia

Frecuencia de la incontinencia	Femeninas		Masculinos	
	no	%	no	%
Totalmente continente	0	0	0	0
Un escape al mes o solo al realizar deportes	1	0,6	0	0
Pocas veces al mes	13	8,2	0	0
Pocas veces a la semana	62	39	2	8,3
Al menos una vez al día	83	52,2	22	91,7

Fuente: Ficha de recogida de datos.

El 8,3 % de las mujeres refirieron pérdidas de orina pocas veces al mes y el 0,6 % una pérdida al mes o al realizar deportes, correspondiendo esta última a una paciente profesora de Educación Física, que reportada pérdidas de orina durante la realización de su actividad laboral. No se reportaron pacientes continentales.

Con relación a los tratamientos previos a la atención en el servicio (tabla 5), el 79,2 % de los hombres refirieron procedimientos quirúrgicos sobre la glándula prostática, mientras que llama la atención que el 71,1 % de las mujeres no habían recibido ayuda especializada. El 5,2 % de las mujeres y el 8,3 % de los hombres habían sido sometidos a algún tipo de tratamiento conservador.

**Tabla 5.** Distribución de los pacientes según Tratamientos previos

Tratamientos previos	Femeninas		Masculinos	
	no	%	no	%
Conservador	9	5,6	2	8,3
Quirúrgico	37	23,3	19	79,2
Ninguno	113	71,1	3	12,5
Total	159	100	24	100

Fuente: Ficha de recogida de datos.

## DISCUSIÓN

En la literatura consultada no hallan estudios de prevalencia realizados en las consultas especializadas de DSP por lo que con esta investigación no se establecen comparaciones. Estudios nacionales realizados en consultorios médicos de atención primaria de salud, con muestras significativas en las poblaciones, indican una prevalencia de IU entre el 12,4 y 14,02 % en población total, más alto en mujeres (19,3 y 29,2 %).<sup>11</sup>

En la presente investigación, el 37,5 % corresponde a pacientes de ambos sexos con IU, con prevalencia en las mujeres (86,8 %) mientras que a los hombres correspondió el 13 %, lo que coincide con lo referido en la literatura relacionado con que la IU puede aparecer en ambos sexos, pero es más frecuente en mujeres.<sup>9</sup>

Con relación a los factores de riesgo, se coincide con lo reportado en otra investigación, donde se evidencia un alto porcentaje de ingestión de café, presente en 49 pacientes (62 %), seguido del hábito de ingestión de abundante líquido durante el día, referido por 44 pacientes (55,7 %) y el estreñimiento detectado en 33 pacientes (41,8 %). Este último resultado coincide con el presente estudio en relación al sexo femenino<sup>11</sup> y también con lo reportado en el estudio sobre *Epidemiología de la disfunción del suelo pélvico en población de un consultorio médico de atención primaria de salud*, realizado en el municipio Lisa, donde predomina la ingestión de café (14,5 %), y no se encuentra una asociación estadísticamente significativa<sup>12</sup> que considere el incremento en ingesta de cafeína asociado a mayor riesgo de IU de urgencia.<sup>13</sup>

Existe una asociación consistente entre una historia de estreñimiento, el desarrollo de IU y el prolapso de los órganos pélvicos (NE: 3).<sup>14</sup> Así mismo, la posible relación entre la tos crónica y la IU está dada debido a que puede debilitar el suelo pélvico a través de la denervación de la musculatura y/o lesión del tejido conectivo, por el aumento de la prensa abdominal con el consiguiente abombamiento perineal.<sup>15</sup>

Existe evidencia contradictoria sobre si la modificación en la ingesta de líquidos cambia los síntomas de la IU y la calidad de vida (NE: 2). Todos los estudios disponibles fueron realizados en mujeres y mostraron que un 25 % de reducción en la ingesta de líquidos mejoró los síntomas en pacientes con vejiga hiperactiva, pero no en IU.<sup>16</sup>

En relación a las intervenciones quirúrgicas en zona pélvica o abdominal se coincide con el resultado del estudio realizado en pacientes que se encontraban en terapia de piso pélvico en Cali, donde se reportó la cirugía pélvica (principalmente histerectomía abdominal) como más frecuente<sup>17</sup> y con autores que plantean que la prostatectomía se asocia a IU.<sup>18</sup> La causa de la IU en el prostatectomizado puede ser por insuficiencia esfinteriana, hiperactividad del detrusor u obstrucción urinaria.<sup>19</sup>

