

**ARTÍCULO ORIGINAL**

***Rehabilitación de las disfunciones del suelo pélvico: 10 años de experiencia***

***Rehabilitation of the pelvic floor dysfunction: 10 years' experience***

Jacqueline del Carmen Martínez Torres<sup>I</sup>, José Ángel García Delgado<sup>II</sup>, Elsa María Rodríguez Adams<sup>III</sup>.

I Especialista de II Grado en Medicina Física y Rehabilitación, Profesora Auxiliar. Investigadora Agregada MSc. Climaterio y Menopausia. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

II Especialista de II Grado en Medicina Física y Rehabilitación, Profesor Auxiliar MSc. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. Playa. La Habana, Cuba.

III Licenciada en Cultura Física y Terapéutica, Msc en Climaterio y Menopausia. Profesora Auxiliar. Investigadora Agregada. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

**RESUMEN.**

**Introducción.** Las disfunciones del suelo pélvico incluyen un grupo de alteraciones musculares que cierran el orificio inferior de la pelvis. Estos pacientes son tratados por un equipo multi e interdisciplinario de especialistas que realizan la evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de ellos. cuyo propósito fue mostrar la experiencia cubana en la rehabilitación de las disfunciones del suelo pélvico. **Métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo a partir de la información contenida en las historias clínicas de Suelo Pélvico, en el periodo enero 2007- diciembre 2016. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, disfunción del suelo pélvico, y evolución; analizándose los resultados por test estadísticos convencionales. La muestra quedó constituida por 756

pacientes, 590 (78 %) femeninos, con edad promedio 53 años y 166 masculinos y edad promedio de 45 años. **Resultados.** Predominaron los pacientes con disfunciones asociadas (29,7 %), incontinencia urinaria (18,6 %) y fecal (15,3 %), de los cuales el (60,4 %) 457 realizaron tratamiento de rehabilitación, el(85,4%) evolucionó satisfactoriamente, el (24,5 %) curado y el (60,8%) mostró mejoría. **Conclusiones.** Los pacientes tributarios de tratamiento rehabilitador curan o mejoran su disfunción de suelo pélvico y calidad de vida con las diferentes técnicas terapéuticas de la Medicina Física y Rehabilitación. **Palabras clave:** disfunción de suelo pélvico, rehabilitación, equipo multidisciplinario.

## **ABSTRACT**

**Introduction.** Pelvic floor dysfunction includes a group of muscular disturbances that close the inferior orifice of the pelvis. These patients are managed by a multi and inter-disciplinary group of specialists who do the evaluation, diagnosis, treatment and follow-up of them, with the aim of showing the Cuban experience in the rehabilitation of the pelvic floor dysfunction. **Methods.** Retrospective descriptive study started from the information contained in clinical histories of pelvic floor during the period from January 2007 - December 2016. The variables studied were: age, sex, dysfunction of the pelvic floor, and evolution; also analyzing the results from the conventional statistical tests. The sample was made up of 756 patients, 590 (78 %) female, with an average age of 53 years, and 166 male patients with an average age of 45 years. **Results:** Patients with associated dysfunctions (29,7 %), urinary incontinence (18,6 %), and fecal incontinence (15,3 %) predominated in the study, out of whom the 60,4 % (457) did rehabilitation treatment, the 85,4 % had a satisfactory evolution, the (24,5 %) were cured, and the (60,8%) showed an improvement. **Conclusions.** The tributary patients of receiving rehabilitation treatment resolve or get better their pelvic floor dysfunction and quality of life with the therapeutic techniques of Physical Medicine and Rehabilitation. **Key words:** pelvic floor dysfunction, rehabilitation, multi- and inter-disciplinary group.

