

Aspectos epidemiológicos de la incontinencia urinaria. Revisión bibliográfica

Epidemiological aspects in urinary incontinence. Bibliographic revision

Dra. Indira Castañeda Biart^I, MSc. Dra. Jacqueline del Carmen Martínez Torres^{II}, MSc. Dr. José Ángel García Delgado^{II}, MSc. Lic. Elsa María Rodríguez Adams^{II}, MSc. Dra. Neysa Margarita Pérez Rodríguez^{II}

^I Policlínico Universitario G y 19. Plaza de la Revolución. La Habana. Cuba

^{II} Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. Playa. La Habana. Cuba

RESUMEN

Introducción: la incontinencia urinaria es una condición caracterizada por la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra, que de acuerdo a su magnitud repercute en la vida privada y social de las personas, lo que constituye un importante problema de salud, considerado en la actualidad como cualquier pérdida de orina involuntaria. La Organización Mundial de la Salud estima que unos 200 millones de personas sufren de incontinencia urinaria, con independencia de la edad y el sexo.

Método: se realizó una revisión sobre los aspectos epidemiológicos dados por: la incidencia, la prevalencia y los factores de riesgo (edad, sexo, embarazos y partos, antecedentes de enfermedades crónicas, hábitos y estilos de vida), que pueden propiciar y mantener la sintomatología. Se realizaron búsquedas bibliográficas en revistas médicas nacionales y extranjeras indexadas en SciELO, Imbiomed y PubMed durante los últimos 10 años, en idioma español e inglés. Además, se revisaron las tesis de terminación de estudios y los libros de textos con información sobre el tema.

Conclusiones: en Cuba, la incontinencia urinaria es infra diagnosticada, evaluada y tratada. Se asocia a factores de riesgo que, en su mayoría, son comunes a las enfermedades crónicas no transmisibles que pueden ser prevenibles y tratables.

Palabras clave: incontinencia urinaria, prevalencia, factores de riesgo.

SUMMARY

Introduction: the urinary incontinence is considered a condition constituted by unintentional waste with urine when the crossbeam gives the objectively incontrovertible urethra for them and by his magnitude and repercussion of in deprived life and of a social acquaintance of the people does an important trouble of health hygienic point modifies and considered the groan for each unintentional urinary waste. The World Health Organization puts the fact that 200 millions of people suffer in urinary incontinence independently from the age and the sex.

Method: we do a revision of epidemiologic aspect like incidence, prevalence, and risks factors (age, sex, pregnancies and calvings, backgrounds of chronic diseases, habits and life styles), which can propitiate mentees synthons. They are carried out electronic searches and in libraries of magazines doctors national and foreign indexed in Scielo, Imbiomed and PubMed; during the last 10 year in spanish and english language. They are also carried out revisions of thesis of termination of studies and books of texts where they have been published information related with the pelvic floor dysfunction.

Conclusions: the urinary incontinence in Cuba is diagnosed below, sized up and treated. It is related to the risk factors who are comunes in the not transmittable chronic illnesses that can be prevent and tractable in its majority.

Keywords: urinary incontinence, prevalence, risk factors.

INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria (IU) es una condición caracterizada por la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra objetivamente demostrable y que por su magnitud y repercusión en la vida social y privada de las personas que la padecen, constituye un importante problema de salud, tanto higiénico como social;¹ en la actualidad se considera como cualquier pérdida de orina involuntaria.² A pesar de este impacto, en ocasiones, existe subdiagnóstico y subregistro como consecuencia de que los pacientes no siempre acuden a las consultas por este problema, bien por desconocimiento de los recursos diagnósticos y terapéuticos disponibles, por vergüenza a declarar este trastorno que involucra la vida privada o por la creencia de que la incontinencia es parte del proceso normal del envejecimiento.³

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que unos 200 millones de personas sufren de IU, con independencia de la edad y el sexo.⁴ La población más afectada es el sexo femenino; las tasas de prevalencia publicadas en la literatura son altas, alcanzan hasta un 69 % en la población femenina. Además, en algunos casos, incluso parece que las cifras infravaloran la situación. Está descrito que más del 50 % de los pacientes con IU no consulta el problema;⁵ su prevalencia aumenta con la edad a partir de la menopausia y por paridad, en especial por los segundos nacimientos, sobre todo más allá de los 40 años.⁶

