

ARTÍCULO ORIGINAL

***Factores de riesgo obstétricos y quirúrgicos de disfunciones del suelo
pélvico en mujeres de edad mediana***
***Obstetric and surgical risk factors for pelvic floor dysfunction in middle-
aged women***

Bárbara Yumila Noa Pelier^I, José Manuel Vila Gracia^{II}.

I Especialista de I Grado de Medicina Física y Rehabilitación. Centro Internacional de Restauración Neurológica. La Habana, Cuba.

II Licenciado en Imagenología. Profesor Asistente. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción. Las disfunciones del suelo pélvico (DSP) 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, limitando su libertad individual y disminuyendo su autoestima: de ahí que constituyó un propósito el determinar los factores de riesgo obstétricos y quirúrgicos de las disfunciones de suelo pélvico, en mujeres de edad mediana.

Métodos. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. Se incluyeron 300 pacientes divididas en dos grupos: pacientes y controles. Se evaluaron las variables: edad, tipo de disfunciones de suelo pélvico, antecedentes obstétricos, intervenciones quirúrgicas. Se utilizaron frecuencias absolutas y relativas y se realizó una regresión logística incluyendo las variables que se consideraron factores de riesgo. **Resultados.** La media de edad fue de 49.7 años. El 34.7 %, 20,7 % y el 18 % de las pacientes con disfunción del suelo pélvico tenía incontinencia urinaria, mixta y fecal respectivamente. Existieron diferencias estadísticas entre los grupos con cirugías de colon, recto y vejiga,

histerectomías, episiotomías, partos vaginales. **Conclusiones.** Las disfunciones del suelo pélvico en las pacientes estudiadas fueron: la incontinencia urinaria, mixta 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.

Palabras clave: disfunciones de suelo pélvico, factores de riesgo obstétricos, factores de riesgo quirúrgicos, edad mediana.

ABSTRACT

Introduction. Pelvic floor dysfunctions (DSP) are frequent in women and constitute an important health, social and economic problem that affects the daily lives of people suffering from it, limiting their individual freedom and diminishing their self-esteem. This led us to determine the obstetric and surgical risk factors for pelvic floor dysfunction in middle-aged women. **Methods.** A cross-sectional descriptive study was performed. We included 300 patients divided into two groups: patients and controls. The following variables were evaluated: age, type of pelvic floor dysfunction, obstetric history, surgical interventions. Absolute and relative frequencies were used and a logistic regression was performed including the variables considered as risk factors. **Results.** The mean age was 49.7 years. 34.7 %, 20.7 % and 18 % of patients with pelvic floor dysfunction had urinary, mixed and fecal incontinence, respectively. There were statistical differences between the groups with colon, rectal and bladder surgeries, hysterectomies, episiotomies, and vaginal deliveries. **Conclusions.** The pelvic floor dysfunctions found in the studied patients were: urinary, mixed and fecal incontinence. The presence of these conditions was associated with risk factors such as: pelvic organ surgery, episiotomy, and vaginal deliveries.

Key words: pelvic floor dysfunctions, obstetric risk factors, surgical risk factors, middle age.

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 fundamentalmente 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 suelo pélvico predispone especialmente a la mujer por sus características anatómicas a presentar afecciones a ese nivel que provocan una sintomatología en ocasiones múltiple por combinarse diferentes problemas como: incontinencias urinaria y fecal, prolapso genitales, dolor pélvico crónico y disfunción sexual⁽²⁾.

Es importante destacar el desconocimiento que tiene la población en general de los tratamientos preventivos, conservadores y rehabilitadores que existen para estas patologías.

Si bien estas disfunciones no conllevan a un daño orgánico grave, sí provocan una disminución de la calidad de vida de estos pacientes por los daños físicos, psicológicos y sociales que provocan. Entre los factores de riesgo recogidos en la literatura que predisponen a la disfunción de suelo pélvico se encuentran: la edad, el embarazo y parto y las cirugías pelvi-perineales⁽³⁾.