## INTRODUCCIÓN.

Las disfunciones del suelo pélvico incluyen un grupo de alteraciones del funcionamiento de los grupos musculares que cierran el orificio inferior de la pelvis, y que pueden manifestarse clínicamente con incontinencia urinaria (IU), incontinencia fecal (IF), dolor pélvico crónico, prolapso de órganos pélvicos y disfunciones sexuales, entre otros<sup>(1)</sup>.

La disfunción más frecuente reportada es la incontinencia urinaria, presente en el 20-30% de la población, mayoritariamente femenina<sup>(2)</sup> y definida desde el 2002 por La Sociedad Internacional de Continencia (*International Continence Society*[ICS]) como la manifestación de cualquier escape involuntario de orina, recogiendo así la verdadera prevalencia de la enfermedad<sup>(3)</sup>, lo cual difiere de la definición anterior, que requería un escape demostrable y de magnitud con problemas higiénicos o sociales<sup>(4)</sup>.

La literatura muestra diferencias en las prevalencias de IU; entre la población de mujeres. En España varía del 15 al 50 % y en otras referencias, el intervalo es del 21 al 60 %.<sup>(5)</sup> En general, la IU es el doble de frecuente en las mujeres que en los varones<sup>(6-9)</sup>.

La incontinencia fecal se define como el escape involuntario recurrente de heces fecales en lugares y momentos inadecuados. Está basada en una interacción combinada de mecanismos sensoriales, motores y de las funciones del tracto intestinal inferior. Ocurre si uno o más de estos componentes fallan o los mecanismos compensatorios no funcionan<sup>(10,11)</sup>. Afecta del 5 % al 10 % de los adultos, con un 1 % a 2 % que manifiesta una repercusión significativa en las actividades diarias<sup>(12)</sup>.

El predominio de IF, en mujeres menores de 40 años es de 6 % y de 15 %, en las mujeres de más edad. Entre los hombres, la incontinencia fecal se presenta entre 6 % a 10 %. De los portadores de incontinencia fecal, 50 % tendrán también IU. La severidad de incontinencia fecal aumenta con la edad<sup>(13, 14)</sup>.

El dolor pélvico crónico es el dolor percibido en estructuras relacionadas con la pelvis, sin distinción de género, asociado a consecuencias negativas en el ámbito cognitivo, conductual, sexual y emocional. Anatómicamente producido en áreas entre el diafragma y las rodillas<sup>(15)</sup>.

Es más frecuente en el sexo femenino, La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reportado que es la indicación individual más habitual de remisión de mujeres a la atención secundaria<sup>(16)</sup>.

A pesar de que se hace mayor énfasis en el dolor pélvico crónico en las mujeres, los hombres también lo padecen<sup>(17,18)</sup>.

El prolapso vaginal es definido como el descenso parcial o total de todos o algunos de los órganos a través de la vagina o por debajo de ella: uretra, vejiga, útero y recto. Su frecuencia de aparición es variable, se estima que nueve de cada diez mujeres presentan algún grado de prolapso durante su vida<sup>(19, 20)</sup>.

La Declaración de la Asociación Mundial para la Salud Sexual, emitida en octubre de 2014 en Punta Cana, República Dominicana, expresa que la salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad<sup>(21)</sup>.

La frecuencia con la que aparecen los problemas sexuales justifica que la sexualidad siempre sea abordada en la práctica médica: los datos globales indican que de 9 a 29 % de los hombres y de 16 a 45 % de las mujeres tienen algún problema sexual que generan malestar<sup>(22)</sup>.

Si bien estas disfunciones no conllevan daño orgánico vital, sí provocan una disminución de la calidad de vida de estos pacientes por los daños físicos, psicológicos y sociales que provocan. La autoestima y la calidad de vida de la mujer que sufre de estas alteraciones disminuyen de una manera alarmante<sup>(23)</sup>.

