

VNIVERSIDAD D SALAMANCA

**FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA**



TESIS DOCTORAL

**DISPARIDAD JURISPRUDENCIAL EN LAS
SENTENCIAS DE SUPPLICACIÓN DE LOS
TRIBUNALES SUPERIORES DE JUSTICIA DE LOS
AÑOS 2012 A 2014 EN LA CALIFICACIÓN
DEL GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL
PERMANENTE EN RELACIÓN A LA
INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO**

JAVIER DOMÍNGUEZ GARCÍA

Salamanca, 2016

PROF. Dr. D. FRANCISCO SANTIAGO LOZANO SÁNCHEZ, DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA, DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA.

CERTIFICA:

Que la presente Tesis Doctoral, titulada “Disparidad jurisprudencial en las sentencias de suplicación de los Tribunales Superiores de Justicia de los años 2012 a 2014 en la calificación del grado de incapacidad laboral permanente en relación a la incontinencia urinaria de esfuerzo”, realizada por D. Javier Domínguez García, para optar al Título de Doctor por la Universidad de Salamanca, reúne todas las condiciones necesarias para su presentación y defensa ante el Tribunal Calificador.

Para que conste y a petición del interesado, expido el presente certificado en Salamanca a 28 de julio de 2016.

Fdo. Prof. D. Francisco Santiago Lozano Sánchez.

DRA. DÑA. MARÍA FERNANDA LORENZO GÓMEZ, DOCTORA EN MEDICINA Y CIRUGÍA, ESPECIALISTA EN UROLOGÍA, PROFESORA ASOCIADA DE UROLOGÍA, ACREDITADA PROFESORA CONTRATADO DOCTOR, DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA.

CERTIFICA:

Que D. Javier Domínguez García ha realizado bajo su dirección el trabajo titulado “Disparidad jurisprudencial en las sentencias de suplicación de los Tribunales Superiores de Justicia de los años 2012 a 2014 en la calificación del grado de incapacidad laboral permanente en relación a la incontinencia urinaria de esfuerzo”, considerando que reúne las condiciones necesarias para ser presentado como Tesis Doctoral en la Universidad de Salamanca.

Para que así conste y obre a los efectos oportunos, se expide el presente certificado, en Salamanca a 28 de julio de 2016.

Fdo. Prof. Dra. Dña. María Fernanda Lorenzo Gómez.

A las Matriarcas de mi vida. A mi Príncipe risueño.

AGRADECIMIENTOS

Deseo dejar constancia de mi agradecimiento a todos los profesionales que han hecho posible este trabajo.

A mi Directora, Dra. Lorenzo Gómez por su dedicación y esfuerzo en mi aprendizaje, tanto profesional como personal.

A todo el Departamento de Cirugía, a su Director Prof. Dr. D. Francisco Santiago Lozano Sánchez, por permitirme desarrollar este trabajo, y en especial a la Dra. Lorenzo Gómez por inculcarme mi interés por la investigación y por su absoluta dedicación y consejo científico en la metodología de este estudio y por hacer realidad uno de mis mayores retos tanto a nivel profesional como personal.

A todos los colaboradores del Grupo de Investigación Multidisciplinar, por su ardua labor y rigor científico.

A mis compañeros del Curso de Doctorado del Departamento de Cirugía, que con su apoyo y colaboración han contribuido a que culmine este proyecto.

ÍNDICE

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	17
1.1. Acercamiento jurídico a la incapacidad permanente.....	19
1.1.1. Personalidad y capacidad jurídica.....	19
1.1.2. Breve reseña Constitucional.....	21
1.1.3. La incapacidad temporal en el TRLGSS 1994.....	23
1.1.4. La incapacidad permanente en el TRLGSS 1994.....	29
1.1.4.1. Beneficiarios de la incapacidad permanente contributiva en el TRLGSS 1994.....	31
1.1.4.2. Prestaciones de la incapacidad permanente contributiva en el TRLGSS 1994.....	32
1.1.4.3. Calificación y beneficiarios de la incapacidad permanente no contributiva en el TRLGSS 1994.....	33
1.1.4.4. Prestaciones en la incapacidad permanente no contributiva en el TRLGSS 1994.....	34
1.1.5. Procedimiento para la calificación de la incapacidad permanente y su revisión en el TRLGSS 1994 y su normativa de desarrollo.....	36
1.1.5.1. Funciones y competencias del Instituto Nacional de la Seguridad Social.....	37
1.1.5.2. Los Equipos de Valoración de Incapacidades (E.V.I.): Composición y funciones.....	38
1.1.5.3. Fases del procedimiento administrativo.....	39
1.1.6. La revisión por mejoría o agravamiento en el TRLGSS 1994: Especialidades.....	42
1.1.7. Esquema procesal en vía jurisdiccional.....	43
1.1.7.1. La reclamación previa.....	43
1.1.7.2. Generalidades del procedimiento jurisdiccional laboral; Competencia de los Juzgados de lo social.....	44
1.1.7.3. Las partes en el proceso laboral en materia de seguridad social prestacional: Capacidad, legitimación, personación y defensa-representación.....	47
1.1.7.4. Contenido de la demanda en los procesos de seguridad social prestacional.....	50
1.1.7.5. La remisión en sede jurisdiccional del expediente administrativo.....	52
1.1.7.6. Desarrollo procedimental. Especial mención a la probática pericial.....	53
1.1.7.7. La sentencia. El recurso de suplicación.....	54

1.1.8. Referencia al nuevo marco legislativo: TRLGSS 2015.....	56
1.2. Incontinencia urinaria	59
1.2.1. Incontinencia urinaria de esfuerzo femenina.....	59
1.2.1.1. Definición	59
1.2.1.2. Historia.....	60
1.2.1.3. Epidemiología.....	65
1.2.1.4. Repercusión de la IU	67
1.2.1.4.1. Repercusión en la calidad de vida	67
1.2.1.4.2. Morbilidad y mortalidad	67
1.2.1.4.3. Impacto económico	68
1.2.1.5. Anatomía de la continencia urinaria.....	68
1.2.1.5.1. Anatomía del tracto urinario inferior	68
1.2.1.5.1.1. Vejiga urinaria.....	68
1.2.1.5.1.2. Uretra.....	69
1.2.1.5.2. Anatomía del suelo pélvico	70
1.2.1.5.2.1. Huesos pélvicos.....	70
1.2.1.5.2.2. Fascias y ligamentos.....	71
1.2.1.5.2.3. Músculos.....	73
1.2.1.5.2.3.1. Diafragma pélvico.....	74
1.2.1.5.2.3.2. Periné	76
1.2.1.6. Fisiopatología de la continencia urinaria.....	76
1.2.1.6.1. Fisiología de la micción.....	76
1.2.1.6.2. Fisiología del cierre ureteral.....	77
1.2.1.6.2.1. Factores que intervienen en el	
cierre uretral	77
1.2.1.6.2.1.1. Vascularización mucosa y	
submucosa.....	77
1.2.1.6.2.1.2. Esfínter uretral	77
1.2.1.6.2.1.3. Sostén ureteral	78
1.2.1.6.2.2. Dinámica del cierre y apertura	
uretral.....	79
1.2.1.6.3. Mecanismos fisiopatológicos en la IUE	80
1.2.1.6.3.1. Alteración intrínseca de los	
componentes uretrales	80
1.2.1.6.3.2. Alteración de las estructuras de	
soporte de la uretra	81
1.2.1.7. Factores de riesgo de la IU en la mujer	81
1.2.1.7.1. Factores de riesgo potenciales.....	81
1.2.1.7.1.1. Edad.....	81
1.2.1.7.1.2. Gestación y parto	81
1.2.1.7.1.3. Obesidad.....	81
1.2.1.7.1.4. Hormonas	82

ÍNDICE

1.2.1.7.1.5. Diabetes	82
1.2.1.7.1.6. Iatrogenia pélvica	82
1.2.1.7.1.7. Infecciones del tracto urinario y síntomas del tracto urinario inferior.....	83
1.2.1.7.1.8. Déficit físico.....	83
1.2.1.7.1.9. Déficit cognitivo	83
1.2.1.7.1.10. Depresión.....	83
1.2.1.7.1.11. Menopausia	83
1.2.1.7.1.12. Actividad física.....	83
1.2.1.7.1.13. Trastornos respiratorios.....	84
1.2.1.7.1.14. Hábitos dietéticos	84
1.2.1.7.1.15. Historia familiar y genética.....	84
1.2.1.7.2. Agravantes	84
1.2.1.8. Diagnóstico y Evolución.....	85
1.2.1.8.1. Historia clínica.....	85
1.2.1.8.1.1. Datos identificativos de la paciente	85
1.2.1.8.1.2. Antecedentes personales.....	85
1.2.1.8.1.3. Antecedentes familiares	86
1.2.1.8.1.4. Antecedentes gineco-obtétricos.....	86
1.2.1.8.2. Cuestionarios	87
1.2.1.8.2.1. Características de los cuestionarios.....	87
1.2.1.8.2.2. Cuestionarios validados.....	88
1.2.1.8.2.2.1. Cuestionario modular ICIQ.....	88
1.2.1.8.2.2.2. Otros tests.....	92
1.2.1.8.3. Exploración física	92
1.2.1.8.3.1. General.....	92
1.2.1.8.3.2. Abdomen	93
1.2.1.8.3.3. Examen neurológico.....	93
1.2.1.8.3.4. Inspección del suelo pélvico.....	94
1.2.1.8.3.5. Contractilidad del suelo pélvico	94
1.2.1.8.3.6. Exploración de la uretra e incontinencia urinaria	95
1.2.1.8.4. Pruebas complementarias	96
1.2.1.8.4.1. Diario miccional	96
1.2.1.8.4.2. Test de la compresa	97
1.2.1.8.4.3. Test del colorante	97
1.2.1.8.4.4. Análisis de orina y urocultivo	97
1.2.1.8.4.5. Pruebas urodinámicas.....	97
1.2.1.8.4.5.1. Flujometría.....	98
1.2.1.8.4.5.2. Cistomanometría	99
1.2.1.8.4.5.3. Estudios de presión/flujo.....	100
1.2.1.8.4.5.4. Estudios videourodinámicos	101