Con el aumento de la expectativa de vida y la calidad de vida de las personas, estas patologías pasan a ocupar un espacio dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles, con repercusión en la vida personal, familiar, social y laboral de quienes las padecen⁽³⁾.

Es un problema sanitario de gran magnitud en la población femenina con una importante repercusión en la calidad de vida, a pesar de lo cual las pacientes no buscan ayuda médica⁽⁴⁾.

La OMS estima que para el año 2030, 1.2 billones de mujeres en el mundo tendrán más de 50 años⁽⁵⁾. Formando parte del grupo de la población femenina en edad mediana.

Se considera mujer 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, actualmente las mujeres con edades comprendidas entre los 40 y los 59 años representan alrededor del 12.2 % de la población general, y el 24.4 % de la población femenina, con tendencia a que esta cohorte de mujeres continúe en aumento, dada la transición demográfica actual⁽⁶⁾.

Desde hace más de cuarenta años, las políticas gubernamentales han estado dirigidas a prestar una 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 -considerada entre los 40 y los 59 años- con características biológicas y sociales particulares que pueden repercutir en una nueva morbilidad poblacional ha quedado, en alguna medida, invisibilizada en los programas de salud⁽⁶⁾.

Fue *Arnold Kegel*, en 1948, el primero que evidenció la importancia y la implicación de la musculatura del suelo pélvico en las distintas disfunciones (incontinencias y prolapsos), y de ahí que actualmente se conozcan los ejercicios para fortalecer los músculos del suelo pélvico como ejercicios de *Kegel*⁽⁷⁾.

La rehabilitación perineal resulta especialmente compleja, ya que, a diferencia de cualquier otro músculo del cuerpo, la contracción del músculo de la zona perineal no es apreciable por la vista al ser un conjunto de músculos internos, por lo cual el seguimiento y la detección precoz son más complicados de lo normal⁽⁸⁾. La fisioterapia tiene el objetivo de restaurar el reflejo perineal al esfuerzo, promover la concienciación de la contracción muscular del suelo pélvico y reprogramar el sistema nervioso a través de técnicas que pueden utilizarse de forma aislada o combinadas⁽⁹⁾.

La magnitud del problema es desconocida en nuestro país pues se han realizado pocos estudios epidemiológicos que permitan evaluar su prevalencia e incidencia además de las repercusiones psíquicas y sociales de esta afección. Nuestro trabajo tiene como propósito considerar los factores de riesgo que pueden influir o desencadenar las disfunciones del suelo pélvico en mujeres climatéricas.

MÉTODOS

Tipo de estudio: se realizó un estudio observacional, analítico, de casos y controles con el objetivo de identificar los factores de riesgo obstétricos y quirúrgicos, que facilitan la aparición de las disfunciones de suelo pélvico, en dos grupos de pacientes, en el período comprendido entre enero de 2013 y julio de 2014.

Universo: mujeres en edades comprendidas entre 40 y 59 años atendidas en consulta especializada de Rehabilitación de Suelo pélvico del Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas (Cimeq) y mujeres del mismo grupo etario atendidas en la consulta de ginecología, desde enero 2013 a julio 2014.

Muestra: quedó conformada por 150 mujeres, en edades comprendidas entre 40 y 59 años (considerada como edad mediana), que acudieron a la consulta especializada de Rehabilitación de Suelo pélvico del Cimeq con el diagnóstico de disfunción de suelo pélvico y 150 mujeres de edad mediana (grupo control) que acudieron a consulta de ginecología sin disfunciones de suelo pélvico, en el período comprendido entre enero de 2013 y julio de 2014 y que cumplieron con los siguientes criterios.

Criterios de Inclusión:

- Pacientes del sexo femenino en edades comprendidas entre los 40 y 59 años, con diagnóstico de disfunción de suelo pélvico, evaluadas y diagnosticadas en la consulta de Suelo pélvico.
- Pacientes que acudieron a consulta de ginecología por otras afecciones pero sin diagnóstico de disfunción de suelo pélvico.
- 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.