Desde enero del 2007 existe en el CIMEQ una consulta especializada para la evaluación y tratamiento rehabilitador de las disfunciones del suelo pélvico, a donde acuden pacientes enviados por especialistas de Urología, Ginecología, Proctología, Neurofisiología, Imagenología, Neurología, Neurocirugía, Psicología, Siquiatría, Sexología, Medicina General Integral, entre otros, donde se les realiza una evaluación integral y se valora si son tributarios de rehabilitación o no. En caso de serlo, se indica y realiza tratamiento con agentes físicos y reeducación muscular con ejercicios específicos. El objetivo de este trabajo fue mostrar la experiencia en la rehabilitación de las disfunciones del suelo pélvico en el CIMEQ en 10 años de trabajo.

## **MÉTODOS**

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en el periodo enero2007-diciembre 2016, en 756 pacientes: 590 (78 %) femeninos, con edades promedio 53 años y 166 (22 %) masculinos con edad promedio de 45 años, edad.

A todos los pacientes que acudieron a consulta se les realizó una evaluación clínica que incluye interrogatorio y examen físico (específico de la región perineal y en dependencia de la disfunción), se revisaron los complementarios que fueron realizados por otras especialidades y se indicaron algunos cuando se requirieron para la evaluación del paciente, llegando a un diagnóstico clínico funcional que permitió conocer los pacientes que tenían criterios de rehabilitación de suelo pélvico.

### **Criterios de rehabilitación**

1. Paciente portador de una disfunción de suelo pélvico con lesión anatómico funcional demostrado en estudios específicos realizados en dependencia de la disfunción específica (Prueba Urodinámica, estudios imagenológicos de la región, estudios neofisiológicos, manometría anorrectal, rectoscopia, entre otros), que sean tributarias de tratamiento conservador rehabilitador único.
2. Necesidad de un fortalecimiento muscular como preparación del paciente para la cirugía.
3. Necesidad de un tratamiento rehabilitador post quirúrgico.
4. Realización de una combinación de tratamientos en el paciente en dependencia de la complejidad de la disfunción, la asociación de varias de ellas, el estado neuromuscular de la región, los antecedentes de factores de riesgos y enfermedades concomitantes, entre otras.

De manera general el tratamiento consistió en:

1. Cambios de estilos de vida, hábitos y costumbres.
2. Manejo rehabilitador con agentes físicos (magnetoterapia, electroterapia estimulativa y/o analgésica) y ejercicios reeducativos de la musculatura perineal y lumbopélvica.
3. Manejo psicológico del paciente y la familia.

#### 4. Psicoterapia sexual.

### **Criterios de evolución**

1. Curado: desaparición total de la sintomatología evidenciada por anamnesis, exploración física y pruebas funcionales realizadas en dependencia del tipo de disfunción.
2. Mejor: disminución de la sintomatología inicial evidenciada por anamnesis, exploración física y pruebas funcionales realizadas en dependencia del tipo de disfunción.
3. Igual: mantenimiento de la sintomatología sin modificaciones, luego de terminar el tratamiento de rehabilitación evidenciada por anamnesis, exploración física y pruebas funcionales realizadas en dependencia del tipo de disfunción.
4. Peor: empeoramiento de la sintomatología inicial luego de terminar tratamiento de rehabilitación evidenciada por anamnesis, exploración física y pruebas funcionales realizadas en dependencia del tipo de disfunción.
5. En tratamiento: pacientes que se encuentran realizando tratamiento de rehabilitación en el momento de realizar la investigación, que no tienen aun criterios de evaluación evolutiva.

### **Procesamiento de la información**

Recogida de información:

Para la realización de esta investigación se llenó una ficha de recogida de datos elaborada por los autores y aplicada a todos los pacientes que acudieron a consulta donde se recogió la información sobre: edad, sexo, tipo de disfunción y evolución.

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 los porcentajes para los datos cualitativos y medias y desviación estandar para los cuantitativos, expresados en tablas y gráficos de salida.