La literatura muestra diferencias en las prevalencias de IU, entre la población de mujeres en España varía entre el 15 y 50 % y en estudios internacionales el intervalo es del 21 al 60 %.⁴

En Centroamérica su prevalencia es creciente, durante la primera etapa de la edad adulta (20 a 30 %), un pico amplio alrededor de la edad media (30-40 %), y luego un incremento continuo en las mujeres en edad avanzada (30-50 %). Durante el embarazo, la IU se presenta entre el 31 y 60 % pero se resuelve en la mayoría de los casos.⁷

En los hombres predomina en la enfermedad prostática donde entre el 25 y 30 % de las consultas de urología se deben a este problema. Como se conoce, la IU que se origina tras cirugía prostática es debida a la sección accidental de las terminaciones nerviosas que controlan la función esfinteriana y si se calcula que el 22 % de los hombres menores de 40 años y el 60 % de los mayores, tendrán un síndrome prostático, que requiere, en alguna ocasión, tratamiento quirúrgico (exéresis), esta posibilidad y problemática de salud estará siempre latente.

Por esta afección se realizan 2 millones de consultas al año en EE. UU.⁸ En España se estima que la prevalencia de la IU en el varón es del 7 % y que llega entre el 14 y 29 % en los varones mayores de 65 años y hasta el 50 % en mayores de 85 años e institucionalizados.⁹ En general, la IU es el doble frecuente en las mujeres que en los varones.

Algunos datos procedentes de estudios efectuados en gemelos, indican la existencia de un componente genético notable en la IU, en especial en la IU de esfuerzo (IUE).¹⁰

En una investigación sobre la prevalencia de la incontinencia anal y urinaria silentes en mujeres de la ciudad de Teruel, realizada mediante un estudio prospectivo observacional en el Centro Urbano de Atención Primaria de dicha ciudad, en el periodo comprendido desde octubre de 2002 hasta mayo de 2003, se que determinó no solo la prevalencia, también se destacó cómo se afecta, de manera significativa, la calidad de vida de estos pacientes.¹¹

DESARROLLO

Se realizó una búsqueda bibliográfica que permitiera evidenciar el estado de esta dolencia a nivel mundial y comprobar la existencia de estudios cubanos sobre la epidemiología del problema. No se encontraron referencias en las fuentes revisadas anteriores al año 2006, momento en que se realizaron los primeros estudios epidemiológicos específicos que permitieran conocer el estado del problema en Cuba. Debido a la necesidad de diseñar una estrategia de tratamiento para su solución en el país, se realizó un estudio epidemiológico preliminar¹² donde se demostró que el 53 % de los pacientes encuestados respondieron afirmativamente al menos a una pregunta del cuestionario relacionado con la IU.

Los reportes obtenidos en el trabajo, *Epidemiología de la disfunción del suelo pélvico en secretarías en el hospital CIMEQ*, concluyeron que la disfunción del suelo pélvico es de aparición frecuente, relacionado a un conjunto de factores de riesgo que pueden ser modificables y que permiten mejorar la calidad de vida de quienes la padecen, tales como: el sexo femenino, la edad, antecedentes obstétricos, la posición de sentado durante muchas horas debido a su trabajo específico. El 50 % de las encuestadas tuvo al menos una respuesta positiva al cuestionario sobre incontinencia.¹³

En el año 2008 se realizó otra investigación en un consultorio del médico de familia del Policlínico Docente Mario Escalona Reguera, en Habana del Este, donde se evidenció que el 28,25 % de las mujeres encuestadas padecían IU, lo que representó el 14,92 % de la población en estudio. El 4,02 % de los hombres encuestados evidenciaron el problema y el 16,82 % de la población encuestada padece de IU. ¹⁴

En el año 2009¹⁵ fueron evaluadas 94 pacientes en la consulta especializada de suelo pélvico del hospital CIMEQ, 81 (sexo femenino) y 13 (sexo masculino), con una edad promedio de 51,8 años, portadores de IU, y/o incontinencia fecal, dolor pélvico crónico solo o asociado a otras enfermedades del suelo pélvico, a los cuales se aplicó: terapia con campo magnético local, electroterapia estimulativa de la musculatura perineal y ejercicios de Kegel. Un total de 27 pacientes resultaron curados (28,7 %), 34 mejor notable (36,1 %), 15 en tratamiento (15,9 %) y 18 el mismo (19,1 %).

