

Aspectos epidemiológicos de la incontinencia urinaria en pacientes femeninas de urología y ginecología

Epidemiologic aspects about urinary incontinence in urology and gynecology female patients

Indira Castañeda Biart, Jacqueline Del Carmen Martínez Torres, José Ángel García Delgado, Mailiny Ruiz Valdés-Prado

Policlínico "G y 19". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: La disfunción del suelo pélvico refiere el mal funcionamiento del conjunto muscular que cierra los orificios inferiores de la pelvis. Existen factores de riesgo que provocan la disfunción o la mantienen. Los más frecuentes y conocidos son: edad, antecedentes de embarazos y partos, algunos medicamentos, hábitos y estilos de vida.

Objetivo: Identificar si los factores de riesgo descritos en la literatura para incontinencia urinaria se evidencian en las pacientes evaluadas.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal, realizado en 164 mujeres mayores de 15 años, que asistieron a consulta de Urología y Ginecología del Policlínico G y 19 entre agosto y diciembre de 2013. Se aplicó cuestionario anónimo que recoge los principales factores de riesgo reportados en la literatura.

Resultados: La edad promedio obtenida fue de 45,9 años \pm 2,4. El estar más de 3 horas sin orinar, la ingestión de café, y el uso de medicamentos, estuvieron asociadas significativamente a la incontinencia urinaria ($p < 0,05$). No encontramos asociación significativa ($p > 0,05$) entre historia obstétrica y la edad, en las mujeres involucradas.

Conclusiones: Los aspectos epidemiológicos que constituyen riesgos de padecer incontinencia urinaria fueron la historia obstétrica, estar más de 3 horas sin orinar, ingestión de café, estreñimiento, obesidad, uso de medicamentos antihipertensivos, sedantes y antiinflamatorios.

Palabras clave: Disfunción de suelo pélvico; incontinencia urinaria; factores de riesgo; historia obstétrica.

ABSTRACT

Introduction: Dysfunction of the set of muscles that closes the lower vents of the pelvis. There are risk factors that bring about and maintain the dysfunction; the most frequent, known and studied ones are: age, background of pregnancies and deliveries, the use of some medications and some life styles and habits.

Objective: To show whether the risk factors already described in the literature for urinary incontinence are evident in evaluated patients.

Methods: An observational, descriptive and transversal study carried out in 164 women older than 15 year old, attending Urology and Gynecology consultation at G and 19 Policlínica, from August to December, 2013. It was applied an anonymous set of questions that considers the main risk factors mentioned in the specific literature.

Results: The sample average age was 51.1 ± 2.5 years old. There was a significant association among being more than 3 hours without urinate, the consumption of coffee and urinary incontinence ($p < 0.05$). There was no significant association ($p > 0.05$) between obstetrical background and age in the women in the sample.

Conclusions: The epidemiological aspects that constitute somehow a risk to suffer urinary incontinence were: obstetrical background; being more than three (3) hours without urinating habitual, ingestion of coffee, constipation, obesity, and finally the use of hypertensive, sedative, and non inflammatory medications.

Keywords: Pelvic floor dysfunction; urinary incontinence; risk factors; obstetrical background.

INTRODUCCIÓN

La disfunción del suelo pélvico (DSP) se refiere al mal funcionamiento del conjunto muscular que cierra los orificios inferiores de la pelvis. Esto puede traer consigo una serie de trastornos que pueden afectar el normal funcionamiento de cualquiera de los órganos alojados en la pelvis menor. Se manifiestan clínicamente como: incontinencia urinaria, incontinencia ano-rectal, dolor pelvipérvico, prolapso de órganos pélvicos, estreñimiento terminal, disfunción sexual por debilidad de la musculatura de la región.¹ Estas entidades clínicas relacionadas entre sí pueden tener una causa multifactorial, pero en todas ellas podemos encontrar alguna disfunción del suelo pélvico. Atendiendo al aumento de la expectativa de vida y al empeño en mejorar la calidad de vida de las personas, estas patologías deberían aparecer relacionadas entre las enfermedades crónicas no transmisibles, debido a la gran repercusión que tienen en la vida personal, familiar, social y laboral de quienes las padecen.