## RESULTADOS

**Tabla 1:** Distribución de los pacientes según edad y sexo.

<b>Grupo de edades</b>	<b>Femeninos</b>	<b>Masculinos</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
0-10	4	12	16	2,1
11-20	9	11	20	2,6
21-30	25	18	43	5,6
31-40	63	26	89	11,7
41-50	145	30	175	23,1
51-60	154	19	173	22,8
61-70	132	35	167	22
71-80	54	13	67	8,8
81-90	4	2	6	0,7
<b>Totales</b>	<b>590</b>	<b>166</b>	<b>756</b>	<b>100</b>

Fuente: Ficha de recogida de información.

En relación a la edad fueron evaluados pacientes, donde se incluyeron niños y adolescentes (4,7 % del total) hasta adultos mayores de 60 años (32,2 %). La mayor cantidad de ellos estuvieron entre 40 y 60 años (45,9 %), lo que fue una preocupación, de este equipo de trabajo, dado que estos pacientes se encuentran en edad de madurez biológica, psicológica y sociolaboral, limitados en el desempeño de sus funciones por la disfunción que portan<sup>(23)</sup>.

Fue importante tener en cuenta que en Cuba la edad de jubilación es 60 años para la mujer y 65 para los hombres, por lo que se deben tener en cuenta estos resultados para evaluar la posibilidad de trazar estrategias de salud para prevenir- mejorar este problema.

En cuanto al sexo predominaron las mujeres con un 78 % siendo los hombres una cantidad no despreciable de pacientes (22 %) ya que existen pocos estudios específicos relacionados con el sexo.

De las féminas, el 50 % se encuentra entre 40 y 59 años, etapa de la vida en que se transcurre por el climaterio, donde se producen un grupo de modificaciones en tres esferas: biológicas psicológicas y sociales. Añadir los roles específicos que desempeñan las mujeres de estas edades donde son madres, abuelas, cuidadoras de familiares, amas de casa, expertas por su madurez laboral en las actividades socio laborales que desempeñan<sup>(24)</sup>.

**Tabla 2.** Distribución de los pacientes evaluados en consulta según diagnóstico y sexo.

<b>Disfunción</b>	<b>Femeninos</b>	<b>Masculinos</b>	<b>Totales</b>	<b>%</b>
<b>Asociados</b>	210	15	225	29,7
<b>IU</b>	102	39	141	18,6
<b>IF</b>	96	20	116	15,3
<b>Prolapso</b>	91	5	96	12,6
<b>Dolor</b>	53	33	86	11,3
<b>Lesión medular</b>	21	28	49	6,4
<b>Colostomía</b>	4	8	12	1,5
<b>Disfunción sexual</b>	2	10	12	1,5
<b>Vejiga neuropática</b>	6	5	11	1,4
<b>Megacolon</b>	1	3	4	0,5
<b>Constipación</b>	4	0	4	0,5
<b>Totales</b>	590	166	756	100

Fuente: Ficha de recogida de información.

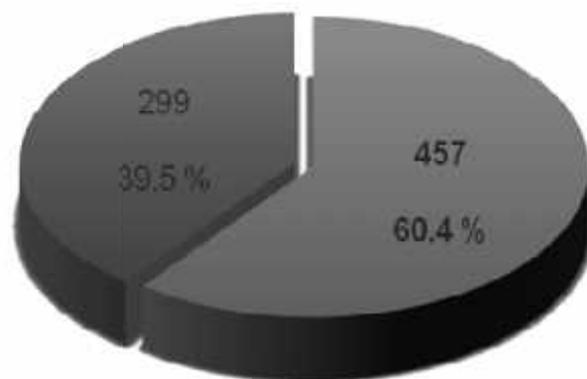
IU. Incontinencia urinaria. IF. Incontinencia fecal.