Para el cumplimiento de los objetivos trazados se seleccionó un control por cada caso (n = 150) en mujeres que acudieron al servicio de ginecología del centro, en edades comprendidas en el mismo grupo etario y período de estudio que dieran su consentimiento a participar en el estudio.

Criterios de salida: abandono del estudio.

A toda paciente femenina en edad mediana, que acudiera a consulta especializada de Suelo pélvico, en el período de estudio antes mencionado, y que cumpliera con los criterios de inclusión y exclusión, se le realizaba la historia

clínica que recogía los aspectos clínicos, socioeconómicos y demográficos, examen físico y exámenes complementarios, para establecer el diagnóstico de disfunción de suelo pélvico.

Análisis estadístico

Para el procesamiento de los datos se creó una base de datos en el paquete estadístico SPSS versión 13.0 para Windows en la cual se vació 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.

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

Se aplicó además 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 χ^2 y se consideró que existía correlación significativa si el valor del coeficiente calculado fue superior a 0.05.

Todas las pruebas se realizaron al nivel de significación de 0.05.

RESULTADOS

Se incluyeron 150 pacientes en cada grupo, la media de edad de las pacientes incluidas en el estudio fue de 49.7 años, con una mediana de 50 y una desviación estándar de 5.6. Al comparar este parámetro por grupos encontramos que en el grupo de estudio la media de edad fue de 49.4 ± 5.275 años y en el grupo control fue de 50 ± 5.958 años, sin diferencias significativas entre ambos ($p = 0.140$).

En la tabla 1 se muestra la distribución de las pacientes con disfunción del suelo pélvico según el tipo de la disfunción. De las 150 pacientes con este diagnóstico

el 34.7 % tiene incontinencia urinaria, el segundo lugar en frecuencia le corresponde a la incontinencia mixta (20.7 %), es decir combina síntomas y signos de uno o más tipos de disfunciones puras y el tercer lugar de incidencia le corresponde a la incontinencia fecal para un 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.

Con respecto a las intervenciones quirúrgicas la episiotomía resultó el proceder quirúrgico más frecuente en ambos grupos, aunque resalta el mayor porcentaje en el grupo de pacientes (71.3 %) con respecto al grupo control (37.3 %) ($p = 0.001$). Igualmente las cirugías de colon, recto y vejiga entre los pacientes triplica en frecuencia a la del 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 2

Tabla 2. Distribución de pacientes según intervenciones quirúrgicas.

Intervenciones quirúrgicas	Paciente n=150		Control n=150		OR	IC 95%	Valor p
	#	%	#	%			
Si	39	26.0	10	6.7	3.78	1.69-8.68	0.001

Cirugías de colon, recto y/o vejiga	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			
Lipectomías	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.

Respecto al número de embarazos los grupos se comportaron muy similares predominando las pacientes con antecedentes de más de 2 gestaciones. Sin embargo el porcentaje de parto vaginal, resultó superior en el grupo de pacientes con respecto al grupo de control ($p = 0.001$). 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 incontinencia urinaria durante el embarazo ($p = 0.198$).

Tabla 3.

Tabla 3. Distribución de pacientes según antecedentes obstétricos.

Antecedentes obstétricos		Paciente		Control		OR	IC 95%	Valor p
		n=150		n=150				
		#	%	#	%			
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	0.001
	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 4 resume los resultados de la regresión logística en la cual se incluyeron las variables en las que se constató diferencias estadísticamente 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) respectivamente. Es de interés señalar que los partos vaginales estuvieron muy asociados a la episiotomía.