De todas estas disfunciones la más frecuente es la incontinencia urinaria: se considera presente ante cualquier pérdida de orina involuntaria.² La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que unos 200 millones de personas sufren de incontinencia urinaria, independientemente de la edad y del sexo.³

Se recoge un amplio estudio de prevalencia de la incontinencia anal y urinaria silentes, en mujeres de la ciudad de Teruel. Se realizó un estudio prospectivo observacional en el Centro Urbano de Atención Primaria de la ciudad, entre octubre 2002 y mayo 2003, en el cual se destacó además de la prevalencia, cómo se afecta de manera significativa la calidad de vida de estos pacientes.⁴

Se realizó una búsqueda bibliográfica para conocer el comportamiento de la temática a nivel mundial, y si existían estudios cubanos que se refirieran a la epidemiología del problema. No se halló ninguna referencia en el material revisado en relación a estudios nacionales. Por tal motivo se realizaron estudios epidemiológicos específicos que permitieran conocer aspectos de incontinencia urinaria en Cuba, y si fuera necesario, el diseño de una estrategia de tratamiento para resolver este en nuestro país. Se hizo un estudio epidemiológico preliminar,⁵ donde se demostró que 53 % de los pacientes encuestados respondieron afirmativamente al menos a una pregunta del cuestionario relacionado con la incontinencia urinaria.

Otro estudio nacional, referido a la epidemiología de la disfunción del suelo pélvico en secretarías, concluye que esta disfunción es frecuente en la población. Está relacionada con un conjunto de factores de riesgo que pueden ser modificables y que permitirán mejorar la calidad de vida de quienes la padecen. Demostraron que existen un grupo de factores de riesgo que este grupo poblacional presentaba: sexo femenino, a partir de 30 años, antecedentes obstétricos, el estar sentadas durante muchas horas por su trabajo específico. De las encuestadas, 50 % tuvo al menos una respuesta positiva al cuestionario sobre incontinencia.⁶ En un estudio realizado en el año 2008 en un consultorio del médico de familia del Policlínico Docente "Mario Escalona Reguera", en Habana del Este-constituyó la tesis final de residencia del doctor *Pavel Mili Alfonso*- se evidenció que 28,25 % de las mujeres encuestadas padecían incontinencia urinaria, lo que corresponde al 14,92 % de la población en estudio. El 4,02 % de los hombres encuestados evidenciaron el problema y 16,82 % de la población encuestada padecía de incontinencia urinaria.⁷

En otro estudio cubano, en el 2009⁸ se evaluaron en consulta un total de 94 pacientes, 81 femeninos y 13 masculinos, con una edad promedio de 51,8 años, portadores de incontinencia urinaria, incontinencia fecal, dolor pélvico crónico solo o asociado a otras patologías del suelo pélvico, de ellos 27 están curados (28,7 %), 34 presentaban mejoría notable (36,1 %), 15 se encontraban en tratamiento en ese momento (15,9 %) y 18 lo abandonaron (19,1 %). En tal sentido 64,8 % tuvo mejoría de su problema de salud. De ellos 52 (55,3 %) portaban incontinencia urinaria sola o asociada a otra patología del suelo pélvico, lo que coincide con los estudios puntuales cubanos y lo reportado en la literatura internacional^{5,6} sobre el mayor número de pacientes portadores de incontinencia urinaria y su asociación al sexo femenino (47 pacientes). A estos pacientes se les aplicó un cuestionario de calidad de vida que permitió conocer cómo se modifica la percepción de su bienestar físico y psíquico a través de la valoración de las dimensiones físicas, familiar, psicológica y social.⁸