La tabla 2, muestra la distribución de los pacientes atendidos en consulta por disfunción y sexo. En relación a la disfunción predominaron las asociadas, con

el 29,7 %, seguidas por la incontinencia urinaria con el 18,6 %, la incontinencia fecal con un 15,3 %, el prolapso de órganos pélvicos en el 12,6 %. El dolor pélvico crónico se presentó en el 11,3 % de los pacientes evaluados. Otros diagnósticos se reportaron en un número mucho menor de pacientes.

Se consideró que este resultado fue posible debido al interrogatorio y examen físico minucioso hecho a cada paciente, donde fue posible evidenciar otras disfunciones de la que venían remitidos. Las condiciones de privacidad en que se realizó la consulta favoreció una adecuada comunicación médico paciente y la pericia de la experiencia que ya poseía el equipo de trabajo.

En relación al sexo predominó el sexo femenino en casi todas las disfunciones, excepto los lesionados medulares, los portadores de colostomías, las disfunciones sexuales y los portadores de megacolon agangliónico, donde el sexo masculino predominó.



**Gráfico 1.** Total de pacientes evaluados.

Fuente: Ficha de recogida de información.

El gráfico 1, muestra la cantidad de pacientes que realizaron tratamiento de rehabilitación del total de los evaluados. De 756 pacientes, 457 (60,4 %) realizaron tratamiento de rehabilitación, mientras 299 (39,5 %) no lo realizaron. Esto se debe a que no todos los pacientes evaluados en consulta son tributarios de tratamiento con nuestro arsenal terapéutico, por lo que son enviados a evaluar por otras especialidades que le permitirán solucionar su disfunción.

**Tabla 2: Evolución de los pacientes según diagnóstico.**

<b>Disfunción</b>	<b>Curado</b>	<b>Mejor</b>	<b>Igual</b>	<b>Peor</b>	<b>En tratamiento</b>
<b>Asociado</b>	37	80	8	0	8
<b>IU</b>	26	30	4	0	5
<b>IF</b>	26	48	2	0	10
<b>Dolor</b>	7	32	11	0	11
<b>Prolapso</b>	8	49	0	0	7
<b>Colostomía</b>	4	2	0	0	3
<b>Lesión medular</b>	0	25	2	0	2
<b>DS</b>	0	4	2	0	0
<b>Vejiga neuropática</b>	2	5	1	0	1
<b>megacolon</b>	1	2	0	0	0
<b>Constipación</b>	1	1	0	0	0
<b>Totales</b>	<b>112</b>	<b>278</b>	<b>30</b>	<b>0</b>	<b>37</b>
<b>%</b>	<b>24,5</b>	<b>60,8</b>	<b>6,5</b>	<b>0</b>	<b>8</b>

Fuente: Ficha de recogida de información.

La tabla 2, muestra la evolución de los pacientes tratados en el servicio de rehabilitación de suelo pélvico. El 24,5 % (112 pacientes) se curaron, el 60,8 % (278 pacientes) mejoró la disfunción, por lo que el 85,4 % de los pacientes se beneficiaron con la propuesta terapéutica de nuestro servicio. El 6,5 % (30 pacientes) permanecieron igual luego del tratamiento recibido. Importante resultado es conocer que ningún paciente empeoró y se encontraban en tratamiento no evaluables aun el 8 % (37 pacientes).

## **DISCUSIÓN**

En relación a la edad de aparición de las disfunciones del suelo pélvico, estos resultados demuestran la no coincidencia con las investigaciones revisadas donde se afirma que estas alteraciones se incrementan con el envejecimiento

siendo más frecuentes a partir de los 60 años, la edad promedio de los pacientes incluidos en el presente trabajo, fue de 53 años para las mujeres y de 45 para los hombres, con una edad media general de 51,3 años<sup>(12-14)</sup>.

En el presente estudio se debe tener en consideración que las variables edad, sexo y disfunciones, se corresponden en la mayoría de los reportes epidemiológicos internacionales<sup>(1, 3, 25, 26)</sup>.