En esta tabla se expone que las pacientes que han sido incluidas en cirugías de colon, recto o vejiga en algún momento de su vida, presentan 4,490 veces más posibilidades de desarrollar alguna forma clínica de disfunción de suelo pélvico, que las pacientes que no recibieron este tipo de intervención quirúrgica. Las pacientes que se les practicó histerectomía (total o parcial), presentan 2,382 veces más posibilidades de desarrollar algún tipo de disfunción de suelo pélvico que las que han sido histerectomizadas. Así mismo, las pacientes que han tenido partos vaginales, presentan 2,217 veces más posibilidades de presentar en algún momento de su vida alguna de las formas clínicas de presentación de las disfunciones de suelo pélvico, en comparación con aquellas pacientes con cesárea.

Tabla 4. 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

Fuente: Encuesta e historia clínica.

DISCUSIÓN

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, embarazo, parto. 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 suelo pélvico⁽¹⁰⁾.

Durante la edad mediana, la mujer sufre cambios que se producen en tres aspectos diferentes e interrelacionados: en el terreno biológico, psicológico y social⁽⁵⁾.

El climaterio es el período que precede, acompaña y sigue a la retirada definitiva de la menstruación, evento que se conoce como menopausia. De lo anterior se desprende que éste se divide en dos etapas: la perimenopausia y la posmenopausia. La primera se extiende desde el inicio de los síntomas hasta la menopausia y tiene una duración promedio de uno a tres años, en tanto que la segunda se enmarca desde la menopausia hasta los 59 años, cuya duración aproximada es de 7 a 12 años⁽¹¹⁾.

Éste es un período normal o fisiológico, aunque a veces se expresa con rasgos clínicos tan acusados que constituye una verdadera enfermedad. De ahí que, para algunos autores, se considere como un proceso entre lo normal y lo patológico⁽¹¹⁾.

En esta investigación solo se incluyeron pacientes de edad media, alcanzándose un promedio de edad de 49.7 años. Otro estudio epidemiológico realizado en Venezuela comunicó una edad promedio en mujeres de $47,72 \pm 11,88$ años⁽¹⁾.

Por su parte Martínez JC, en un estudio realizado en La Habana, refiere que el promedio de edad fue ligeramente superior ($49,7 \pm 5,4$ años) y se distribuyeron por igual en 41-50 y 51-60 años⁽³⁾, tal y como sucedió en el presente estudio.

Castillo EA, plantea: "entre las consecuencias de las disfunciones del piso pélvico se destacan tres: incontinencia de orina, incontinencia fecal y prolapso genital. La asociación de dos de ellas se ve en una de cada cinco mujeres (22 %) y casi una de cada diez presenta asociadas las tres entidades (8,7 %). La mujer que presenta una disfunción del piso pélvico, sobre todo si se asocia a incontinencia urinaria o fecal, no sólo tendrá las manifestaciones físicas propias del trastorno, sino que también sufrirá repercusiones en su vida social, emocional, laboral o profesional. Los primeros aspectos resultan fáciles de comprender⁽¹²⁾.

En su estudio, *De Lancey*⁽¹³⁾ afirma que uno de cada diez mujeres tendrá una disfunción del suelo pélvico de tal importancia como para requerir cirugía correctora. Este autor, ante la magnitud del problema actual y futuro afirma que es un problema de salud pública de primer orden y califica a las disfunciones del suelo pélvico como "la epidemia oculta"⁽¹³⁾.

En la presente serie el tipo de disfunción más frecuente fue la incontinencia urinaria. Esta afección constituye un problema común. En los países occidentales, aproximadamente el 5 % de la población padecen incontinencia.¹⁴ Según *Rondini*, hasta el 18 % de mujeres menores de 29 años han presentado algún síntoma, el 37 % de mujeres de entre 35 y 54 años y el 39 % de las mayores de 55 años⁽¹⁵⁾.

El resultado en cuanto a la frecuencia del tipo de disfunción de suelo pélvico consultado, coincide con lo que plantean otros autores de la literatura revisada^(16,17), respecto a que en las consultas de rehabilitación genitourinaria los pacientes consultan fundamentalmente por incontinencia urinaria.