Datos epidemiológicos internacionales muestran que existen múltiples investigaciones que reconocen las disfunciones del suelo pélvico como un problema de salud que afecta a la mujer en mayor medida, fundamentalmente en edad mediana. Un ejemplo de ello es el reporte donde se afirma que la incontinencia urinaria afecta a 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.⁹

Alrededor de 18 % de las mujeres jóvenes (19 a 44 años de edad) y del 28 % de las mujeres mayores de 65 años de edad experimentan incontinencia urinaria diariamente, mientras que 30 % de las mujeres mayores de 65 años y 27 % de las mujeres de mediana edad reportan incontinencia urinaria severa. La severidad de la incontinencia influye en la calidad de vida y en las decisiones de tratamiento.⁹ Los resultados de la 4ª Consulta Internacional Sobre Incontinencia, celebrada en julio de 2008 en Europa, indica que la incontinencia urinaria, o aparición de pérdidas de orina al menos una vez

en los últimos 12 meses previos a la evaluación médica, afecta entre 5 % y 69 % de las mujeres, y entre 1 % y 39 % de los varones. En general, la frecuencia de la IU en las mujeres duplica la de los varones.¹⁰

En la literatura se hace referencia a un grupo de factores de riesgo que comparten los pacientes portadores de disfunciones de suelo pélvico que pueden desenadenar-mantener la disfunción, y que son comunes a otras enfermedades crónicas no transmisibles. Los más frecuentes, conocidos y estudiados son: edad, antecedentes de embarazos y partos, algunos medicamentos, hábitos y estilos de vida (alcoholismo, tos crónica, hábito de fumar, obesidad, ingesta de líquidos, hábitos intestinales, actividad física, postura, entre otras).

La investigación se realizó con el objetivo de identificar si los factores de riesgo descritos en la literatura para incontinencia urinaria se evidencian en las pacientes evaluadas.

MÉTODOS

Se realizó un estudio: observacional, descriptivo y transversal, dirigido a la población femenina mayor de 15 años, que asiste a consulta de Urología y Ginecología del Policlínico "G y 19"; en el período agosto-diciembre de 2013. El universo del estudio estuvo conformado por todas aquellas pacientes femeninas mayores de 15 años, 164 en total, que acudieron esta consultas perteneciente al municipio Plaza de la Revolución.

La muestra se conformó con las pacientes femeninas que cumplieron con los criterios de inclusión:

- Pacientes que acudieron a Consulta Externa de Urología y Ginecología del Policlínico de G y 19
- Voluntariedad de los pacientes para responder la encuesta anónima.
- Personas mayores de 15 años de edad.
- Personas con funcionamiento mental que garantizara la veracidad de las respuestas y validez de la información recopilada.

Criterios de exclusión: Las que no cumplen los criterios anteriores.

En la investigación no se realizó examen físico, solo se aplicó un cuestionario anónimo referido a: edad, hábitos y costumbres, antecedentes de interés que incluyen enfermedades crónicas, intervenciones quirúrgicas abdominales o en zona pélvica, uso habitual de medicamentos, historia obstétrica postura que se adopta mientras se realiza la labor ocupacional, si es de pie o sentado, durante un tiempo prolongado, y otros. Este cuestionario fue elaborado después de la revisión bibliográfica actualizada sobre el tema, en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas. El autor del trabajo fue quien le aplicó el cuestionario a cada uno de las pacientes, que acudieron a las consultas de Urología y Ginecología del "Policlínico G y 19".

Los resultados fueron introducidos en una tabla Excel, luego se procesaron a partir de una base de datos creada en SPSS versión 11.0. Se realizó el análisis automatizado de la información, que dio como resultado tablas de salida en cantidad y porcentajes con ambiente de Windows XP para mejor análisis y comprensión. Se utilizó el estadígrafo chi cuadrado y la probabilidad asociada.