La incontinencia fecal se reportó en el 15,3 % de los pacientes, cifra superior a lo reportado en otros estudios donde se refieren estimados entre el 2 y 7 % de la población general y hasta un 20 % en ancianos. Su incidencia se incrementa con la edad y asociada a otras afecciones del suelo pélvico<sup>(14)</sup>.

El prolapso de órganos pélvicos se presentó en el 12,6 % de los pacientes, ligeramente superior a la prevalencia poblacional reportada entre 5-10 %<sup>(27, 28)</sup>.

El dolor pélvico crónico representó el 11,3 % de los pacientes, similar a los resultados de estudios poblacionales, en EE.UU y Alemania donde la prevalencia es del 12-15 %, aunque no comparable con la presente casuística probablemente por tener pacientes con características diferentes<sup>(29-31)</sup>.

Esto aporta una actividad integral preventiva, educacional, de diagnóstico de disfunciones y de manejo integral multidisciplinario a los pacientes que redundan en una mejor solución del problema de salud, y de calidad de vida, disminución de los costos de atención médica.

En relación a la terapéutica a utilizar con estos pacientes, coincidimos con lo reportado por Ros Montenegro y col. En la revisión que realizó sobre el análisis de los recursos en la rehabilitación de la musculatura del suelo pélvico en mujeres con prolapso e incontinencia urinaria, donde mostró que el entrenamiento del suelo pélvico puede ser usado en el tratamiento de los prolapso. No obstante a ello, son necesarios más estudios randomizados para sustentar esta evidencia. En la incontinencia urinaria la rehabilitación del suelo pélvico es eficiente y debe ser el tratamiento de primera opción<sup>(32-35)</sup>.

En relación a los hombres la incontinencia urinaria es frecuente después de una prostatectomía radical y también puede ocurrir luego de una resección transuretral de próstata. El tratamiento conservador incluye el entrenamiento muscular del piso pélvico asociado o no al biofeedback, estimulación eléctrica,

magnetoterapia, dispositivo de compresión (clamps), cambios en el estilo de vida, o una combinación de métodos<sup>(34)</sup>.

La incontinencia fecal es una condición particularmente vergonzante y estresante con implicaciones médicas, sociales y económicas. Los ejercicios del esfínter anal (entrenamiento muscular del piso pélvico y la terapia con biofeedback es usada para tratar los síntomas de estos pacientes. Sin embargo, existen autores, que refieren que aun se carece de los protocolos de tratamiento estandarizados por lo que la magnitud de los beneficios aun no se han establecido<sup>(35-37)</sup>.

Coincidimos con los autores que afirman que la fisioterapia se considera el abordaje inicial y de preferencia en el tratamiento conservador de las disfunciones del suelo pélvico debido a su amplio campo de actuación, bajo riesgo de efectos secundarios, carácter no invasivo y variedad de recursos de los que dispone: diagnóstico de fisioterapia, educación y recomendaciones a los pacientes, masaje perineal, electroestimulación, *biofeedback*, entrenamiento con balón rectal, conos vaginales, ejercicios de fortalecimiento, entrenamiento de la vejiga, ejercicios hipopresivos, entre otros<sup>(28,38)</sup>.

Con estos resultados se pudo afirmar que la propuesta de rehabilitación de disfunciones del suelo pélvico beneficia a los pacientes tratados.

## **CONCLUSIONES**

Las disfunciones del suelo pélvico deben ser evaluadas por un equipo multidisciplinario de especialistas que permita lograr un diagnóstico integral, pronóstico, prescripción y manejo rehabilitador adecuado.

Los pacientes tributarios de tratamiento rehabilitador resuelven o mejoran su disfunción y calidad de vida con las técnicas terapéuticas de la Medicina Física y Rehabilitación.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.**

1. Martínez Torres J C, García Delgado J A, Rodríguez Adams E M. Incontinencia urinaria en pacientes atendidos en consulta de disfunciones del suelo pélvico. Prevalencia y factores de riesgo. Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación 2016; 8(Supl):1-12.