En Centroamérica su prevalencia es creciente del 20 % al 30 %, durante la primera etapa de la edad adulta, un pico amplio alrededor la edad media de la vida del 30% al 40 %, y luego un incremento continuo en las mujeres en edad avanzada del 30% al 50 %). La incontinencia durante el embarazo, se presenta entre el 31% al 60 % pero se resuelve en la mayoría de los casos⁽¹⁸⁾.

Martínez JC⁽³⁾, en su trabajo de tesis reporta que en la consulta de disfunciones del suelo pélvico del Cimeq es mayoritaria la demanda de atención por

incontinencia urinaria y en particular por mujeres de edad mediana siendo los antecedentes obstétricos fuertemente comunes en estas mujeres con incontinencia urinaria como, el embarazo, el parto y las episiotomías, con mayor incidencia en las pacientes tratadas y evaluadas. Estos resultados coinciden con los de este estudio.

En relación a la Incontinencia fecal (IF), todas las intervenciones quirúrgicas en región perineal aumentan el riesgo de las DSP, por ello estudios realizados demuestran que la episiotomía, la cirugía anorrectal para tratar hemorroides, fístulas y fisuras constiuyen un factor de riesgo para la IF. La dilatación anal o la esfinterotomía lateral interna pueden causar IF debido a la lesión en varios segmentos del mecanismo del esfínter anal⁽¹⁹⁾.

La verdadera incidencia de la incontinencia anal sólo 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⁾.

En el estudio realizado por *Dietz y Schierlitz*⁽²¹⁾, encuentran diferencias morfológicas entre nulíparas y múltiparas. Según ellos, estas diferencias serían debidas a que los partos provocan a menudo lesiones del nervio pudendo. Esta lesión nerviosa acaba la mayoría de las veces en daños, tanto a nivel del propio músculo elevador del ano como a nivel de las aponeurosis pelvianas y de los esfínteres externos e internos del ano. Según ellos, los principales factores de riesgo serían las extracciones instrumentales, un aumento de la duración de la fase de trabajo durante el parto y una macrosomía.

En el estudio realizado en un consultorio del médico de familia del policlínico docente "Mario Escalona Reguera", en el municipio Habana del Este, se evidenció, que el 28,25 % de las mujeres encuestadas padecen incontinencia urinaria, lo que representa más de la cuarta parte de las mujeres encuestadas, correspondiendo al 14,92 % de la población total en estudio. En cuanto a la relación entre el número de partos y la incontinencia urinaria González EG, refiere en su estudio que el 100 % fueron parturientas, el 36.7 % tuvo cuatro partos, el 22.5 % tres y dos el 20.5 %. Fue menos frecuente la enfermedad en mujeres que tuvieron un solo parto (1.4 %)^(22,23). En este estudio se encontró un comportamiento muy similar entre los grupos, predominando en ambos las pacientes con dos o más partos.

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 demostrado por completo. Estos hallazgos han estimulado el estudio del impacto de la rehabilitación del piso pélvico con buenos resultados⁽²⁴⁾.

La histerectomía se considera también un factor de riesgo, sobre todo, si se asocia con ooforectomía bilateral. El mecanismo es desconocido, no parece debido a la pérdida de estrógenos, ya que no se han encontrado diferencias entre grupos con ooforectomía asociada y otros no. También cirugías de colon, recto y vejiga se asocia con 25% de mujeres con incontinencia postoperatoria⁽²⁵⁾. Nuestros 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 disfunción del suelo pélvico y diferencias estadísticamente significativas respecto al grupo control.

CONCLUSIONES

Las formas clínicas de presentación de las disfunciones del suelo pélvico que predominaron en las mujeres de edad mediana, fueron: la incontinencia urinaria y la incontinencia mixta, seguida por la incontinencia fecal.