RESULTADOS

En la **tabla 1** se muestra la distribución de las pacientes encuestadas según edad. Los grupos de edades de mayor frecuencia de pacientes involucrados fue el de 45 a 59 años (30,4 %), seguido por el grupo de entre 60 a 74 años (21,3 %). El promedio de edad de la muestra de pacientes en estudio fue de 45,9 años (DE 2,4). En cuanto a las ocupaciones (**tabla 2**) las que permanecen mucho tiempo sentadas prevalecieron (47,5 %), seguidas de las que permanecen de pie (31 %).

Tabla 1. Distribución de pacientes según edad

Grupos de edades (años)	No.	%
15 - 29	34	20,7
30 - 44	41	25
45 - 59	50	30,4
60 - 74	35	21,3
75 - 89	4	2,4
Total	164	100
Promedio \pm DE	45,9 \pm 2,4	

Tabla 2. Distribución según ocupación. Prevalencia de incontinencia urinaria como disfunción del suelo pélvico

Ocupación	No.	%
Permanece mucho tiempo de pie	51	31
Permanece mucho tiempo sentado	78	47,5
Otros	35	21,3
Total	164	100

En la **tabla 3** se muestran los hábitos y costumbres, prevalecieron las mujeres que están más de 3 horas sin orinar (70,3 %), seguidas de las tomaban café (42 %), después las que padecían estreñimiento (35,3 %) y las obesas (25,6 %). Comprobamos que estuvieron asociados significativamente ($p < 0,05$) el sexo y los hábitos y costumbres como variables pronósticos para la incontinencia urinaria por disfunción del suelo pélvico.

Tabla 3. Hábitos, costumbres, factores de riesgo relacionados con la prevalencia de incontinencia urinaria

Hábitos y costumbres	No.	%
Más de 3 horas sin orinar habitualmente	116	70,3
Uso de fajas o prendas ajustadas	38	23,1
Tos crónica	9	5,4
Estreñimiento	58	35,3
Obesidad	42	25,6
Fumar	39	23,7
Bebidas alcohólicas	23	14
Ingestión de café	69	42
Práctica de ejercicios		
Deportes	9	5,4
Saltos	11	6,7
Aeróbicos	7	4,2
Abdominales	9	5,4
Ingestión de abundante líquido durante el día	40	24,3

El uso habitual de algunos medicamentos que se asocian al mantenimiento-empeoramiento de la incontinencia urinaria (**tabla 4**). La mayor prevalencia se encontró en las que utilizan medicamentos antihipertensivos (23,7 %), seguidas de las que tomaban sedantes y antiinflamatorios (22,5 %).

Tabla 4. Uso habitual de medicamentos relacionado con la prevalencia de incontinencia urinaria

Uso habitual de medicamentos	No.	%
Sedantes	37	22,5
Antihipertensivos	39	23,7
Diuréticos	35	21,3
Antiinflamatorios	37	22,5
Vasos dilatadores	19	11,5
Relajantes musculares	20	12,1

La distribución de las pacientes según historia ginecoobstétrica se expresa en la **tabla 5**. De las 164 mujeres en estudio, 148 (90,2 %) tenían antecedentes de embarazos, con un promedio de 2,3 embarazos por mujer. Solo 16 no tuvieron embarazos, 124 (83 %) realizaron partos vaginales, a 37 se les practicó cesárea (25 %), 16 mujeres (10 %) necesitaron el uso de fórceps o ventosas, 25 (15,2 %) tuvo un parto demorado, y a 65 de ellas (43 %) se le realizó episiotomía. 18 mujeres (12 %) refirieron episodios transitorios de incontinencia urinaria durante los embarazos y partos. Sin embargo se encontró asociación significativa ($p > 0,05$) entre la historia obstétrica y la edad en las mujeres involucradas.