1.2.1.8.4.5.5. Estudio ureteral.....	102
1.2.1.8.4.6. Técnicas de imagen.....	103
1.2.1.8.4.6.1. Tracto urinario superior.....	103
1.2.1.8.4.6.2. Tracto urinario inferior.....	104
1.2.1.9. Tratamiento.....	108
1.2.1.9.1. Tratamiento conservador.....	108
1.2.1.9.1.1. Intervenciones clínicas simples.....	108
1.2.1.9.1.2. Modificaciones del estilo de vida.....	110
1.2.1.9.1.3. Terapia conductual.....	111
1.2.1.9.1.4. Fisioterapia.....	111
1.2.1.9.1.5. Tratamiento médico.....	114
1.2.1.9.2. Tratamiento quirúrgico.....	114
1.2.1.9.2.1. Tratamiento quirúrgico de la iue no complicada.....	115
1.2.1.9.2.1.1. Colposuspensión abierta y laparoscópica.....	115
1.2.1.9.2.1.2. Colporrafia anterior.....	116
1.2.1.9.2.1.3. Sling suburetral.....	116
1.2.1.9.2.1.4. Inyección uretral de materiales de relleno.....	119
1.2.1.9.2.2. Tratamiento quirúrgico de la iue complicada.....	119
1.2.1.9.2.2.1. Colposuspensión o inserción de sling tras fracaso quirúrgico.....	119
1.2.1.9.2.2.2. Dispositivos de compresión externa para el déficit de esfínter uretral intrínseco.....	120
1.2.1.9.2.3. Tratamiento quirúrgico de la iue coexistente con el prolapso órganos.....	120
1.2.2. Incontinencia urinaria masculina.....	121
1.2.2.1. Introducción.....	121
1.2.2.2. Bases anatómicas.....	121
1.2.2.3. Bases nerufisiológicas.....	124
1.2.2.4. Incontinencia urinaria de esfuerzo masculina.....	124
1.2.2.4.1. Epidemiología.....	124
1.2.2.4.2. Clasificación y etiopatogenia.....	125
1.2.2.4.3. Diagnóstico.....	126
1.2.2.4.4. Tratamiento.....	129
1.2.2.5. Incontinencia urinaria de esfuerzo masculina tras prostatectomía radical.....	132

ÍNDICE

II. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO	135
III. MATERIAL Y MÉTODO	139
1. Generalidades	141
2. Instalaciones.....	141
3. Método	142
3.1. Selección muestral.....	142
3.2. Diseño del estudio	142
3.3. Grupos de estudio.....	142
3.4. Variables estudiadas.....	143
4. Análisis estadístico.....	154
5. Conflicto de intereses.....	154
IV. RESULTADOS.....	155
1. Edad	157
2. Sexo	160
3. Grado de incapacidad inicial tras la resolución del expediente administrativo	161
4. Origen extrajudicial del procedimiento	163
5. Tribunal Superior de Justicia.....	164
6. Recurrentes.....	165
7. Recurrido	167
8. Demandante.....	168
9. Demandado	168
10. Profesión habitual	170
11. Objeto del recurso de suplicación.....	173
12. Diagnósticos clínicos	180
V. DISCUSIÓN	197
1. Edad	200
2. Sexo	201
3. Incapacidad de partida.....	202
4. Origen extrajudicial del procedimiento	203
5. Tribunal Superior de Justicia.....	204
6. Recurrentes.....	204

7. Profesión habitual	208
8. Diagnósticos clínicos	210
VI. CONCLUSIONES.....	211
VII. ANEXOS	215
Anexo 1. Abreviaturas utilizadas en el texto.....	217
Anexo 2. Leyenda de figuras	219
Anexo 3. Leyenda de tablas.....	221
Anexo 4. Cuaderno de recogida de datos.....	223
Anexo 5. Sentencias analizadas	225
VIII. BIBLIOGRAFÍA	231

I. INTRODUCCIÓN

1.1. ACERCAMIENTO JURÍDICO A LA INCAPACIDAD PERMANENTE.

1.1.1. Personalidad y capacidad jurídica.

La persona, en palabras del ilustre jurista Gomá Salcedo es: *“la razón de ser del Derecho, pues el fin de éste es la realización de la justicia en la sociedad, y la sociedad se compone de personas”* [1].

En este sentido, nuestra Carta Magna en su artículo 10 señala que:

“1. La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social.

2. Las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España.” [2].

La persona física es pues todo ser humano investido de su dignidad, siendo titular de todos aquellos derechos inviolables, debiendo garantizar la sociedad el libre y completo desarrollo de su personalidad.

Por su parte, nuestro Código Civil [3] siguiendo las ideas del tiempo de la codificación, siglo XIX, dedica a la persona su libro I, denominado precisamente *“De las personas”*, siendo clave para este acercamiento el capítulo I del Título II dedicado al nacimiento y extinción de la personalidad civil de las personas físicas [4]. Y decimos fundamental por cuanto conforme al artículo 29 de nuestro Código Civil [3]:

“El nacimiento determina la personalidad; pero el concebido se tiene por nacido para todos los efectos que le sean favorables, siempre que nazca con las condiciones que expresa el artículo siguiente”, siendo estas condiciones las meritadas en el artículo 30 de este cuerpo legal, conforme a la modificación operada por la disposición final 3 de la Ley 20/2011, de 21 de julio [5], es decir, *desde el momento del nacimiento con vida, una vez producido el entero desprendimiento del seno materno* [3]. Con anterioridad a esta modificación llevada a cabo en el año 2011, sólo se reputaba nacido el feto que tuviere figura humana y viviere veinticuatro horas enteramente desprendido del seno materno. Se trata, pues, de un cambio sustancial, puesto que, conforme señala el jurista Martínez de Aguirre, desaparecen los obsoletos requisitos anteriores y decimonónicos, alcanzándose por el mero hecho de nacer con vida la plena subjetividad jurídica [6], siendo este sustancial cambio eminentemente más acorde al diverso articulado disperso en textos internacionales de especial relieve como el artículo 7.1 de la Convención de la Organización de las Naciones Unidas sobre Derechos del Niño [7]; artículo 24.2 del Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos [8] o los artículos 1, 6 y 7 de la Declaración

Universal de Derechos Humanos (Instrumento de Ratificación del Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, hecho en Roma el 4 de noviembre de 1950, y enmendado por los Protocolos adicionales números 3 y 5, de 6 de mayo de 1963 y 20 de enero de 1966, respectivamente. Boletín Oficial del Estado número 243, de 10 de octubre de 1979).

Esta personalidad jurídica determina la aptitud para ser sujeto activo y pasivo de las relaciones jurídicas [9], esto es, tener capacidad en Derecho, considerada como potencialidad genérica y también denominada capacidad de goce. A contrario sensu, la muerte y la ficción jurídica de la declaración de fallecimiento, determinan la extinción de esa personalidad potencial o genérica, si bien es cierto que existen derechos inherentes a la persona fallecida que perviven tras su fallecimiento con objeto de proteger la personalidad pretérita del mismo [10].

Junto a la capacidad de goce, siguiendo a la doctrina tradicional, se distingue la capacidad de ejercicio, es decir, la aptitud para ejercitar válida y eficazmente actos en la esfera jurídica [11].

Por su parte, la doctrina germanista, junto a las dos anteriores citadas, distingue así mismo las siguientes:

a.-La capacidad negocial, idoneidad reconocida en la legislación para que una persona realice válida y eficazmente negocios jurídicos de contenido patrimonial;

b.-Capacidad delictual, idoneidad de un individuo para responder por un ilícito;

c.-Capacidad penal, idoneidad de una persona para responder con penas de cárcel por un hecho propio ilícito;

d.-Capacidad procesal, idoneidad reconocida por la Ley para poder intervenir válidamente en un proceso;

e.-La capacidad laboral, que puede definirse como la idoneidad de una persona física para poder trabajar conforme a la legislación vigente [12].

Centrándonos en la capacidad laboral y eminentemente desde la perspectiva del trabajador, éste requiere, laboralmente hablando, varias condiciones. Por una parte capacidad negocial para contratar y más específicamente para el concreto contrato que se trate, así como las titulaciones precisas para realizar la prestación, junto con las autorizaciones pertinentes, no recayendo sobre él prohibición alguna para contratar, unido a que efectivamente puede realizar ese trabajo.

INTRODUCCIÓN

La capacidad negocial laboral se encuentra fundamentalmente recogida en los artículos 6 y 7 del actual Estatuto de los Trabajadores [13], pudiendo contratar la prestación de su trabajo:

-Quienes tengan plena capacidad de obrar conforme a lo dispuesto en el Código Civil.