En relación a la asociación entre embarazo, parto, instrumentación del trabajo de parto y episiotomía, es asociada por muchos investigadores a la aparición de IU, como el reporte realizado en la provincia de Pinar del Río que plantea que los principales factores que influyen en la incontinencia de estrés después del embarazo son: la edad, la incontinencia previa, el parto prolongado y el parto vaginal.<sup>20</sup>

Otra investigación refiere que, con expresión significativa, un factor de riesgo demostrado, es la historia obstétrica (múltipara, partos demorados o instrumentados).<sup>11</sup>

De manera general los autores coinciden en que el fallo del suelo pélvico es algo complejo.<sup>21</sup> La etiología es multifactorial e incluye: la predisposición genética; los partos (lesión del elevador del ano, lesión neurológica del nervio pudendo por estiramiento), partos prolongados, partos instrumentales, episiotomía, multiparidad, peso fetal, cirugía previa del prolapso e histerectomía, la edad, la obesidad, el aumento de presión abdominal crónica, la bronquitis crónica, el estreñimiento, la menopausia y las condiciones socioeconómicas bajas.<sup>22</sup>

Existe una controversia sobre la realización de la episiotomía entre los investigadores. En 1996, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publica la *Guía práctica para los cuidados en el parto normal*,<sup>23</sup> que considera la realización de la episiotomía sistemática como una práctica inadecuada. A continuación, en el año 1999, la Colaboración Cochrane<sup>24</sup> señala que no hay evidencia de que la episiotomía de rutina reduzca el daño perineal, un futuro prolapso vaginal o la IU. Sin embargo, la episiotomía de rutina se asocia con un aumento de los desgarros de tercer y cuarto grado y la consecuente disfunción muscular del esfínter anal.

Otros aspectos negativos asociados a la práctica de la episiotomía son: IU y fecal, dolor perineal, mayor pérdida de sangre comparada con el parto sin episiotomía, infección y dispareunia.<sup>10, 25,26</sup>

Cunningham<sup>27</sup> señala las posibles indicaciones para la realización de una episiotomía: pérdida de bienestar fetal, distocia de hombros, parto de nalgas, parto instrumental, occipito posterior persistente, agotamiento materno, aunque en la mayoría de estas situaciones, la episiotomía puede ser evitada.

Los resultados del presente estudio coinciden con el reporte de otra investigación realizada en mujeres en edad mediana<sup>11</sup> donde prevalecieron las mujeres que tenían al menos un escape de orina al día (53,2 %) seguidas de las que tenían escapes de orina pocas veces a la semana (32,9), y lo reportado por otro autor que observó que casi el 30 % de las pacientes perdían orina varias veces al día.<sup>28</sup>

Con relación a la realización de tratamientos previos, se demuestra que el hombre acude con más frecuencia a consulta por IU que la mujer, por lo general asociada a prostatectomía debida a tumores prostáticos benignos o malignos, intervención quirúrgica necesaria que representa un factor para de IU posterior.<sup>29</sup>

En las mujeres la búsqueda de asistencia especializada es diferente, en coincidencia con lo referido en una investigación anterior, que plantea que debido a la concepción arraigada durante generaciones sobre la IU como condición "normal" de la mujer perimenopáusicas, que no tiene otra alternativa que asumirla como parte del proceso de envejecimiento, que se acelera luego de la pérdida de la función ovárica, por las desventajas específicas de la sociedad patriarcal, que provoca subvaloración, marginación y la doble jornada laboral, donde la mujer poco o ningún tiempo disponible para su atención y autocuidado, así como para pedir asistencia especializada, añadido al desconocimiento de los profesionales de la salud sobre el manejo de estos problemas.<sup>30</sup>

A nivel internacional existen reportes que reafirman lo antes expuesto. Un estudio realizado por ocho médicos de atención primaria de la salud, que encuestaron a 502 pacientes, refiere que el 40,6 % tenían IU, la mayoría (70,3 %) de esfuerzo. en el 60,0 % de los casos. La edad de inicio fue entre 30 y 51 años. El 37,5 % de las pacientes con IU referían tener una repercusión psicosocial moderada o grave, a pesar de lo cual solo el 11,4 % había consultado al médico.<sup>31</sup>

Pese a sus consecuencias y a la cifra de afectación tan elevada, todavía su detección y reconocimiento resultan muy bajos, por lo que la mayoría de los pacientes que sufren IU lo hacen de forma oculta y lo que puede ser peor, sin valoración adecuada y tratamiento integral.<sup>32</sup>



## CONCLUSIONES

Entre los pacientes atendidos en consulta de DSP, predominaron los portadores de IU en ambos sexos, con mayoría en mujeres.