2. 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).
3. 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.
4. 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.
5. Martínez Torres J. Caracterización de mujeres en edad mediana con incontinencia urinaria y respuesta al tratamiento rehabilitador. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2014; 40(1).
6. Schröder A, Abrams P, Andersson K, Artibani W, Chapple C.R., Drake M.J, et al. Guía clínica sobre la incontinencia urinaria 2010:783.
7. Rodríguez Adams EM; Martínez Torres JC; García Delgado JA. Disfunción del suelo pélvico. Tratamiento de incontinentes urinarios. Sitio CIRULEC artículo interesante. Julio 2011–13.
8. Castañeda Biart I, Martínez Torres JC, García Delgado JA, Ruiz Valdés-Prado M. Aproximación al diagnóstico de incontinencia urinaria en las consultas de ginecología y urología. Policlínico G y 19. *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación* 2016; 8(Supl):63-75
9. Castañeda Biart I, Martínez Torres JC, García Delgado JA, Ruiz Valdés-Prado M. Aspectos epidemiológicos de la incontinencia urinaria en pacientes femeninas de urología y ginecología. *Revista Cubana de Urología.* 2016; 5(2).
10. Whitehead WE, Wald A, Diamant E, Enck E, Pemberton J, Rao S. Functional disorders of the anus and rectum. En: Drossman D, Corazziari E, Talley N, Thompson W, Whitehead W, eds. Roma II. The functional gastrointestinal disorders. McLean Degnon Associates. 2000; p. 483-532.
11. Díaz Acosta D, Rodríguez Adams EM, Martínez Torres JC, Alerm González A. Incontinencia fecal en mujeres de edad mediana. *Calidad*

- de vida y estilos de afrontamiento. *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación* 2016; 8(Supl):25-36
12. Hanna way CD, Hull TL. Fecal incontinence. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2008; 35(2):249-69.
  13. Ortiz H, Marzo J, Armendáric P. Landefeld MD; Barbara J. Bowers. Prevention of Faecal and Urinary Incontinence in Adults. *Annals.* Originally published on 2008.p.143-49.
  14. Díaz Acosta D, Rodríguez Adams EM, Martínez Torres JC, García Delgado JA, Abreu Pérez Y, Martínez Perea R. La incontinencia fecal no es una situación irremediable. *Invest Medicoquir* 2012 (julio - diciembre); 4(2):204-213.
  15. Ros Montenegro A, Martínez Torres JC, Rodríguez Adams EM, Alerm González A. Dolor pélvico crónico en mujeres de edad mediana. Afrontamiento y respuesta al tratamiento con agentes Físicos. *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación* 2016; 8(Supl):37-50.
  16. Latthe P, Latthe M, Say L, Gülmezoglu M, Khan KS. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: neglected reproductive health morbidity online. *JWHO.* 2006. DOI: 10, 1186/1471-2458-6-177.
  17. Marszalek M, Wehrberger C, Hochreiter W, Temml C, Madersbacher S.
  18. Symptoms suggestive of chronic pelvic pain syndrome in an urban population: prevalence and associations with lower urinary tract symptoms and erectile function. *J Urol.* 2007 May; 177(5):1815 -9.
  19. Martínez Perea R, Martínez Torres JC, Rodríguez Adams EM, García Delgado JA, Díaz Acosta D, Abreu Pérez Y. Fisioterapia en el dolor pélvico crónico. *Invest Medico quir* 2012 (enero-junio);4(1):20-30.
  20. Weber AM, Richter HE. Pelvic organ prolapsed. *Obstet Gynecol.* 2005; 106(3):615-34.
  21. Abreu Pérez Y, Martínez Torres JC, Rodríguez Adams EM, Alerm González A, García Delgado JA. Respuesta a la reeducación de los músculos pelvianos en pacientes con prolapso vaginal en edad climatérica *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación* 2016; 8(Supl):76-87
  22. Declaración de la WAS. Documento resumen. Congreso Latinoamericano de Sexología. Punta Cana, República Dominicana;