Se evidenció que el 64,8 % obtuvo mejoría de su problema de salud. En el sexo masculino la incontinencia estuvo asociada a posprostatectomía, a los cuales se aplicó un cuestionario de calidad de vida que permitió conocer cómo se modifican la percepción de su bienestar físico y psíquico a través de la valoración de las dimensiones físicas, familiar, psicológica y social. ¹⁵

Datos epidemiológicos internacionales muestran que existen múltiples investigaciones que reconocen las disfunciones del suelo pélvico como problema de salud que afecta a la mujer en mayor medida y en particular en la edad mediana. Un ejemplo de ello es el reporte donde se afirma que la IU afecta al 19 % de las mujeres entre 19 y 44 años, al 25 % entre 45 y 64 años, y 30 % en las mujeres mayores de 65 años. ¹⁶

Alrededor del 18 % de las mujeres jóvenes (19 a 44 años) y del 28 % de las mujeres mayores de 65 años de edad experimentan IU diaria, asociada a la frecuencia, mientras que el 30 % de las mujeres mayores de 65 años y el 27 % de las mujeres de mediana edad reportan IU severa, que influye en la calidad de vida y en las decisiones de tratamiento. ¹⁶

Los resultados de la *Cuarta consulta internacional sobre incontinencia* celebrada en Europa en julio de 2008, indicaron que la IU o aparición de pérdidas de orina al menos una vez en los últimos 12 meses, afecta del 5 al 69 % de las mujeres y del 1 al 39 % de los varones. En general, la IU es el doble de frecuente en las mujeres que en los varones. ¹⁷

Las manifestaciones clínicas de la IU están asociadas a factores de riesgo entre los que se destacan:

La edad: es determinante en estas alteraciones de la disfunción del suelo pélvico debido a los procesos de cambio fisiológico que ocurren en el transcurso de la vida. Se destaca la menopausia, debido a los cambios hormonales⁴ y psicológico.^{18, 19} Los cambios biológicos que ocurren, no del todo conocidos, unidos a la función social que desempeñan las mujeres en esta etapa, en su microsistema familiar y la inadecuada asimilación cultural. El envejecimiento hace que las mujeres de edad mediana constituyan un grupo vulnerable en términos de salud genitourinaria. ²⁰

En las alteraciones genitourinarias, la sintomatología es diversa; suelen referirse: sequedad vaginal, dispareunia, tenesmo vesical, polaquiuria, disuria e IU. De modo experimental se identifica, como causa de estas manifestaciones, la insuficiente estimulación de los receptores de estrógeno y progesterona de la uretra y el triángulo

vesical, además de la participación de los plexos venosos submucosos que contribuyen a la función del cierre uretral y el tejido submucoso rico en colágeno, la atrofia que se produce en la mucosa vaginal, también influida por los estrógenos, por lo que puede afirmarse, la interrelación que existe entre el aparato genital, urinario y la actividad de las hormonas sexuales.¹⁹

Se disminuye el tono muscular del suelo pélvico y se acorta la uretra, lo que favorece la aparición de la IU, el síndrome uretral y el incremento de las infecciones urinarias. Todos esos síntomas afectan la calidad de vida de la mujer sobre todo en lo relacionado con la salud sexual, ya que pueden asociarse a disfunciones sexuales de origen orgánico.¹⁰

Embarazos y partos: muchos estudios evidencian que el parto vaginal es el principal responsable de la disfunción del suelo pélvico. Vila Coll encuentra una prevalencia de IU en el 52,1 % en mujeres con parto vaginal frente a un 27 % de nulíparas,²¹ resultados que se corresponden con otros autores como Thomas, Holst y Wilson.²² Uno de los aspectos clave en el origen de la IU en la mujer es la maternidad. Sin duda el embarazo y el parto constituyen un momento crucial en la vida de la mujer, donde se altera la integridad anatómica y funcional de las estructuras del suelo pélvico. Diferentes autores han demostrado que las mujeres que han tenido hijos tienen mayor riesgo de pérdidas de orina frente a las nulíparas. El problema está dado por el desconocimiento de los factores que intervienen en el desarrollo de la IU durante el embarazo o el parto.