-Los menores de dieciocho y mayores de dieciséis años, que vivan de forma independiente, con consentimiento de sus padres o tutores, o con autorización de la persona o institución que les tenga a su cargo. Si el representante legal de una persona de capacidad limitada la autoriza expresa o tácitamente para realizar un trabajo, queda esta también autorizada para ejercitar los derechos y cumplir los deberes que se derivan de su contrato y para su cesación.

-Los extranjeros, de acuerdo con lo dispuesto en la legislación específica sobre la materia.

Respecto de los menores, se establece especialmente que los menores de dieciocho años no podrán realizar trabajos nocturnos ni aquellas actividades o puestos de trabajo respecto a los que se establezcan limitaciones a su contratación conforme a lo dispuesto en la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, y en las normas reglamentarias aplicables, prohibiéndose la admisión al trabajo de menores de 16 años, con la excepción de la intervención de los menores de dieciséis años en espectáculos públicos siempre que sea autorizada por la autoridad laboral, y, en ningún caso suponga peligro para su salud ni para su formación profesional y humana.

1.1.2. Breve reseña constitucional [14] [15].

Nuestra Carta Magna, en el segundo párrafo del artículo 9 ubicado en su título Preliminar señala que: “ (...) *Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social*” [15]. En este sentido, y dentro del catálogo de derechos y deberes fundamentales, concretamente en el Título I del señalado texto normativo, capítulo II, el crucial artículo 14 proclama la igualdad de todos los españoles ante la Ley sin discriminación, aun por circunstancias o condiciones personales o sociales: “*Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social*” [15] debiendo interpretarse todo el acervo normativo respecto a los derechos fundamentales y a las libertades públicas, no sólo conforme a la propia Constitución, sino, además, ex artículo 10.2 de la Constitución, es decir,

conforme a la Declaración Universal de Derechos Humanos, y, a cuantos tratados y acuerdos internacionales sobre las materias señaladas hubieren sido ratificados por España: *“Las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España”* [16], habiendo de tenerse en cuenta que todos los tratados internacionales celebrados válidamente, esto es, cumpliendo los requisitos exigidos por los artículos 93, 94, y, en su caso artículo 95 del meritado texto constitucional, tras su completa e íntegra publicación, formarán parte integrante de nuestro Ordenamiento interno: *“Los tratados internacionales válidamente celebrados, una vez publicados oficialmente en España, formarán parte del ordenamiento interno. Sus disposiciones sólo podrán ser derogadas, modificadas o suspendidas en la forma prevista en los propios tratados o de acuerdo con las normas generales del Derecho internacional”* [17].

Por su parte, nuestro Texto Legal Básico, también se manifiesta entorno a los Principios que han de regir y servir de paradigma a las políticas sociales y económicas del País. Dentro de ellos, para el caso que nos ocupa, sobresale el artículo 41, relativo a la Seguridad Social, así como a las garantías asistenciales y prestaciones sociales mínimas o necesarias, conforme al cual: *“Los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres”* [18], debiéndose completar ex artículo 43 con la tutela pública sanitaria en sede prestaciones:

“Artículo 43:

1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.

2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios”. [19].

Todos los derechos fundamentales recogidos en el capítulo segundo de este Título I citados, son vinculantes para todos los Poderes Públicos, tutelándose por nuestro más Alto Tribunal, el Tribunal Constitucional, en cuanto a su ejercicio regulatorio legislativo, toda vez que habrán necesariamente de respetarse en su contenido esencial:

“Artículo 53.1: Los derechos y libertades reconocidos en el Capítulo segundo del presente Título vinculan a todos los poderes públicos. Sólo por ley, que en todo caso deberá respetar su contenido esencial, podrá regularse el ejercicio de tales derechos y libertades, que se tutelarán de acuerdo con lo previsto en el artículo 161, 1, a)”. [20].

INTRODUCCIÓN

Los principios rectores, por su parte, serán base fundamental tanto de la legislación que los desarrolle como de la actuación de los poderes públicos, sin olvidar la crucial práctica judicial de todos los Juzgados y Tribunales:

“Artículo 53.3: El reconocimiento, el respeto y la protección de los principios reconocidos en el Capítulo tercero informarán la legislación positiva, la práctica judicial y la actuación de los poderes públicos. Sólo podrán ser alegados ante la Jurisdicción ordinaria de acuerdo con lo que dispongan las leyes que los desarrollen”. [21].

Por último, en sede competencial, merece destacarse que el Estado es el que tiene la competencia exclusiva tanto en legislación laboral, sin perjuicio de la ejecución de ésta por los órganos de las Comunidades Autónomas [22] como en legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas [22].

1.1.3. La incapacidad temporal en el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social de 1994. [23].

En aras al cumplimiento del mandato constitucional, y ante la ingente normativa dispersa, para regularizar, aclarar y armonizar los textos legales sobre la materia de Seguridad Social [24], se dictó en 1994 el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, que si bien ha sido derogado mediante el nuevo Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social de 2015 [25], habrá de ser aquella la que nos sirva como piedra de toque para el posterior análisis jurisprudencial, al ser aquél, y no éste nuevo texto el que ha sido aplicado por nuestros Juzgados y Tribunales hasta el 2 de enero de 2016, fecha de entrada en vigor del nuevo texto normativo.

La doctrina laboralista está mayoritariamente conforme al significar que el artículo 128 de la TRLGSS 1994, conforme a su última redacción en vigor, no contenía ni un concepto ni tan siquiera una definición de que debía entenderse por incapacidad temporal, sino que se limitaba exclusivamente a relatar las situaciones que eran protegidas por esta prestación [26].

En este sentido, el artículo 128 de la TRLGSS 1994 señala que:

“1. Tendrán la consideración de situaciones determinantes de incapacidad temporal:

a.-Las debidas a enfermedad común o profesional y accidente, sea o no de trabajo, mientras el trabajador reciba asistencia sanitaria de la Seguridad Social y esté impedido para el trabajo, con una duración máxima de trescientos sesenta y cinco días, prorrogables por otros ciento ochenta días cuando se presuma que durante ellos puede el trabajador ser dado de alta médica por curación.

Agotado el plazo de duración de trescientos sesenta y cinco días previsto en el párrafo anterior, el Instituto Nacional de la Seguridad Social, a través de los órganos competentes para evaluar, calificar y revisar la incapacidad permanente del trabajador, será el único competente para reconocer la situación de prórroga expresa con un límite de ciento ochenta días más, o bien para determinar la iniciación de un expediente de incapacidad permanente, o bien para emitir el alta médica, por curación o por incomparecencia injustificada a los reconocimientos médicos convocados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social. De igual modo, el Instituto Nacional de la Seguridad Social será el único competente para emitir una nueva baja médica en la situación de incapacidad temporal cuando aquélla se produzca en un plazo de ciento ochenta días naturales posteriores a la antes citada alta médica por la misma o similar patología, con los efectos previstos en los párrafos siguientes.

En los casos de alta médica a que se refiere el párrafo anterior, frente a la resolución recaída podrá el interesado, en el plazo máximo de cuatro días naturales, manifestar su disconformidad ante la inspección médica del servicio público de salud, la cual, si discrepara del criterio de la entidad gestora, tendrá la facultad de proponer, en el plazo máximo de siete días naturales, la reconsideración de la decisión de aquélla, especificando las razones y fundamento de su discrepancia.

Si la inspección médica se pronunciara confirmando la decisión de la entidad gestora o si no se produjera pronunciamiento alguno en el plazo de los once días naturales siguientes a la fecha de la resolución, adquirirá plenos efectos la mencionada alta médica. Durante el período de tiempo transcurrido entre la fecha del alta médica y aquella en la que la misma adquiera plenos efectos se considerará prorrogada la situación de incapacidad temporal.

Si, en el aludido plazo máximo, la inspección médica hubiera manifestado su discrepancia con la resolución de la entidad gestora, ésta se pronunciará expresamente en el transcurso de los siete días naturales siguientes, notificando la correspondiente resolución al interesado, que será también comunicada a la inspección médica. Si la entidad gestora, en función de la propuesta formulada, reconsiderara el alta médica, se reconocerá al interesado la prórroga de su situación de incapacidad temporal a todos los efectos. Si, por el contrario, la entidad gestora se reafirmara en su decisión, para lo cual aportará las pruebas complementarias que fundamenten aquélla, sólo se prorrogará la situación de incapacidad temporal hasta la fecha de la última resolución.

En el desarrollo reglamentario de este artículo, se regulará la forma de efectuar las comunicaciones previstas en el mismo, así como la obligación de poner en conocimiento de las empresas las decisiones que se adopten y que les afecten.

INTRODUCCIÓN

b.-Los períodos de observación por enfermedad profesional en los que se prescriba la baja en el trabajo durante los mismos, con una duración máxima de seis meses, prorrogables por otros seis cuando se estime necesario para el estudio y diagnóstico de la enfermedad.

2. A efectos del período máximo de duración de la situación de incapacidad temporal que se señala en el apartado a) del número anterior, y de su posible prórroga, se computarán los de recaída y de observación” [27].

Es indispensable poner en concordancia el anterior artículo 128 con las previsiones contenidas en los artículos 115 a 117 del mismo cuerpo normativo, que preceptuaban lo que debía entenderse tanto por accidente de trabajo, accidente laboral, enfermedad común y enfermedad profesional.