DISCUSIÓN

El actual trabajo coincide con los autores que refieren que es el sexo femenino el que más posibilidades tiene de padecer incontinencia urinaria independientemente de la actividad laboral que desempeñen.^{11,12}

Nuestros resultados coincidieron con otras investigaciones como 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 La Lisa, donde 35,7 % padecía de estreñimiento, lo cual mostró una asociación estadísticamente significativa ($p 0,006$)¹³

La posible explicación para asociar estos factores de riesgo, según lo recogido en la literatura, es que se producen lesiones neurológicas del piso pélvico y del esfínter anal estriado con el pujo excesivo por el estreñimiento.¹⁴

La obesidad podría ser la causa de una presión intravesical elevada y de mayor movilidad uretral en la mujer.¹⁵ Un índice de masa corporal (IMC) alto se correlaciona con mayor prevalencia de incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) e incontinencia urinaria mixta (IUM), así como con la severidad de esta.^{15,16}

Otro factor reportado de importancia es la actividad deportiva desarrollada, la frecuencia con que se realiza y la intensidad de esta, ya que los deportes que en el curso de su realización provocan un aumento importante de la presión intrabdominal, suponen un factor de riesgo perineal, aún más el entrenamiento de alta competición.¹⁷ Se estima que al menos 50% de las mujeres que realizan con regularidad ejercicios físicos, presentan o presentarán algún grado de IUE.¹⁸ La práctica de ciertos deportes, como el atletismo, la halterofilia o el aeróbico, somete al suelo pélvico a fuerzas equivalentes a 3 o 4 veces el peso de la mujer. Este hecho con el tiempo puede debilitar los mecanismos de soporte y provocar síntomas de incontinencia y/o prolapso.¹⁹⁻²¹ En nuestro estudio correspondió al 21,7 % de las mujeres encuestadas.

Coincidimos con los resultados encontrados por *Mili* quien reporta en mujeres el uso de medicamentos antiinflamatorios y de sedantes.⁷

Minaire señaló en un estudio que 43 % de los pacientes remitidos afisioterapia para reeducación del periné tomaban uno o varios de los medicamentos citados anteriormente. Los antihipertensivos incluyen medicamentos con efecto diurético que empeora la incontinencia urinaria en pacientes con antecedentes de padecer esta enfermedad.²² Otros autores reconocen que la información actual no permite asociar la aparición de IU con el tratamiento con diuréticos.²³

Concordamos con lo reportado por *Martínez Torres*³ en la asociación entre los embarazos y partos vaginales como factores de riesgo de incontinencia urinaria posterior. En nuestra casuística fue mayor la cantidad de mujeres que no se embarazaron, las que se les practicó cesárea y fue menor la cantidad de uso de fórceps, los partos demorados y las episiotomías realizadas. Vale señalar la cantidad mayor de episodios transitorios de incontinencia durante el embarazo y parto.

Nuestros resultados coincidieron con los reportados por otros autores que refieren que el embarazo y el parto vaginal son factores de riesgo importantes. La incidencia anual de incontinencia urinaria en las mujeres oscila entre 2 % y 11 %. La incidencia máxima aparece durante el embarazo. Las tasas de remisión completa varían entre 0 % y 13 %, y la tasa más alta de remisión se produce tras el embarazo.¹⁰ La mayoría de los estudios epidemiológicos que analizan los factores de riesgo de la incontinencia urinaria y la incontinencia fecal 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 plantean que las hormonas secretadas durante el embarazo están ligadas a cambios en los tejidos conjuntivos, que disminuyen la fuerza tensora y favorecen la incontinencia. Hay suficiente evidencia de que el trauma obstétrico, durante el parto vaginal, puede producir incontinencia urinaria e incontinencia fecal.