Los hábitos, costumbres y factores de riesgo de IU se encuentran presente en los pacientes estudiados, con predominio de los que tienen pérdidas de orina diaria, sobre todo hombres que fueron tratados quirúrgicamente y mujeres que no han recibido tratamiento.

## 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. Salinas. J, Rapariz. M. Tratado de Reeduación en Urogineproctología. Editorial gráfica Santher, S.L. 1997.
2. González Rebollo A. Tratamiento rehabilitador de la incontinencia urinaria femenina. *Rehabilitación* (Madrid) 2003; 37(2):79-85.
3. Rodríguez Adams EM. Factores de riesgo no obstétrico y calidad de vida en mujeres de edad mediana con incontinencia urinaria. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2014;40(1).
4. Martínez Agulló E, Ruiz Cerdá JL, Gómez Pérez L, Ramírez Backhaus M, Delgado Oliva F, Rebollo P, et al. Prevalencia de incontinencia urinaria y vejiga hiperactiva en la población española: Resultados del Estudio EPICC. *Actas Urol Esp.*2009; 33: 159-66.
5. Abrahams P, Blaivas JG, Stanton SL, Andersen JT. The standardization of terminology of lower urinary tract function recommended by the international continence society. *Int Urogynecol J.* 1990; 1: 45-58.
6. España Pons M. Urinary incontinence in women. *Med Clin* (Barc). 2003; 120:464-72.
7. Crespo A. La incontinencia urinaria es una patología poco consultada en los servicios sanitarios, según expertos. *El Médico Interactivo Diario Electrónico de la Sanidad.* 2002:809.8.
8. Van Oyen H, van Oyen P. Urinary incontinence in Belgium: Prevalence, correlates and psychosocial consequences. *Acta Clin Belg.* 2002; 57:207-18.
9. Robles JE. La incontinencia urinaria. *An Sist Sanit Navar.* 2006;29:219-31.
10. Geanini-Yagüez A, Fernández-Cuadros M.E, Nieto-Blasco J.D, Ciprián-Nieto, Oliveros-Escudero B y Lorenzo-Gómez M.F. EMG-*biofeedback* en el tratamiento de la incontinencia urinaria y calidad de vida. *Rehabilitación* (Madr). 2014; 48(1):17-24.
11. Martínez Torres JC, García Delgado JA, Rodríguez Adams EM, Díaz Acosta D, Martínez Perea R, Abreu Pérez Y, y colaboradores. Eficacia de un programa de rehabilitación integral de disfunciones del suelo pélvico. *Rev Cubana Med Fís Rehab.* 2014; 6(2)

12. López Segade M F. Epidemiología de la disfunción del suelo pélvico en población de un consultorio médico de la atención primaria de salud. Tesis para optar por el título de Especialista en Medicina Física y Rehabilitación. La Habana 2011.
13. Keith Stone, Joseph M. Urinary incontinence in the perimenopausal patient. *Invasive Manag Gyn Diss*. CRC PRESS 2008. 203-216.
14. Coyne KS, Cash B, Kopp Z, Gelhorn H, Milsom I, Berriman S, et al. The prevalence of chronic constipation and faecal incontinence among men and women with symptoms of overactive bladder. *BJU Int*. 2011; 107:254-61.
15. Lacima G. Patología del suelo pélvico. *Gastroenterol Hepatol*. 2008; 31(9):587-95.
16. Lucas M.G, Bosch R .J.L, Burkhard F.C, Cruz F, Madden T.B, Nambiar A.K, Neisius A, de Ridder D.J.M.K, Tubaro A, Turneri W.H. Pickard R.S. Guía clínica de la Asociación Europea de Urología sobre la evaluación y el tratamiento no quirúrgico de la incontinencia urinaria. *Actas Urol Esp*. 2013; 37(4):199-213.
17. Rodas, M.; García, H. A. Una aproximación a la terapia de piso pélvico en el manejo de la incontinencia femenina en la ciudad de Cali. *Urol Colomb*. 2010; 19(3):49-58.
18. Serda B, Vesa J, del Valle A, Monreal P. La incontinencia urinaria en el cáncer de próstata: diseño de un programa de rehabilitación. *Act Urol Esp*. 2010;34:522-30.
19. TarciaKahihara C, Ferreira U, Nardi Pedro R, Matheus WE, Rodríguez Netto N. Intervención fisioterápica precoz versus tardía para el tratamiento de la incontinencia urinaria masculina post-prostatectomía. *Arch Esp Urol*. 2006;59: 773-8.
20. Álvarez Y, Gutiérrez N, Zubizarreta Y. Transvaginalobturatriz tape en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina. *Rev Ciencias Médicas* 2012; 16(2).
21. Elneil S. Complex pelvic floor failure and associated problems. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2009; 23:555-73.
22. López-Olmos J. Lesiones vaginales por pesario. Estudio de casos y revisión de la literatura. *Clin Invest Gin Obst*. 2013; 40(4):146-153.
23. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Informe presentado por el grupo técnico de trabajo de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra: Departamento de Investigación y Salud Reproductiva; 1996.
24. Carrolli G, Belizan J. Episiotomía en el parto vaginal. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005, 2. Oxford: Update Software.
25. Aceituno Velasco L, Sánchez Barroso M.T, Huertas Segura García M, Ruiz Martínez E, Gregorio Álvarez M.P. Evolución del porcentaje de episiotomía en un hospital comarcal entre los años 2003-2009. Factores de riesgo de los desgarros graves de periné. *Clin Invest Gin Obst*. 2013; 40(4):154-161.
26. López M.A, Albarracín A, Lauroba P, Sanjuán A. Banda libre de tensión transobturadora en el tratamiento de la incontinencia urinaria femenina. Cinco años de experiencia en un hospital comarcal. *Clin Invest Gin Obst*. 2013;40(6):253-258
27. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, eds. *Williams obstetrics*. 21 ed. New York: Mc Graw-Hill; 2001. p. 326-9.
28. Rebassa M. Incontinencia urinaria en mujeres de Mallorca: prevalencia y calidad de vida. *Actas Urol Esp*. 2013. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.acuro.2012.11.004>
29. Juan Escudero JU, Ramos de Campos M, Ordoño Domínguez F, Fabuel del Toro M, Navalón Verdejo P, Zaragoza Orts J. Complicaciones de la prostatectomía radical: evolución y manejo conservador de la incontinencia urinaria. *Actas Urol Esp*.2006;30:991-7.