El primero de ellos, artículo 115, se dedicaba al accidente de trabajo, entendiéndose por tal: *“toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena”* [28], teniendo tal consideración:

-Los que sufra el trabajador al ir o al volver del lugar de trabajo.

-Los que sufra el trabajador con ocasión o como consecuencia del desempeño de cargos electivos de carácter sindical, así como los ocurridos al ir o al volver del lugar en que se ejerciten las funciones propias de dichos cargos.

-Los ocurridos con ocasión o por consecuencia de las tareas que, aun siendo distintas a las de su categoría profesional, ejecute el trabajador en cumplimiento de las órdenes del empresario o espontáneamente en interés del buen funcionamiento de la empresa.

-Los acaecidos en actos de salvamento y en otros de naturaleza análoga, cuando unos y otros tengan conexión con el trabajo.

-Las enfermedades, no incluidas en el artículo siguiente, que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo.

-Las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente.

-Las consecuencias del accidente que resulten modificadas en su naturaleza, duración, gravedad o terminación, por enfermedades intercurrentes, que constituyan complicaciones derivadas del proceso patológico determinado por el accidente mismo o tengan su origen en afecciones adquiridas en el nuevo medio en que se haya situado el paciente para su curación.

También tendrán la consideración de accidente de trabajo, según los casos, la imprudencia profesional que es consecuencia del ejercicio habitual de

un trabajo y se deriva de la confianza que éste inspira y la concurrencia de culpabilidad civil o criminal del empresario, de un compañero de trabajo del accidentado o de un tercero, salvo que no guarde relación alguna con el trabajo.

Hace también el meritado artículo una serie de exclusiones, de diversos supuestos, en los cuales no tendrán la consideración de accidente laboral o de trabajo:

-Los que sean debidos a fuerza mayor extraña al trabajo, entendiéndose por ésta la que sea de tal naturaleza que ninguna relación guarde con el trabajo que se ejecutaba al ocurrir el accidente.

-Los que sean debidos a dolo o a imprudencia temeraria del trabajador accidentado.

La enfermedad profesional, ex artículo 116 TRLGSS, era definida como: *“La contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena (...) y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias (...) que se indiquen para cada enfermedad profesional”* [29] haciendo una remisión normativa respecto a las actividades que han de considerarse. Actualmente el cuadro de enfermedades profesionales está regulado, tras la última modificación operada por Real Decreto 1150/2015, de 18 de diciembre [30] en el Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre. [31], en el que se establecen en su anexo I dedicado al cuadro de enfermedades profesionales seis grupos:

Grupo 1: Enfermedades profesionales causadas por agentes químicos.

Grupo 2: Enfermedades profesionales causadas por agentes físicos.

Grupo 3: Enfermedades profesionales causadas por agentes biológicos.

Grupo 4: Enfermedades profesionales causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidas en otros apartados.

Grupo 5: Enfermedades profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados.

Grupo 6: Enfermedades profesionales causadas por agentes carcinogénicos, sin perjuicio de un listado complementario en su anexo II de enfermedades cuyo origen profesional se sospecha y, como la propia norma indica: *“cuya inclusión en el cuadro de enfermedades profesionales podría contemplarse en el futuro”*, siendo, por tanto, una normativa permeable a los nuevos descubrimientos científicos-médicos en este ámbito. Por esta razón su anexo II contempla una lista complementaria de enfermedades cuyo origen profesional se sospecha y cuya inclusión en el cuadro de enfermedades profesionales podría contemplarse en el futuro, también dividido en los mismos seis grupos anteriores, pero codificando otras enfermedades que no constan en el anexo I.

INTRODUCCIÓN

Grupo 1: Enfermedades provocadas por agentes químicos.

Grupo 2: Enfermedades provocadas por agentes físicos.

Grupo 3: Enfermedades provocadas por agentes biológicos.

Grupo 4: Enfermedades provocadas por inhalación de sustancias no comprendidas en otros grupos.

Grupo 5: Enfermedades de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en otros grupos.

Grupo 6: Enfermedades provocadas por agentes carcinógenos.

Para finalizar, el artículo 117 del TRLGSS 1994 en sede conceptualización, tanto de los accidentes no laborales como de las enfermedades comunes, lo realiza de forma negativa, al considerar como accidente no laboral el que conforme al artículo 115 no tenga el carácter de accidente de trabajo; y como enfermedad común aquellas alteraciones de la salud que no tengan la condición de accidentes de trabajo ni de enfermedades profesionales, conforme a lo dispuesto, respectivamente, en los apartados 2.e), f) y g) del artículo 115 y en el artículo 116 de idéntico cuerpo legal [32].

Partiendo de estas perspectivas y definiciones, los elementos clave de la incapacidad temporal pueden sistematizarse en:

1º.-Alteración de la Salud que conlleve una baja médica que no tenga carácter definitivo.

2º.-Necesidad de prestación de asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

3º.-La alteración que padezca el Sujeto de salud ha de ser de la suficiente intensidad como para no poder realizar su trabajo de forma temporal.

La prestación económica en aquellas situaciones en que dé lugar a la incapacidad temporal, se concretan en el derecho a un subsidio cuyo cálculo se realiza o equivale, a un tanto por ciento sobre la base reguladora, cuya fijación y efectividad se realizará como señala el artículo 129 del TRLGSS 1994: *“en los términos establecidos en esta Ley y en los Reglamentos generales para su desarrollo”* [33].

El TRLGSS 1994 exigía, sin perjuicio de otras, una serie de condiciones generales para el acceso al derecho a las prestaciones concretadas en su artículo 124 tras su última versión:

1ª.-Que las personas incluidas en el campo de aplicación del Régimen General cumplan, además de los particulares exigidos para la respectiva prestación, el requisito general de estar afiliadas y en alta en este Régimen o en situación asimilada al alta, al sobrevenir la contingencia o situación protegida, salvo disposición legal expresa en contrario.

2ª-Que en aquellas prestaciones para cuya concesión o cuantía esté subordinada, además, al cumplimiento de determinados períodos de cotización, solamente serán computables las cotizaciones efectivamente realizadas o las expresamente asimiladas a ellas en esta Ley o en sus disposiciones reglamentarias [34].

3ª-Que en caso de enfermedad común, hubieren cumplido un período de cotización de ciento ochenta días dentro de los cinco años inmediatamente anteriores al hecho causante. No así en caso de accidente, fuera o no de trabajo, y de enfermedad profesional, donde no se exigía ningún período previo de cotización.

El nacimiento del derecho al subsidio es distinto ya sea en los supuestos de accidente de trabajo o de enfermedad profesional o en los casos de enfermedad común o accidente no laboral. En los supuestos de accidente de trabajo o enfermedad profesional se abonan desde el día siguiente al de la baja en el trabajo, mientras que en los subsidios por incapacidad temporal en enfermedades comunes se abonarán a partir del decimosexto día de baja en el trabajo ocasionada por la enfermedad, y, en el caso de accidentes no laborales a partir del decimosexto día de baja debido al accidente [35].

Las causas de extinción del derecho al subsidio, conforme a la última versión del artículo 131 bis del TRLGSS 1994 son las siguientes:

1ª-Transcurso del plazo máximo de quinientos cuarenta y cinco días naturales desde la baja médica.

2ª-Por alta médica por curación

3ª-Por alta médica por mejoría que permita al trabajador realizar su trabajo habitual

4ª-Por ser dado de alta el trabajador con o sin declaración de incapacidad permanente

5ª-Por el reconocimiento de la pensión de jubilación

6ª-Por la incomparecencia injustificada a cualquiera de las convocatorias para los exámenes y reconocimientos establecidos por los médicos adscritos al Instituto Nacional de la Seguridad Social o a la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social

7ª-Por fallecimiento [36]

Existen, así mismo, dos causas de pérdida del subsidio:

1ª-Cuando el beneficiario haya actuado fraudulentamente para obtener o conservar dicha prestación.

2ª-Cuando el beneficiario trabaje por cuenta propia o ajena.

INTRODUCCIÓN

Sin perjuicio de lo anterior, es necesario tener en cuenta que durante las situaciones de huelga y cierre patronal el trabajador no tendrá derecho a la prestación económica por incapacidad temporal [36] pudiendo ser suspendido el derecho al subsidio cuando, sin causa razonable, el beneficiario rechace o abandone el tratamiento que le fuere indicado o suspendido cautelarmente ante la incomparecencia del beneficiario a cualquiera de las convocatorias realizadas por los médicos adscritos al Instituto Nacional de la Seguridad Social y a las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social para examen y reconocimiento médico hasta la comprobación de si aquella fue o no justificada. Reglamentariamente se regulará el procedimiento de suspensión del derecho y sus efectos [37].

1.1.4. La incapacidad permanente en el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social de 1994 [38] [39].

El texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social de 1994, dedica a la Incapacidad Permanente el Capítulo V del TÍTULO II dentro del régimen general de la seguridad social los artículos 136 y siguientes.

Dentro de la Sección primera del antedicho capítulo V, concretamente en su artículo 136, última versión, distingue la incapacidad permanente en sus dos modalidades, contributiva y no contributiva.

La incapacidad permanente, en su modalidad contributiva, es definida como *la situación del trabajador que, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral*, admitiendo como excepción que *no obstará a tal calificación la posibilidad de recuperación de la capacidad laboral del inválido, si dicha posibilidad se estima médicamente como incierta o a largo plazo* [40].