Desde el punto de vista fisiopatológico, se considera que estas disfunciones son la consecuencia de tres hechos: a) un suelo pélvico excesivamente relajado, secundario a la distensión de músculos y fascias que se produce durante el parto vaginal; b) secundarios a las lesiones directas (desgarros, episiotomías) 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, y c) una lesión directa de los nervios por compresión o elongación excesiva y prolongada de estos, lo cual impediría que el músculo estriado (pubococcígeo y esfínteres) pueda contraerse de forma voluntaria o refleja.²⁴

Otro investigador afirma que el parto vaginal es probablemente el factor de riesgo más importante en la etiología de la disfunción del suelo pélvico. Probablemente como consecuencia del trauma de los músculos elevadores/puboviscerales, la fascia endopélvica y el nervio pudendo. Pero no hay evidencias de que el trauma obstétrico solo pueda causar el problema, y se afirma la existencia de otros factores de riesgo en la mujer que pueden condicionar esa disfunción. Dentro de ellos se afirma que la condición de presentar una incontinencia urinaria 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 pueden también constituir factores de riesgo para incontinencia urinaria al parto.²⁵

En una revisión de la literatura, se encontró 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 se ha demostrado. Estos hallazgos han estimulado el estudio del impacto de la rehabilitación

del piso pélvico con buenos resultados.²⁶ El factor protector de incontinencia urinaria que describe la literatura con la realización de cesárea está en estos momentos en discusión. Se plantea solo una protección parcial con una incidencia relativamente alta de incontinencia, incluyendo cesáreas electivas o por decisión durante el trabajo de parto.²⁷

Existen evidencias epidemiológicas recientes que afirman que debe considerarse la cesárea electiva en aquellas mujeres con riesgo alto de trabajo obstructivo, como por ejemplo mujeres de corta estatura con fetos grandes, con riesgo de partos instrumentados. Además, mujeres con incontinencia urinaria severa antes del primer embarazo, o las que tengan antecedentes de traumatismo del esfínter anal o incontinencia fecal. De todas maneras, mientras las evidencias no sean definitivamente establecidas, se recomienda el manejo individual de la paciente.²⁸

Las limitaciones de este estudio están dadas por su realización en una población específica, que no permite generalizar los resultados al resto del país.

CONCLUSIONES

Los aspectos epidemiológicos que constituyen riesgos de padecer incontinencia urinaria fueron la historia obstétrica, estar más de 3 horas sin orinar, ingestión de café, estreñimiento, obesidad, uso de medicamentos antihipertensivos, sedantes y antiinflamatorios.

RECOMENDACIÓN

Estudios similares deben realizarse en la población cubana general.

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses entre los autores responsables de este trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez Torres J, Rodríguez Adams E, García Delgado J. Tratamiento rehabilitador de las disfunciones del suelo pélvico. España: Editorial Académica Española; 2011. p. 2, 7.
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. Martínez Torres J. Caracterización de mujeres en edad mediana con incontinencia urinaria y respuesta al tratamiento rehabilitador *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2014;40(1).
4. V Reunión Nacional sobre patología del suelo pélvico. Valladolid, 2 y 3 de Octubre de 2008. [citado 8 de septiembre de 2010]. Disponible en: <http://www.gsuelopelvico.com/intro.aspx>.