Los partos vaginales con episiotomía y las cirugías previas sobre los órganos de la pelvis constituyeron los factores de riesgo más relacionados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Obregón Y, Luisa E, Saunero O, Arturo F. Disfunción del piso pélvico: epidemiología. Rev Obstet Ginecol Venez. 2009 Sep;69(3):172-8.
2. Morrill M, Lukacz ES, Lawrence JM, Nager CW, Contreras R, Lubner KM. Seeking healthcare for pelvic floor disorders: a population-based study. Am J Obstet Gynecol. 2007 Jul;197(1):86.e1-6.
3. Martínez JC. Caracterización de mujeres en edad mediana con incontinencia urinaria y respuesta al tratamiento rehabilitador. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2015 Mar 20;40(1):102-118.

4. Casal MC; Martínez JC. Manifestaciones psicológicas del sujeto portador de disfunción de suelo pélvico. Propuesta de intervención. Rev. Investigaciones Médico Quirúrgicas 2010;2(2):30-3.
5. Sarduy M, Lugones M. II Consenso cubano sobre climaterio y menopausia.: Editorial CIMEQ (La Habana).2007.
6. Capote MI, Segredo AM, Gómez O. Climaterio y menopausia. Rev Cubana Med Gen Integr. 2011;27(4):543-57.
7. Kegel AH. Progressive resistance exercise in the functional restoration of perinealmuscle.Am J Obstet Gynecol. 1948;56(2):238-48.
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(4): 387-92.Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/V10n4/04.pdf>
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(6):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.Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S0210-48062010000400003&lng=es
11. Rodríguez EM, Calidad de vida y percepción de salud en mujeres de mediana edad. Rev.Invest.Medicoquir. 2012;20;4(1):107-21.
12. Castillo EA, Malfatto G L, 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;199(5):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 multicenterrandomizedclinical trial. BMC Geriatrics 2012, Sep;6;12:51

15. Rondini C, Troncoso F, Moran Boris, 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. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262004000600002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262004000600002>
16. Sagué JL. Incontinencia de esfuerzo en la mujer en Urología. La Habana: ECIMED; 2012.
17. Rodríguez 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: FCM Comandante Manuel Fajardo, 2013.
18. Murillo M. Incontinencia Urinaria Femenina. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica.* 2012; LXIX (602): 225-230.
19. Romero M, Jiménez B. Actuación del fisioterapeuta durante la gestación, parto y posparto. *Rev Fisioterapia.* [Internet]. 2010 [citado 2015 Mar 20]; 32(03):123-30. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-Revista-Fisioterapia-146-artículo-actuación-del-fisioterapeuta-durante-gestacion-S0211563809001989#elsevierItemsResumenes>
20. Wainstein G C, Quera P R, Quijada M I. Incontinencia Fecal en el adulto: Un desafío permanente. *Rev. Med. Clin. CONDES* [revista en la Internet]. 2013 [citado 2015 Mar 20]; 24(2):249-61.
21. Dietz H.P, Schierlitz L. Pelvic floor trauma in childbirth-myth or reality? *Aust. NZJ. Obstet. Gynaecol.* [revista en la Internet]. 2005; 45(1):3-11.
22. Alfonso M. Aspectos epidemiológicos de la disfunción de suelo pélvico en un consultorio del médico de la familia. *Rev. Investigaciones Médico Quirúrgicas.* 2008; 1(10):37-8.
23. González EG, Rodríguez R, Ávalos J, Fernández S, Bartumeu HI. Incontinencia urinaria, un problema económico/social. *Acta Medica del Centro.* 2013; 7(2):17-22.
24. 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

25. Berlezi M, Fiorin AM, Bilibio PVF, Kirchner RM, Oliveira KR. Estudo da incontinência urinária em mulheres climatéricas usuárias e não usuárias de medicação anti-hipertensiva. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.. 2011;14(3):415-423.

Recibido: 23 de abril de 2016

Aceptado: 2 de junio de 2016

Bárbara Yumila Noa Pelier. Centro Internacional de Restauración Neurológica.
La Habana, Cuba.

Correo electrónico: noapelier@infomed.sld.cu