Por su parte, la incapacidad permanente, en su modalidad no contributiva es definida como *aquellas deficiencias, previsiblemente permanentes, de carácter físico o psíquico, congénitas o no, que anulen o modifiquen la capacidad física, psíquica o sensorial de quienes las padecen* [41].

De lo anterior puede señalar que los elementos integradores del concepto de Incapacidad Permanente son:

- 1º-Alteración de la salud grave.
- 2º-Anulación o disminución de su capacidad laboral
- 3º-Previsiblemente definitivas.

Los grados de incapacidad, pueden clasificarse, a tenor de lo dispuesto en el artículo 137 de la TRLGSS de 1994 en:

- a.-Incapacidad Permanente Parcial
- b.-Incapacidad Permanente Total
- c.-Incapacidad Permanente Absoluta
- d.-Gran invalidez. [42]

Conforme a lo anterior, y sin perjuicio de cuál sea la causa determinante, cada grado genera el correspondiente derecho, protegido por el sistema de Seguridad Social en vigor, a una prestación económica, tanto en la denominada modalidad contributiva (quienes hayan cotizado el tiempo suficiente para el acceso a la prestación) como en la no contributiva.

En todo caso, se clasificará la incapacidad permanente, en función del porcentaje de reducción de la capacidad de trabajo del interesado.

Pese a lo señalado en la última redacción del artículo 137.2 del TRLGSS 1994: *“La calificación de la incapacidad permanente en sus distintos grados se determinará en función del porcentaje de reducción de la capacidad de trabajo que reglamentariamente se establezca.*

A efectos de la determinación del grado de la incapacidad, se tendrá en cuenta la incidencia de la reducción de la capacidad de trabajo en el desarrollo de la profesión que ejercía el interesado o del grupo profesional, en que aquélla estaba encuadrada, antes de producirse el hecho causante de la incapacidad permanente.” [43], es necesario a efectos didácticos tener en cuenta el ya extinto artículo 137.3 de la TRLGSS 1994 en su versión original, a efectos de un acercamiento a las incapacidades permanentes en su modalidad contributiva.

Desde esta perspectiva puede definirse la incapacidad permanente parcial para la profesión habitual como aquella incapacidad permanente que, sin alcanzar el grado de total, ocasione al trabajador una disminución no inferior al 33 por 100 en su rendimiento normal para dicha profesión, sin impedirle la realización de las tareas fundamentales de la misma; suponiendo la incapacidad permanente total la inhabilitación del trabajador que la sufra para la realización de todas o, al menos, las tareas más fundamentales de la profesión a la que se dedique. En todo caso, el trabajador afectado habrá de poder dedicarse a otra profesión distinta. La incapacidad permanente absoluta puede definirse como aquella que inhabilita para el ejercicio de cualquier profesión u oficio.

INTRODUCCIÓN

1.1.4.1. Beneficiarios de la incapacidad permanente, modalidad contributiva [44].

Conforme al artículo 138 del TRLGSS 1994, tendrán derecho a las prestaciones dimanantes de la incapacidad permanente, aquellas personas que, estando incluidas en el Régimen General de la Seguridad Social:

1º-Sean declaradas en situación de Incapacidad Permanente.

2º-Estar afiliadas y en alta en este Régimen o en situación asimilada al alta, al sobrevenir la contingencia o situación protegida, salvo disposición legal expresa en contrario.

No obstante, las pensiones de incapacidad permanente tanto en los grados de incapacidad permanente absoluta para todo trabajo o incapacidad-gran invalidez derivadas de contingencias comunes podrán causarse aunque los interesados no se encuentren en el momento del hecho causante en alta o situación asimilada a la de alta.

3º-Hubieran cubierto el período mínimo de cotización:

-Si el sujeto causante tiene menos de treinta y un años de edad, la tercera parte del tiempo transcurrido entre la fecha en que cumplió los dieciséis años y la del hecho causante de la pensión.

-Si el causante tiene cumplidos treinta y un años de edad, la cuarta parte del tiempo transcurrido entre la fecha en que se haya cumplido los veinte años y el día en que se hubiese producido el hecho causante, con un mínimo, en todo caso, de cinco años. En este supuesto, al menos la quinta parte del período de cotización exigible deberá estar comprendida dentro de los diez años inmediatamente anteriores al hecho causante.

Así mismo, en los supuestos en que se acceda a la pensión de incapacidad permanente desde una situación de alta o asimilada al alta, sin obligación de cotizar, el período de los diez años, dentro de los cuales deba estar comprendido, al menos, la quinta parte del período de cotización exigible, se computará, hacia atrás, desde la fecha en que cesó la obligación de cotizar.

Este último requisito tiene una excepción y es que la incapacidad permanente haya sido debida a accidente, sea o no laboral, o a enfermedad profesional, en cuyo caso no será exigido ningún período previo de cotización.

Si la incapacidad permanente parcial es para la profesión habitual, el período mínimo de cotización exigible será de mil ochocientos días, que habrán de estar comprendidos en los diez años inmediatamente anteriores a la fecha en la que se haya extinguido la incapacidad temporal de la que se derive la incapacidad permanente.

En todo caso este texto preceptúa que: *“No se reconocerá el derecho a las prestaciones de incapacidad permanente derivada de contingencias comunes cuando el beneficiario, en la fecha del hecho causante, tenga la edad prevista en el apartado 1.a) del artículo 161 de esta Ley y reúna los requisitos para acceder a la pensión de jubilación en el sistema de la Seguridad Social”*, es decir, haber cumplido 67 años de edad, o 65 años cuando se acrediten 38 años y 6 meses de cotización, sin que se tenga en cuenta la parte proporcional correspondiente a las pagas extraordinarias.

Los periodos mínimos de cotización exigibles en aquellas pensiones consecuencia de incapacidad permanente absoluta para todo trabajo o gran invalidez derivadas de contingencias comunes será de quince años.

1.1.4.2. Prestaciones de la incapacidad permanente, modalidad contributiva [45]

Nuestro TRLGSS 1994 distinguía entre:

a.-Incapacidad Permanente Parcial para la profesión habitual.

La prestación en este caso consistirá en una cantidad a tanto alzado.

b.-Incapacidad Permanente Total

La prestación podrá ser bien una pensión vitalicia o, en casos excepcionales una indemnización a tanto alzado. Este último caso podrá darse siempre que el beneficiario fuese menor de sesenta años.

La anterior prestación puede verse incrementada cuando se presuma una real dificultad del trabajador de obtener un empleo en otra actividad distinta a la que venía siendo su profesión habitual, debido a su edad, la falta de preparación, ya sea ésta general o especializada, así como por las circunstancias laborales y sociales del lugar de su residencia habitual.

Por último, si la incapacidad permanente total fuere derivada de una enfermedad común, la cuantía de la prestación por incapacidad no puede ser inferior al 55% de la base mínima de cotización para mayores de dieciocho años, en términos anuales, vigente en cada momento.

c.-Incapacidad Permanente Absoluta.

La prestación consistirá en una pensión vitalicia.

d.-Gran invalidez

En estos supuestos, además de la pensión vitalicia, la cuantía de ésta se verá incrementada por un complemento. Este complemento está dirigido a que la persona que sufra la gran invalidez pueda satisfacer los emolumentos de la persona que requiera para su atención.

INTRODUCCIÓN

Conforme al artículo 139.4 del TRLGSS 1994: *“El importe de dicho complemento será equivalente al resultado de sumar el 45 por ciento de la base mínima de cotización vigente en el momento del hecho causante y el 30 por ciento de la última base de cotización del trabajador correspondiente a la contingencia de la que derive la situación de incapacidad permanente. En ningún caso el complemento señalado podrá tener un importe inferior al 45 por ciento de la pensión percibida, sin el complemento, por el trabajador”*. [46].

Mención aparte suponen los casos en que el trabajador tuviere más de 65 años que, sin reunir los requisitos para el reconocimiento del derecho a pensión de jubilación, accediere a la pensión de incapacidad permanente por contingencias comunes. En este caso, la cuantía de la pensión, conforme al artículo 139.5 de la TRLGSS 1994 será *el equivalente al resultado de aplicar a la correspondiente base reguladora el porcentaje que corresponda al período mínimo de cotización que esté establecido, en cada momento, para el acceso a la pensión de jubilación. Cuando la incapacidad permanente derive de enfermedad común, se considerará como base reguladora el resultado de aplicar únicamente lo establecido en la norma a) del apartado 1 del artículo 140* [47].

1.1.4.3. Calificación y beneficiarios de la incapacidad permanente, modalidad no contributiva [48]

La calificación de la incapacidad permanente no contributiva, se encuentra perfectamente delimitada en el artículo 148 de la TRLGSS 1994:

“1. El grado de minusvalía o de la enfermedad crónica padecida, a efectos del reconocimiento de la pensión en su modalidad no contributiva, se determinará mediante la aplicación de un baremo, en el que serán objeto de valoración tanto los factores físicos, psíquicos o sensoriales del presunto minusválido, como los factores sociales complementarios, y que será aprobado por el Gobierno.

2. Asimismo, la situación de dependencia y la necesidad del concurso de una tercera persona a que se refiere el apartado 6 del artículo 145, se determinará mediante la aplicación de un baremo que será aprobado por el Gobierno.