Se ha analizado el papel de distintos factores constitucionales del embarazo y del parto y los resultados publicados, en algunos casos, son contradictorios. Posiblemente, parte de estas discrepancias sean debidas a las diferencias en la metodología de los estudios. Algunos autores incluyen en conjunto las mujeres nulíparas y múltiparas, en otros casos analizan la IU sin especificar los tipos principales.⁵

Un estudio realizado en la provincia de Pinar del Río refiere que algunos autores han comunicado la relación entre embarazo, parto y aparición de IU. 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. Otros no encuentran relación entre la prevalencia de la incontinencia y el parto. En mujeres primíparas se registró incontinencia en el 13 % durante el primer año, a diferencia del 0 % en las que se practicó la cesárea.⁴

La mayoría de los estudios epidemiológicos que analizan los factores de riesgo de la IU en la mujer señalan el embarazo y el parto como los factores principales.

El embarazo, por sí mismo, representa un riesgo para el suelo pélvico. Algunos autores han hipotetizado que las hormonas secretadas durante el embarazo están ligadas a cambios en los tejidos conjuntivos, que disminuyen la fuerza tensora y favorecen la incontinencia. Existe suficiente evidencia sobre el trauma obstétrico durante el parto vaginal, el cual puede provocar IU. Desde el punto de vista fisiopatológico, se considera que esta disfunción es la consecuencia de tres hechos: a) un suelo pelviano excesivamente relajado, secundario a la distensión de músculos y fascias que se producen durante el parto vaginal; b) secundarios a las lesiones directas (desgarros, episiotomía) sobre las paredes vaginales y que pueden afectar al soporte y a la posición de la vejiga, el recto y el útero o lesiones del esfínter anal; c) una lesión directa de los nervios por compresión o elongación excesiva y prolongada de estos, lo cual impedirá que el músculo estriado (pubococcigeo y esfínteres) pueda contraerse de forma voluntaria o refleja.²³

Otro investigador afirma que el parto vaginal puede ser el factor de riesgo más importante en la etiología de la disfunción del suelo pélvico. Posiblemente consecuencia del trauma de los músculos elevadores/puboviscerales, la fascia endopélvica y el nervio pudendo. Pero no existen evidencias de que el trauma obstétrico solo pueda causar el problema y se afirma sobre la existencia de otros factores de riesgo en la mujer que pueden condicionar el mismo. Entre estos se alega que la condición de presentar una IU previa al primer embarazo, responde a factores constitucionales de debilidad muscular y de las fascias, por una predisposición genética. Además, la edad de la mujer en el parto y el índice de masa corporal (IMC) pueden también constituir factores de riesgo para IU posparto.²⁴

Pérez-Martínez reporta que el parto se asocia a una variedad de lesiones musculares y neuromusculares del piso pélvico que se relacionan con el desarrollo de incontinencia anal y urinaria, así como con prolapso de órganos pélvicos. En este contexto, la operación cesárea tiene un efecto protector, aunque no demostrado por completo. Estos hallazgos han estimulado el estudio del impacto de la rehabilitación del piso pélvico con buenos resultados.²⁵

El embarazo y el parto son factores etiopatogénicos de la IUE²⁶ seguida de la IU de urgencia, de las disfunciones ano rectales y de los problemas de estabilidad pélvica.²⁷ Los partos vaginales parecen estar muy asociados con la aparición de IU y el prolapso de órganos pélvicos.²⁸ Existen recientes evidencias epidemiológicas que afirman debe ser considerada la cesárea electiva en aquellas mujeres con riesgo alto de trabajo obstructivo, por ejemplo, mujeres de corta estatura con fetos grandes, con riesgo de partos instrumentados. Además, mujeres con IU severa antes del primer embarazo, o las que tengan antecedentes de traumatismo del esfínter anal o incontinencia fecal; de modo que, mientras las evidencias no sean definitivamente establecidas, se recomienda el manejo individual de la paciente.²⁹

Antecedentes de enfermedades crónicas y padecimientos: las enfermedades como diabetes mellitus, enfermedades cerebrovasculares, esclerosis múltiple, enfermedades reumáticas, alcoholismo, tos crónica y obesidad, entre otras, se han relacionado con la IU. Se plantea que las mujeres que refieren incontinencia presentan mayor IMC que las mujeres continentales.