30. Martínez Torres JC, García Delgado JA. Incontinencia urinaria como problema de salud de la mujer en edad mediana *Invest Medicoquir.* 2014(julio-diciembre);6(2):267-78.
31. Bretones JJ, del Pino MD, García MA, Fajardo ML, Sáez JM. Incontinencia urinaria en mujeres en edad adulta: estudio descriptivo en una población rural. *Aten Primar.* 1997; 20:45-8.
32. Walters MD, Realini JP. The evaluation and treatment of urinary incontinence in women: a primary care approach. *J Am Board Fam Pract.* 1992; 5:289-301.

Recibido: 30 octubre 2016

Aceptado: 2 enero 2017

Dra. Jacqueline del Carmen Martínez Torres. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas (CIMEQ). Playa. La Habana, Cuba. Email: jacquemar@infomed.sld.cu; jmartinez@cimeq.sld.cu

### **Anexo I.**

1. Edad \_\_\_\_\_

2. Sexo \_\_\_\_\_

3. Hábitos y costumbres.

Se mantiene más de 3 h sin orinar habitualmente \_\_\_\_\_

Usa faja o prendas ajustadas habitualmente \_\_\_\_\_

Obesidad \_\_\_\_\_

Estreñimiento \_\_\_\_\_

Padece de tos crónica \_\_\_\_\_

Fuma \_\_\_\_\_

Toma bebidas alcohólicas con frecuencia \_\_\_\_\_

Toma café \_\_\_\_\_

Toma mucho líquido durante el día \_\_\_\_\_

Practica de ejercicios físicos habituales

Deporte \_\_\_ Aeróbicos \_\_\_ Saltos \_\_\_ Abdominales \_\_\_

4. Intervenciones quirúrgicas en zona pélvica o abdominal:

Histerectomías \_\_\_

Cirugías de colon y recto \_\_\_

Cirugías de vejiga y próstata \_\_\_

Lipectomia o liposucción \_\_\_

4. Historia obstétrica

Embarazos\_\_\_ Partos \_\_\_ Vaginales\_\_\_\_ Cesáreas\_\_\_\_

Uso de fórceps o ventosa.\_\_\_\_

Parto demorado.\_\_\_\_

Desgarros o episiotomías perineales\_\_\_\_

Episodios de incontinencia transitoria en embarazos y partos\_\_\_\_

5. Intensidad de la incontinencia

Totalmente continente\_\_\_\_\_

Un escape al mes o solo al realizar deportes\_\_\_\_\_

Pocas veces al mes\_\_\_\_\_

Pocas veces a la semana\_\_\_\_\_

Al menos una vez al día\_\_\_\_\_

6. Tratamientos previos realizados a los pacientes

Conservador \_\_\_\_\_

Quirúrgico \_\_\_\_\_

Ninguno \_\_\_\_\_