3. Las pensiones de invalidez no contributivas, cuando sus beneficiarios cumplan la edad de sesenta y cinco años, pasarán a denominarse pensiones de jubilación. La nueva denominación no implicará modificación alguna respecto de las condiciones de la prestación que viniesen percibiendo” [49].

Para ser beneficiario de una prestación por incapacidad permanente en su modalidad no contributiva, siguiendo el artículo 144 de la TRLGSS 1994 es necesario cumplir los siguientes requisitos:

1º-Ser mayor de dieciocho.

2º-Ser menor de sesenta y cinco años de edad.

3º-Residir legalmente en territorio español.

4º-Haber residido en España legalmente durante cinco años, de los cuales, al menos dos de ellos deberán ser inmediatamente anteriores a la fecha de solicitud de la pensión.

5º-Estar afecto a discapacidad o enfermedad crónica en un grado igual o superior al sesenta y cinco por ciento.

6º-Carecer de rentas o ingresos suficientes.

Se entenderá que la persona carece de rentas o ingresos suficientes, cuando la suma en cómputo anual, tanto de las rentas como de los ingresos sea inferior al importe, también en cómputo anual, sea inferior a la cuantía que para prestaciones por incapacidad no contributiva fije cada año los Presupuestos Generales del Estado. Es necesario tener presente que este requisito, la carencia de rentas, sólo se verá cumplido, en caso de que conviva con otras personas en una misma unidad económica, siempre que la suma de las rentas e ingresos de los integrantes de esa unidad económica sea inferior a:

1-La cuantía, en cómputo anual, de la pensión, más el resultado de multiplicar el setenta por ciento de dicha cifra por el número de convivientes, menos uno.

2-Cuando la convivencia, dentro de una misma unidad económica, se produzca entre el solicitante y sus descendientes o ascendientes en primer grado, los límites de acumulación de recursos serán equivalentes a dos veces y media de la cuantía que para prestaciones por incapacidad no contributiva fije cada año los Presupuestos Generales del Estado.

Se entenderá que existe unidad económica siempre que el posible beneficiario de la prestación conviva con otras personas, sean estas o no beneficiarias, y entre estas y aquel estuvieren unidas por matrimonio o parentesco por consanguineidad hasta segundo grado [48].

1.1.4.4. Prestaciones en la incapacidad permanente, modalidad no contributiva [50]

Las pensiones en las incapacidades permanentes en su modalidad no contributiva, dependen, cada año, de la Ley de Presupuestos Generales del Estado, que será la que fijará la cuantía de la pensión de incapacidad en su modalidad no contributiva.

La prestación se encuentra condicionada, en todo caso, tanto en su conservación como en su cuantía, a las rentas o ingresos propios del beneficiario, rentas e ingresos ajenos que fueren computables a efectos de la prestaciones que formen parte de la unidad económica, la residencia en territorio español y el grado de discapacidad o de enfermedad crónica.

INTRODUCCIÓN

Estas prestaciones, son compatibles con aquellas rentas o ingresos anuales del beneficiario, siempre que las mismas, en cómputo anual no excedan del 35 por 100 del importe, también en cómputo anual, de la pensión no contributiva. En aquellos casos en que excedieran de ese 35%, la pensión se verá reducida en la cuantía que excediera de ese porcentaje, excepto que el ejercicio de aquellas actividades lucrativas fueren compatibles con el estado del incapaz, y que no representaren un cambio en su capacidad de trabajo. Será aplicable la previsión, pese a lo anteriormente citado, contenida en el artículo 147.2 de la TRLGSS 1994, penúltima versión, en relación a la compatibilidad de pensiones puesto que: *“En el caso de personas que con anterioridad al inicio de una actividad lucrativa vinieran percibiendo pensión de invalidez en su modalidad no contributiva, durante los cuatro años siguientes al inicio de la actividad, la suma de la cuantía de la pensión de invalidez y de los ingresos obtenidos por la actividad desarrollada no podrán ser superiores, en cómputo anual, al importe, también en cómputo anual, del indicador público de renta de efectos múltiples (IPREM) vigente en cada momento. En caso de exceder de dicha cuantía, se minorará el importe de la pensión en el 50 por 100 del exceso sin que, en ningún caso, la suma de la pensión y de los ingresos pueda superar 1,5 veces el indicador público de renta de efectos múltiples (IPREM). Esta reducción no afectará al complemento previsto en el apartado 6 del artículo 145 de esta Ley [51]*

Las cuantías pueden verse afectadas por la concurrencia de dos o más beneficiarios con derecho a pensión, siempre que ésta sea de la misma naturaleza y pertenezcan a la misma unidad económica-familiar. En estos casos existen una serie de reglas para concretar cada una de las cuantías de las pensiones:

1ª Regla:

A la cuantía de pensión fijada por los Presupuestos Generales del Estado cada año se le sumará el setenta por ciento de esa misma cuantía, tantas veces como número de beneficiarios, menos uno, existan en la unidad económica.

2ª Regla

La cuantía de la pensión para cada uno de los beneficiarios será igual al cociente de dividir el resultado de la suma prevista en la regla Primera por el número de beneficiarios con derecho a pensión.

En todos los supuestos meritados anteriormente, siempre que hubiera convivencia de beneficiario o beneficiarios con otras personas que no lo fueran, y la suma de los ingresos o rentas anuales de la unidad económica más la pensión o pensiones no contributivas, superara la cuantía, en cómputo anual, de la pensión, más el resultado de multiplicar el setenta por ciento de dicha cifra por el número de convivientes, menos uno o, superara, cuando la convivencia, dentro de una misma unidad económica, se produzca entre el solicitante y sus

descendientes o ascendientes en primer grado, los límites de acumulación de recursos serán equivalentes a dos veces y media de la cuantía que resulte de aplicar lo especialmente señalado anteriormente, la pensión o pensiones se reducirán, para no sobrepasar el mencionado límite, disminuyendo, en igual cuantía, cada una de las pensiones.

Existe, pese a lo anterior un límite mínimo, establecido en el artículo 145.4 del TRLGSS 1994 puesto que *la cuantía de la pensión reconocida será, como mínimo, del veinticinco por ciento del importe de la pensión* señalada en los Presupuestos Generales del Estado para ese año, relativo a las pensiones de incapacidad permanente no contributiva [52].

Para finalizar, aquellas personas que estuvieren afectadas por una discapacidad o enfermedad crónica en un grado igual o superior al 65% y que además como consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesiten el concurso de otra persona para realizar los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos, tendrán derecho a un complemento equivalente al cincuenta por ciento del importe de la pensión señalada en los Presupuestos Generales del Estado para ese año, relativo a las pensiones de incapacidad permanente no contributiva.

1.1.5. Procedimiento para la calificación de la incapacidad permanente y para su revisión en el TRLGSS 1994 y su normativa de desarrollo.

El Procedimiento para la calificación del grado de incapacidad así como para su revisión se encuentra fundamentalmente regulado en los artículos 143 y 148 del TRLGSS 1994 [53], y en el Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio, por el que se desarrolla, en materia de incapacidades laborales del sistema de la Seguridad Social, la Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social [54].

El primero de los párrafos del artículo 143 del TRLGSS 1994 señala que *corresponde al Instituto Nacional de la Seguridad Social, a través de los órganos que reglamentariamente se establezcan y en todas las fases del procedimiento, declarar la situación de invalidez permanente, a los efectos de reconocimiento de las prestaciones económicas a que se refiere la presente Sección* [55]. En orden a este mandato reglamentario se dictó el Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio, por el que se desarrolla, en materia de incapacidades laborales del sistema de la Seguridad Social, la Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social, pudiendo leerse en su preámbulo que la finalidad del mismo es la de *unificar, en el ámbito de responsabilidad del Instituto Nacional de la Seguridad Social, el conjunto de competencias que, en materia de invalidez permanente, se venían hasta ahora desarrollando por diversos organismos, a establecer los correspondientes órganos que en el futuro habrán de*

INTRODUCCIÓN

desarrollar las tareas de calificación de incapacidades, y a fijar las reglas de procedimiento aplicables a este respecto [56].

1.1.5.1. Funciones y competencias del instituto nacional de la seguridad social.

Las funciones y competencias del Instituto Nacional de la Seguridad Social, conforme al artículo 1 del precitado Real Decreto [57] se concretan en:

a.-Evaluar, calificar y revisar la incapacidad y reconocer el derecho a las prestaciones económicas contributivas de la Seguridad Social por invalidez permanente, en sus distintos grados, así como determinar las contingencias causantes de la misma.

b.-Verificar la existencia de lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo, no invalidantes, causadas por accidente de trabajo o enfermedad profesional, a que se refiere el artículo 150 de la Ley General de la Seguridad Social, y reconocer el derecho a las indemnizaciones correspondientes.

c.-Resolver sobre la prórroga del período de observación médica en enfermedades profesionales y reconocer el derecho al subsidio correspondiente.

d.-Determinar, en su caso, la Mutua de Accidentes de Trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social o empresa colaboradora responsable de las prestaciones que resulten procedentes en materia de incapacidades laborales y lesiones permanentes no invalidantes.

e.-Declarar la responsabilidad empresarial que proceda por falta de alta, cotización o medidas de seguridad e higiene en el trabajo, y determinar el porcentaje en que, en su caso, hayan de incrementarse las prestaciones económicas.

f.-Evaluar la incapacidad para el trabajo a efectos del reconocimiento de la condición de beneficiario del derecho a las prestaciones económicas por muerte y supervivencia, así como de las prestaciones por invalidez del extinguido Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez (SOVI).

g.-Declarar la extinción de la prórroga de los efectos económicos de la situación de incapacidad temporal, a que se refiere el apartado 3 del artículo 131 bis de la Ley General de la Seguridad Social, texto refundido aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, en el momento en que recaiga la correspondiente resolución por la que se reconozca o deniegue el derecho a prestación de invalidez.

h.-Cuantas otras funciones y competencias le estén atribuidas por la legislación vigente en materias análogas a las enumeradas en los apartados

anteriores, en cuanto Entidad gestora de la Seguridad Social, y para las prestaciones cuya gestión tiene encomendada.