El uso habitual de determinados medicamentos: en la disfunción del suelo pélvico, el uso de algunos medicamentos resulta gran importancia, en particular aquellos que puedan actuar sobre el sistema urinario inferior al favorecer la IU, entre los que se encuentran: diuréticos, hipotensores, vasodilatadores, neurolépticos, relajantes musculares y antidepresivos.³⁰

Cambios de hábitos y estilos de vida, entre los que se encuentran:

- *Hábito de fumar:* los incrementos de la presión intraabdominal promueven y agravan una IU así como son desencadenantes de urgencias miccionales asociadas a otras afecciones primarias o secundarias (asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, tos crónica, esfuerzos y posturas específicas). El riesgo de daño perineal está directamente vinculado al número de cigarrillos consumidos al día (tos más violenta, más frecuente, con mayor injuria por el estiramiento perineal). La frecuencia del daño perineal es entre 2,2 y 2,5 mayor en fumadoras. Existen hallazgos contradictorios respecto a la acción de la nicotina pues promovería contracciones vesicales no inhibidas, pero a nivel uretral tendría una acción estrogénica pro continente.^{31, 32}

- *Obesidad:* la obesidad es un factor de riesgo con independencia de otras variables. La asociación entre la obesidad y la IU antes fue presentada en la

literatura con estudios que demuestran un aumento de 1,6 veces el riesgo de IUE por cada aumento de 5 puntos en el índice de masa corporal. El sobrepeso genera incremento crónico de la presión intraabdominal que repercute sobre la musculatura perineal, la unión cérvico-uretral. Medido por el IMC, toda mujer con índice mayor de 30, se debe considerar obesa y de riesgo. Aunque hasta el momento, la pérdida de peso parece ser un tratamiento adecuado para mejorar la continencia.³³

En la actualidad se dispone de informaciones objetivas sobre el efecto de la pérdida de peso en mujeres con obesidad moderada. De la misma forma, hasta ahora, el control de peso parece representar una medida preventiva saludable, tampoco hay informes publicados que confirmen con claridad esta hipótesis. La pérdida de peso con adecuación de la dieta, ejercicio físico equilibrado y todas las medidas propias para ese objetivo logran mejorías mayores al 50 % de sus episodios de pérdida urinaria o de urgencia. La obesidad es uno de los factores de riesgo independiente para la IU en mujeres mayores. Un IMC alto se correlaciona con una mayor prevalencia de IUE y de IU mixta, así como con la severidad de la misma. Se conoce poco sobre la pérdida de peso como tratamiento de la IU.

- *Ingesta de líquidos*: instintivamente muchas pacientes, sobre todo añosas, limitan la ingesta de líquidos para disminuir las posibilidades de incontinencia y sobre todo en la noche, que les perturba el sueño. El médico debe hacerles entender que lo necesario no es la subhidratación sino la adecuación de los horarios de toma de líquidos, disminuir o cesar la ingesta de los mismos 2 o 3 h antes de dormir disminuirá las posibilidades de tener episodios nocturnos. Se debe equilibrar la situación metabólica con una mayor ingesta de líquidos en la mañana y que estas medidas se deben complementar con el control de la calidad de los líquidos ingeridos, obviar la ingesta de excesos de café, té, gaseosas, bebidas con cola, etc., que generan diuresis más abundantes, así como son irritantes vesicales directos. Las restricciones hídricas tienen otro efecto colateral significativo como es alterar la consistencia de las materias fecales con estreñimiento, que puede ser otro factor de descompensación del periné.³⁴
- *Hábitos intestinales*³⁵: existe una asociación entre lesiones neurológicas del piso pélvico y del esfínter anal estriado con el pujo excesivo por el estreñimiento. Este sobreesfuerzo es aún mayor en las pacientes con distopia e IU.³⁵
- *Actividad física*⁶: otro factor de importancia es la actividad deportiva desarrollada, la frecuencia con que se realiza y la intensidad de la misma ya que aquellos deportes que en el curso de la realización de los mismos provocan un aumento importante de la presión intrabdominal, suponen un factor de riesgo perineal, aún más el entrenamiento de alta competición.

El desarrollo de actividad física intensa o de deportes u ocupaciones laborales de esfuerzo desmedido impactaría también en el perineo y deben ser controladas. Las denominadas tareas de impacto generarían estiramientos perineales por el mecanismo del microtraumatismo, denervación perineal, trastornos microcirculatorios y daño persistente.

La ocurrencia de IU, aún en grado leve, puede ser observada en mujeres jóvenes saludables sometidas a actividades físicas extremas, aunque el efecto de la actividad física sobre el riesgo de la IU en el futuro aún no se ha determinado adecuadamente.