2014. Citado por Torres Rodríguez B, Alfonso Rodríguez AC, Gutiérrez CG, eds. Salud, malestares y problemas sexuales. Textos y contextos. I Consenso de Enfermedades Renales y Sexualidad. Vol. IV. Cuba: Editorial CENESX; 2015.
23. Robinson KM, Smith M. 10 surprising health benefits of health. Sex & Relationships. Web MD disponible en: <http://www.webmd.com/sex-relationships/guide/sex-and-health> [consult: 17dic 2015].
24. Casal Hechevarría MC, Martínez Torres JC. Manifestaciones psicológicas del sujeto portador de disfunción del suelo pélvico. Propuesta de intervención
25. Revista Investigaciones Médico Quirúrgicas, 2010; 2 (2):30-33.
26. 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.
27. 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).
28. HunskarS, BurgioK, DioknoAC. Epidemiology and natura lhistory of urinary incontinence. Incontinence II edition Health In: Abrams P, Cardoso L, Khoury S. eds. Publication LTD, 2002. Referencia bibliográfica citada por Hay-Smit EJC, Dumoulin C. Entrenamiento muscular del suelo pelviano 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.
29. Mancera A, Jiménez-Huerta J. Prolapso de órganos pélvicos. Rev. Hosp Jua Mex. 2013; 80(40):248-50.
30. Abreu Pérez Y, Martínez Torres JC, Rodríguez Adams EM, Alerm González A, García Delgado JA. Prolapso de órganos pélvicos en la mujer. Revisión bibliográfica. Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación 2016; 8(Supl):99-110.
31. Fall M, Baranowski AP, Elneil S, Engeler D, Hughes J, Messelink EJ. Dolor pélvico crónico. *EurUrol.* 2010Mar; 57(1):35-48.

32. Ros Montenegro A, Martínez Torres JC, Rodríguez Adams EM, Alern
33. González A, Martínez Perea R, Noa Noa M. Dolor pélvico crónico en mujeres de edad mediana. Revisión bibliográfica. Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación 2016;8(Supl):111-121.
34. Martínez- Sagarra Ocejia J My, Rodríguez-Toves LA. ¿Porqué una unidad del suelo pélvico? Arch. Esp. Urol. 2010(63):9 Madrid nov.
35. Lopes Silva Filho A, Rodrigues Maciela Fonseca AM, Spinassé Camillato E, Oliveira Cangussu R. Análisis de los recursos para rehabilitación de la musculatura del suelo pélvico en mujeres con prolapso e incontinencia urinaria. Fisioter. Pesqui. 2013(20):1 São Paulo Mar. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-29502013000100015>.
36. Lipp A, Shaw C, Glavind K. Mechanical devices for urinary incontinence in women. Cochrane Data base of Systematic Reviews 2014, Issue12. Art. No: CD001756.DOI:10.1002/14651858.CD001756.pub6.
37. Anderson C A, Omar MI, Campbell SE, Hunter KF, Cody JD, Glazener CMA. Conservative management for post prostatectomy urinary incontinence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue1. Art. No. CD001843.DOI:10.1002/14651858.CD001843.pub5.
38. Norton C, Cody JD. Biofeedback and/or sphincter exercises for the treatment off a fecal incontinence in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue7. Art.No:CD002111.DOI:10.1002/14651858.CD002111.pub3.

Recibido: 27 de abril de 2017 Aceptado:13 de septiembre de 2017

Dra. Jacqueline del Carmen Martínez Torres. Dirección: Calle 216 #11B07 e/ 11 y 13. Siboney. Playa. La Habana, Cuba.

Correo electrónico: [jacquemar@infomed.sld.cu](mailto:jacquemar@infomed.sld.cu)