1.1.5.2. Los equipos de valoración de incapacidades (e.v.i): composición y funciones.

De crucial importancia son los Equipos de Valoración de Incapacidades, existiendo al menos uno en cada Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social. Dichos E.V.I. estarán compuestos por el Subdirector provincial de Invalidez del Instituto Nacional de la Seguridad Social o funcionario que designe el Director general del Instituto Nacional de la Seguridad Social que ejercerá las funciones de Presidente del E.V.I., y cuatro vocales, nombrados por el Director general del Instituto Nacional de la Seguridad Social:

1.-Un Médico Inspector, propuesto por el Director provincial del Instituto Nacional de la Salud o, en su caso, por el órgano competente de la Comunidad Autónoma.

2.-Un Facultativo Médico, perteneciente al personal del Instituto Nacional de la Seguridad Social.

3.-Un Inspector de Trabajo y Seguridad Social, propuesto por la Inspección de Trabajo y Seguridad Social.

4.-Un funcionario titular de un puesto de trabajo de la unidad encargada del trámite de las prestaciones de invalidez de la correspondiente Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social, quien ejercerá las funciones de Secretario dentro del E.V.I..

Así mismo, el Director provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social podrá nombrar como vocales del E.V.I. a:

a.-Un experto en recuperación y rehabilitación, propuesto por el Instituto Nacional de Servicios Sociales o por el órgano competente de la Comunidad Autónoma respectiva, cuando del expediente se deduzcan indicios razonables de recuperación del trabajador.

b.-Un experto en seguridad e higiene en el trabajo, propuesto por el órgano competente del Estado o de la respectiva Comunidad Autónoma, cuando existan indicios de incumplimiento de las medidas de seguridad e higiene en el trabajo [58].

Dentro de las cruciales funciones del EVI pueden destacarse, ex artículo 3 del RD 1300/1995, de 21 de julio:

INTRODUCCIÓN

A.-Examen de la situación de incapacidad del trabajador, formulando al Director Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social los dictámenes-propuesta, preceptivos y no vinculantes, en materia de:

+Anulación o disminución de la capacidad para el trabajo por existencia de situaciones de invalidez permanente, calificación de estas situaciones en sus distintos grados, revisión de las mismas por agravación, mejoría o error de diagnóstico, y contingencia determinante.

+Determinación del plazo a partir del cual se podrá instar la revisión del grado de invalidez por agravación o mejoría.

+Procedencia o no de la revisión por previsible mejoría de la situación de incapacidad del trabajador, a efectos de lo establecido en el artículo 48.2 del texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo.

+Disminución o alteración de la integridad física del trabajador por existencia de lesiones permanentes no invalidantes, causadas por accidente de trabajo o enfermedad profesional.

+Determinación de la incapacidad para el trabajo exigida para ser beneficiario de las prestaciones económicas por muerte y supervivencia, así como de las prestaciones por invalidez del SOVI.

+Determinación del carácter común o profesional de la enfermedad que origine la situación de incapacidad temporal o muerte del trabajador cuando le sea solicitado tal dictamen.

+Procedencia o no de prorrogar el período de observación médica en enfermedades profesionales.

B.-Efectuar el seguimiento de los programas de control de las prestaciones económicas de incapacidad temporal y proponer al Director provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social la adopción de medidas adecuadas, en coordinación con los restantes órganos competentes en esta materia.

C.-La prestación de la asistencia técnica y el asesoramiento en los procedimientos contenciosos en los que sea parte el Instituto Nacional de la Seguridad Social, en materia de incapacidades laborales, a requerimiento del Director provincial correspondiente de dicho Instituto [59].

1.1.5.3. Fases del procedimiento.

El procedimiento puede dividirse en tres partes perfectamente diferenciadas:

PRIMERA PARTE: INICIACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La iniciación del procedimiento de incapacidad laboral puede iniciarse:

1ª-De oficio:

+Por la propia iniciativa de la Entidad gestora

+Como consecuencia de petición razonada de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social

+Como consecuencia de petición razonada del Servicio de Salud competente para gestionar la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

2ª-A instancia del trabajador o su representante legal.

3ª-A instancia de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social o de las empresas colaboradoras, en aquellos asuntos que les afecten directamente.

SEGUNDA PARTE: INSTRUCCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El procedimiento, que será impulsado de oficio, habrá de desarrollarse conforme a los principios y disposiciones de la Ley 30/1992, 26 de diciembre, de Régimen jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común [60], sin perjuicio de lo preceptuado en el Real Decreto 1300-1995.

En la instrucción del procedimiento serán imprescindibles los siguientes actos e informes preceptivos:

1.-Aportación del alta médica de asistencia sanitaria.

2-Aportación del historial clínico, previo consentimiento del interesado o de su representante legal, remitido por el Servicio de Salud o, en su caso, por la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social o empresa colaboradora, cuando se trate de afiliados que tengan cubierta la incapacidad temporal por dichas entidades

En defecto del historial clínico se exige informe de la Inspección Médica de dicho Servicio de Salud.

En este mismo sentido, por las especiales circunstancias médicas del trabajador, así como en los casos que no se pudiese aportar el historial clínico, el Instituto Nacional de la Seguridad Social podrá solicitar la emisión de otros informes y la práctica de pruebas y exploraciones complementarias, previo acuerdo con los centros e instituciones sanitarias de la Seguridad Social u otros centros sanitarios [61].

INTRODUCCIÓN

3-Formulación del dictamen-propuesta por el Equipo de Valoración de Incapacidades [62] [63].

Este dictamen propuesta del EVI estará acompañado de:

-Un informe médico consolidado en forma de síntesis, comprensivo de todo lo referido o acreditado en el expediente.

-Un informe de antecedentes profesionales.

-Los informes de alta.

-Los informes de cotización que condicionan el acceso al derecho.

4.-Concesión de un trámite de audiencia al interesado tras la emisión del dictamen-propuesta para las alegaciones que estimaren por convenientes, siendo ésta la pieza clave de alegaciones del interesado [64].

TERCERA PARTE: RESOLUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El procedimiento puede finalizar bien mediante resolución del Director Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social, bien por el desistimiento del interesado si éste hubiera iniciado el procedimiento, bien por la caducidad del procedimiento cuando se hubiere producido la paralización por causa imputable al interesado, y hubiere sido éste el iniciador [65], bien por silencio administrativo, en los supuestos que posteriormente se dirán.

La resolución del Director Provincial habrá de ser expresa, sin que exista vinculación alguna por las peticiones que hubieren sido realizadas por los interesados, ya sean superiores o inferiores a las que se deriven de las indicadas peticiones.

Sin embargo, si la resolución no se dictase en el plazo de ciento treinta y cinco días, la solicitud se entenderá denegada por silencio administrativo, en cuyo caso el interesado podrá ejercitar las acciones que le confiere el artículo 71 del texto refundido de la Ley de Procedimiento Laboral, aprobado por Real Decreto Legislativo 2/1995, de 7 de abril.

Si la resolución fuere estimatoria, será necesario que conste:

-Calificación de la Incapacidad Permanente y su grado.

La calificación de la incapacidad permanente se entenderá producida en la fecha de la resolución del Director provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social

-Prestación económica a la que tiene derecho el interesado.

En aquellos supuestos en que procediera retrotraer los efectos económicos de la prestación de incapacidad permanente reconocida, se

deducirán, del importe a abonar, las cantidades que se hubieran satisfecho durante el período afectado por dicha retroacción. Las cantidades devengadas por el beneficiario hasta la fecha de resolución no serán objeto de reintegro cuando no se reconozca el derecho a la prestación económica.

-El plazo a partir del cual se podrá instar la revisión ya sea por agravación o mejoría del estado invalidante profesional, excepto que el incapacitado no haya cumplido la edad mínima establecida en el artículo 161 de la TRLGSS 1994, para acceder al derecho a la pensión de jubilación, siendo este plazo será vinculante para todos los sujetos que puedan promover la revisión.

Si el incapacitado laboral permanente estuviere ejerciendo cualquier trabajo, por cuenta ajena o propia, el Instituto Nacional de la Seguridad Social podrá, de oficio o a instancia del propio interesado, promover la revisión, con independencia de que haya o no transcurrido el plazo señalado en la resolución.

Si la resolución fuese desestimatoria, según el motivo, podrá acudir el interesado a la vía contencioso-laboral, siempre que interponga reclamación previa frente a la resolución denegatoria.