La disminución de las actividades físicas también se recomienda con frecuencia por los profesionales de la salud en el período posoperatorio de las cirugías anti incontinencia o para la corrección de distopias pélvicas, aunque no hay evidencias de que tales medidas puedan influenciar el resultado final del tratamiento. ⁶

- *Postura*. En el tipo de actividad profesional se deben tener en cuenta las profesiones donde se permanezca muchas horas de pie y en especial las que requieren el transporte de cargas, las cuales se suponen que sean de mayor riesgo. ²²

El mecanismo de la continencia depende del equilibrio mecánico de las estructuras que componen la pelvis. La fisiología de la estática pélvica y la fisiopatología de la IU dependen de la interacción, integridad y equilibrio de los órganos, músculos, fascias, ligamentos, vasos y nervios que componen la región.

Desde que el hombre asumió la posición erecta, conquistó más libertad, pero está sujeto permanentemente a la acción de la gravedad que desafía el equilibrio y exige adaptación de los músculos del tronco, que pasaron a tener acción anti gravitacional. Algunos factores que llevan al desequilibrio postural, la acción de la gravedad, el embarazo, el parto, las actividades profesionales, los hábitos de vida diaria, las actividades deportivas y la obesidad, entre otros. Las alteraciones posturales llevan a nuevos equilibrios, que permiten el desempeño de las actividades, pero pueden llevar a las lesiones. La inadaptación 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 suelo pélvico. ³⁶

CONCLUSIONES

Aunque la IU es frecuente, es infra diagnosticada, evaluada y tratada.

Se asocia a factores de riesgo, que en su mayoría son comunes a las enfermedades crónicas no transmisibles, que pueden ser prevenibles y tratables, así como a otras situaciones fisiológicas como el embarazo, el parto y la edad.

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. International Continence Society. Standardization of terminology of lower urinary tract function. *Urology*. 1997.9;237.

2. Abrams P, Cardozo L, Fall M. The standardization of terminology in lower urinary tract function: report from the standardization subcommittee of the International Continence Society. *Urology*. 2003; 61(1):37-49.
3. Hunskaar S, Burgio K, Diokno AC. Epidemiology and natural history of urinary incontinence. Incontinence II edition Health In: Abrams P, Cardoso L, Khoury S, eds. Publication LTD, 2002. Referencia bibliográfica citada por Hay-Smith EJC, Dumoulin C. Entrenamiento muscular del suelo pélvico versus ningún tratamiento, o tratamiento de control inactivo para la incontinencia urinaria en mujeres. (Cochrane Review). In: La Biblioteca Cochrane Plus, Issue 3, 2007. Oxford: Update Software.
4. Martínez Torres J. Caracterización de mujeres en edad mediana con incontinencia urinaria y respuesta al tratamiento rehabilitador. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2014;40(1).
5. Arrue Gabilondo M. Evaluación de la incontinencia urinaria de esfuerzo en primigrávidas a término. Tesis para optar al grado de Doctora en Medicina y Cirugía 2011-2.
6. 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>.
7. Murillo Morales M. Incontinencia urinaria femenina. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXIX (602)*, 2012 – 226.
8. Rodríguez Adams EM, Martínez Torres JC, García Delgado JA. Disfunción del suelo pélvico. Tratamiento de incontinentes urinarios. Sitio CIRULEC artículo interesante. Julio 2011 – 3.
9. Brenes Bermúdez FJ, Cozar Olmo JM, Esteban Fuertes M, Fernández-Pro Ledesma A, Molero García J.M. Criterios de derivación en incontinencia urinaria para atención primaria 2013(45) 5: 263-73.
10. Thüroff J.W, Abrams P, Andersson K.-E, Artibani W, Chapple C.R, Drake M.J, et al.. Guías EAU sobre incontinencia urinaria. *Act Urol Esp* 2011(35) 373-88.
11. V Reunión Nacional sobre patología del Suelo pélvico. Valladolid, 2 y 3 de Octubre 2008. [Consultado 8 de noviembre de 2010]. Disponible en <http://www.gsuelopelvico.com/intro.aspx>.
12. Martínez Torres JC. Epidemiología de la disfunción del suelo pélvico. Estudio preliminar. *UROD A* 2006; 19 (4):257-261.
13. Martínez Torres JC, García Delgado JA, Rodríguez Adams EM. Epidemiología de la disfunción del suelo pélvico. Estudio en secretarías. *Invest Médicoquirur*. 2007(1) 9:58.
14. Mili Alfonso. Aspectos epidemiológicos de la disfunción del suelo pélvico en un consultorio del médico de la familia. *Invest Médicoquirur*. 2008(1) 10: 37-38.
15. Rodríguez Adams EM, Martínez Torres JC. Impacto de la fisioterapia del suelo pélvico en la calidad de vida de los pacientes portadores de incontinencia urinaria. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2009(8)2: abril-jun.