5. Martínez Torres JC. Epidemiología de la disfunción del suelo pélvico. Estudio preliminar. UROD A. 2006;19(4):257-61.
6. Martínez Torres JC, García Delgado JA, Rodríguez Adams EM. Epidemiología de la disfunción del suelo pélvico. Estudio en secretarias. Investigaciones Médico Quirúrgicas. 2007(I)9:58.
7. Mili Alfonso P. Aspectos epidemiológicos de la disfunción del suelo pélvico en un consultorio del médico de la familia. Rev Investigaciones Médico Quirúrgicas. 2008(I)10:37-8.
8. 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. Rev haban cienc méd [Internet]. 2009 sep [citado 19 de dic 2016];8(3): Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000300013&lng=es
9. Salinas J. Epidemiología de la incontinencia de orina en la menopausia. Revista Colombiana de Menopausia. 2014;5(3). Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/menopausia/vol-5399/meno5399revison-incontinencia/>
10. Schroder A, Abrams P, Andersons K, Artibani W, Chapple CR, Drake MJ, et al. Guía clínica sobre la incontinencia urinaria A. European Association of Urology 2010.
11. MJ. Guijarro Cano, C. Calvo Bóveda, R. Frutos de Frutos, E. Valverde Guijarro, V. Pajero Otero. Fisioterapia en la incontinencia urinaria tras prostatectomía: revisión bibliográfica fisio Glía 2014;1(1):5-16.
12. Arrue Gabilondo M. Evaluación de la incontinencia urinaria de esfuerzo en primigrávidas a término Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco Euskal Herriko Unibertsitateko Argitalpen Zerbitzua 2011. ISBN: 978-84-9860-622-5
13. Murillo Morales M. Incontinencia urinaria femenina. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. 2012 69(602):225-30.
14. 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]. Ciudad Habana; 2011.
15. Palma P, Drambos M, Kobelinsky M. Incontinencia Urinaria femenina. Epidemiología en Suramérica. Caracas: Uro Ginecología; 2006. p. 13-9.
16. Rebassa M. Incontinencia urinaria en mujeres de Mallorca: prevalencia y calidad de vida. Actas Urol Esp. 2013;37(6):354-61.
17. Grosse D, Sengler J, Joly B. Les techniques de stimulation dans la reeducation vesico-sphincterienne. Journal de Urologie (Paris).1993;99(5):229-42.
18. Zerati M, Morais H, Homsí C, Ferreira J. Alterações do Estilo de Vida: O Primeiro Passo?: En Palma P. Urofisioterapia. Aplicações Clínicas das Técnicas Fisioterapêuticas nas Disfunções Miccionais e do Assolho Pélvico. cap. XVI. 1ª São Paulo, SP, Brazil, Edição. Campinas/SP; 2009. p. 175-86.

19. Sagué Larrea JL. Incontinencia de esfuerzo en la mujer. En: Urología. Cap 14. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012.
20. Knorst MR, Resende TL, Goldim JR. Clinical profile, quality of life and depressive symptoms of women with urinary incontinence attending a university hospital. Rev Bras Fisioter. 2011; 15(2): 109-16.
21. MladenovićSegedi L, Segedi D, ParezanovićIlić K. Quality of life in women with urinary incontinence. Med Glas LjekKomoreZenicko-DobojKantona. 2011; 8(2): 237-42.
22. Rodríguez Esquivel: Incontinencia Urinaria en la mujer. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. 2010; LXVI I(592): 151-7.
23. Minaire P, Lyonnet A, Sabot E. Rééducation périneale et stati-que lombo-pelvienne Ann Kinesither. 1988; 15(2): 391-4.
24. Tsakiris P, Oelke M, Michel M. Incontinencia Urinaria Asociada con el Uso de Fármacos. Drugs&Aging. 2008; 25(7): 541-9.
25. 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 Jun; 117(3): 239-42.
26. Freeman R. Can we prevent childbirth-related pelvic floor dysfunction? An International Journal of Obstetrics & Gynaecology (BJOG). 2013; 120(2): 137-40.
27. Pérez-Martínez C, Vargas-Díaz IB. Utilidad de la perineometría para evaluar la incontinencia urinaria de esfuerzo RevMexUrol. 2010; 70(1): 2-5.
28. MacArthur C, Glazener C, Lancashire R, Herbison P. ProLong study group. Exclusive caesarean section delivery and subsequent urinarand fecal incontinence: a 12-year longitudinal study. An International Journal of Obstetrics & Gynaecology (BJOG). 2011 Jul; 118(8): 1001-7.
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. An International Journal of Obstetrics & Gynaecology BJOG: 2013; 120(2): 144-60.

Recibido: 26 de febrero de 2016.

Aprobado: 31 de marzo de 2016.

Indira Castañeda Biart. Policlínico "G y 19". La Habana, Cuba.

Correo electrónico: jacquemar@infomed.sld