16. Salinas J. Epidemiología de la incontinencia de orina en la menopausia. [Consultado 8 de noviembre 2011] Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/>
17. Schröder A. Abrams P. Andersson K. Artibani W. Chapple C.R. Drake MJ. et al. Guía clínica sobre la incontinencia urinaria 2010: 783.
18. Colectivo de autores. II Consenso cubano sobre climaterio y menopausia. Eds. Sarduy M., Lugones M. Edit. CIMEQ, 2007. p 16.
19. Manzano BR. Ulloa V. Aspectos ginecológicos prevalentes en el climaterio. En: Climaterio y menopausia. Un enfoque desde lo social. La Habana: Editorial Científico Técnica, 2007 p 216-22.
20. Artilles L. Manzano BR. Alfonso J. Ortega L. Determinación de la raza en el síndrome climatérico ¿Bases culturales o biológicas? En: Climaterio y menopausia. Un enfoque desde lo social La Habana: Editorial Científico Técnica, 2007, p 67-86.
21. Horilla Herrera J.C. Guía de atención enfermera a pacientes con incontinencia urinaria: Valoración de enfermería. Asociación Andaluza de Enfermería comunitaria; 2 ed. 2004:17-44. Disponible en: <http://www.asanec.org>.
22. Ferri Morales A. Incontinencia urinaria y disfunción del suelo pélvico. *Rev Fisioter*. Asociación española de fisioterapeutas. 2004; 26(5):247-248.
23. Hsieh CH. Chang WC. Su TH. Lin TY. Lee MC. Chang ST. Effects of parity and mode of delivery on urinary incontinence among postmenopausal women in Taiwan. *Int J Gynaecol Obstet*. 2012 Mar 27. [Epub ahead of print]
24. Freeman R. Can we prevent childbirth-related pelvic floor dysfunction? *BJOG* 2013; 120:137-140.
25. 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.
26. Navarro García MA. Carlos Alegre V. Incontinencia Urinaria de Esfuerzo asociada a la gestación. Revisión bibliográfica. *Pulso*. 2008 dic; 56:47- 50.
27. Guzmán Carrasco P. Díaz López AM. Gómez López D. Guzmán Carrasco R. Actuación del fisioterapeuta en el tratamiento integral de la embarazada. *NURE Inv Nure Investigación*. 2013 marzo-abril; 63.
28. Memon H. Handa VL. Pelvic floor disorders following vaginal or cesarean delivery. *Obstetric Gyn*. 2012 (24)5:349-54.
29. Gyhagen M. Bullarbo M. Nielsen TF. Milsom I. Prevalence and risk factors for pelvic organ prolapse 20 years after childbirth: a national cohort study in singleton primiparae after vaginal or caesarean delivery. *BJOG* 2013; 120: 144-60.
30. Robles J. E. La incontinencia urinaria. *Urinary incontinente*. 2006- 226.
31. Zerati M,. Morais H, Homsi C, Ferreira J. Alterações do estilo de vida: O primeiro passo? Cap. 16. En Palma P. Urofisioterapia. Aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico. Edição Campinas,SP, 2009. P.175-86.

32. 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).
33. Obesidad y sobrepeso Disponible en:
<http://www.cdc.gov/ncbddd/Spanish/disabilityandhealth/obesity.html>
34. López Segade MF. 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: CIMEQ, 2011.
35. Lacima G. Patología del suelo pélvico. *Gastroenterol Hepatol.* 2008; 31(9):587-95. Solans-Domènech M, Sánchez E, España-Pons M. Urinary and anal incontinence during pregnancy and postpartum. *Obstet Gynecol.* 2010; 115(3):618-28.
36. Fozzatti MCM; Palma P; Herrmann V; Dambros M. Impacto da reeducação postural global no tratamento da incontinência urinária de esforço feminina. *Rev Assoc Méd Bras.* 2008; 54:17-34.

Recibido: 30 octubre 2016
Aceptado: 5 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