1.1.6. La revisión por mejoría o agravamiento en el TRLGSS 1994: especialidades

Será aplicable el mismo procedimiento anteriormente significado con las siguientes especialidades:

Las personas legitimadas para instar la revisión del grado de incapacidad son:

1ª-De oficio:

+Por la propia iniciativa de la Entidad gestora

+Como consecuencia de petición razonada de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social

+Como consecuencia de petición razonada del Servicio de Salud competente para gestionar la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

2ª-A instancia del trabajador o su representante legal.

3ª-A instancia de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social o de las empresas colaboradoras, en aquellos asuntos que les afecten directamente.

4ª-Los empresarios responsables de las prestaciones y, en su caso, quienes de forma subsidiaria o solidaria sean también responsables de las mismas.

INTRODUCCIÓN

Teniendo en cuenta lo ya señalado respecto del plazo para la revisión, aquellas que se funden en error de diagnóstico pueden llevarse a cabo en cualquier momento, siempre que el interesado no hubiere cumplido la edad mínima establecida para acceder al derecho a la pensión de jubilación.

1.1.7 Esquema procesal en vía jurisdiccional [66]

Tal y como ya se dejó meritado anteriormente, las resoluciones desfavorables, ya sean estas denegatorias de la concreta incapacidad, ya sean revocatorias de la incapacidad, pueden ser recurridas jurisdiccionalmente [67].

1.1.7.1. La reclamación previa

En materia de seguridad social, la reclamación previa a la vía jurisdiccional que posteriormente se dirá, es requisito *sine qua non* para el acceso a los Juzgados y Tribunales [68].

Esta reclamación previa se encuentra fundamentalmente regulada en los artículos 71 a 73 de la Ley de Jurisdiccional Social [69], debiendo, no obstante lo anterior, tener en cuenta el Título VIII de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, concretamente sus artículos 120 a 126 [70]

Conforme al primero de los artículos meritados, en materia de prestaciones a la Seguridad Social, para formular demanda es “requisito necesario” que los interesados interpongan reclamación previa ante la Entidad gestora de las mismas, con la sola excepción de la impugnación de las resoluciones administrativas expresas en las que se acuerda el alta médica emitidas por los órganos competentes de las Entidades gestoras de la Seguridad Social al agotarse el plazo de duración de trescientos sesenta y cinco días de la prestación de incapacidad temporal.

La reclamación previa habrá de interponerse por el propio interesado o por su representante legal, ante el órgano competente que haya dictado la resolución, variando el plazo según haya habido notificación de la resolución, en cuyo caso el plazo es de 30 días o, desde la fecha en que conforme a la legislación aplicable, deba entenderse que se ha producido silencio administrativo.

Ya sea la resolución expresa o presunta, si la resolución hubiera sido dictada por una Entidad colaboradora, la reclamación habrá que interponerla, en el mismo plazo señalado anteriormente ante esa Entidad colaboradora, siempre que tuviere la competencia para resolver tal reclamación previa o, en su caso, ante el Órgano que corresponda de la Entidad Gestora u Organismo público gestor de la prestación de que se trate.

Una vez formulada la reclamación previa, la Entidad habrá de contestar en el plazo de 45 días, entendiéndose en caso contrario, haberse denegado la reclamación previa por silencio administrativo.

Conforme al párrafo 7 del artículo 71 de la LJS: *“Las entidades u organismos gestores de la Seguridad Social expedirán recibo de presentación o sellarán debidamente, con indicación de la fecha, las copias de las reclamaciones que se dirijan en cumplimiento de lo dispuesto en la presente Ley. Este recibo o copia sellada, o el justificante de presentación por los procedimientos y registros alternativos que estén establecidos por la normativa administrativa aplicable, deberán acompañarse inexcusablemente con la demanda”* [71]

El efecto de la interposición de la reclamación administrativa previa en materia de prestaciones a la Seguridad social es fundamental puesto que interrumpe desde el día de la presentación los plazos de prescripción, suspendiendo así mismo los plazos de caducidad. Estos últimos plazos, los de caducidad, se entenderán reanudados desde el momento de notificación de la resolución, si ésta es expresa, o desde que hubiere transcurrido el plazo y se entendiere desestimada por silencio administrativo. [72]

1.1.7.2. Generalidades del procedimiento: jurisdicción laboral y competencia de los Juzgados de lo social [73].

Desde que se deniegue la reclamación administrativa previa si fuere expresa, o desde que se entienda desestimada por silencio administrativo, se dispone de un plazo de 30 días para formular la oportuna demanda [74]

La jurisdicción corresponde a los órganos judiciales de la jurisdicción social por cuanto éstos, ex artículo 1 de la LJS, *conocerán de las pretensiones que se promuevan dentro de la rama social del Derecho, tanto en su vertiente individual como colectiva, incluyendo aquéllas que versen sobre materias laborales y de Seguridad Social, así como de las impugnaciones de las actuaciones de las Administraciones públicas realizadas en el ejercicio de sus potestades y funciones sobre las anteriores materias, teniendo en cuenta además el artículo 9.5 de la LOP*: *“Los del orden jurisdiccional social conocerán de las pretensiones que se promuevan dentro de la rama social del derecho, tanto en conflictos individuales como colectivos, así como las reclamaciones en materia de Seguridad Social o contra el Estado cuando le atribuya responsabilidad la legislación laboral”* [75] en consonancia con el artículo 117.3 de nuestra carta Magna, al señalar que *el ejercicio de la potestad jurisdiccional en todo tipo de procesos, juzgando y haciendo ejecutar lo juzgado, corresponde exclusivamente a los Juzgados y Tribunales determinados por las leyes, según las normas de competencia y procedimiento que las mismas establezcan* [76]

En el sentido anteriormente expuesto, dentro del ámbito del orden jurisdiccional social, como lógico desarrollo del artículo 1 de la LJS, el artículo 2

INTRODUCCIÓN

del mismo texto prererenciado, señala qué cuestiones litigiosas serán conocidas por los órganos jurisdiccionales sociales, encontrándose entre ellas, sin perjuicio de otras:

- Materias prestacionales de la Seguridad social,
- Cuestiones litigiosas relativas a la valoración, reconocimiento y calificación del grado de discapacidad.
- Prestaciones derivadas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- En impugnación de actos de las Administraciones públicas, sujetos a derecho administrativo y que pongan fin a la vía administrativa, dictadas en el ejercicio de sus potestades y funciones en materia de Seguridad Social [77].

Una vez conocida que la jurisdicción laboral-social es la competente para el conocimiento de este tipo de asuntos, es necesario conocer a que órgano de los distintos que integran la jurisdicción social, y dentro de ellos el órgano de qué lugar habrá de interponerse la demanda. Nos estamos refiriendo a la competencia objetiva, territorial y funcional.

La competencia objetiva es delimitada en el artículo 6 de la LJS en relación al artículo 2 del mismo cuerpo legal, conforme al primero de los mencionados:

“1.-Los Juzgados de lo Social conocerán en única instancia de todos los procesos atribuidos al orden jurisdiccional social, con excepción de los asignados expresamente a la competencia de otros órganos de este orden jurisdiccional en los artículos 7, 8 y 9 de esta Ley y en la Ley Concursal.

2. En aplicación de lo establecido en el apartado anterior, conocerán también en única instancia de los procesos de impugnación de actos de Administraciones públicas atribuidos al orden jurisdiccional social en las letras n) y s) del artículo 2, cuando hayan sido dictados por:

a.-Los órganos de la Administración General del Estado y de los organismos públicos vinculados o dependientes de ella siempre que su nivel orgánico sea inferior al de Ministro o Secretario de Estado.

b.-Las Administraciones de las Comunidades Autónomas, salvo los que procedan del respectivo Consejo de Gobierno.

c.-Las Administraciones de las entidades locales.

d.-Cualquier otro organismo o entidad de derecho público que pudiera ostentar alguna de las competencias administrativas a las que se refieren las mencionadas letras del artículo 2 de esta Ley” [78].

La competencia territorial es una pieza clave a la hora de la interposición de demanda, pues nos señala en qué lugar habrá de presentarse. Esta se encuentra formulada en el artículo 10 de la LJS, determinándose la competencia territorial de forma bifronte. Así como regla general, el juzgado competente será el del lugar de prestación de los servicios o el lugar donde tenga su domicilio el Demandado, a elección del Demandante. Sin perjuicio de lo anterior, en diversos procesos existen reglas específicas:

a.-En los que versen sobre las materias referidas en las letras o) y p) del artículo 2, aquél en cuya circunscripción se haya producido la resolución originaria, expresa o presunta, o la actuación impugnada en el proceso, o, a elección del demandante, el juzgado de su domicilio, si bien, cuando el recurso tenga por objeto actos de las Administraciones de las Comunidades Autónomas o de las entidades de la Administración Local, la elección se entenderá limitada a los juzgados comprendidos dentro de la circunscripción de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia en que tenga su sede el órgano que hubiere dictado el acto originario impugnado.

b.-En los que versen sobre las materias referidas en las letras q) y r) del artículo 2, el del domicilio del demandado o el del demandante, a elección de éste. En los procesos entre Mutualidades de Previsión, regirá en todo caso el fuero de la demandada.

c.-En los de reclamación de salarios de tramitación frente al Estado, conocerá el juzgado que dictó la sentencia de despido.

d.-En los que versen sobre las materias referidas en las letras j) y l) del artículo 2, el de la sede del sindicato o de la asociación empresarial.

e.-En los que versen sobre la materia referida en las letras k) y m) del artículo 2, el del lugar en que se produzcan los efectos del acto o actos que dieron lugar al proceso.

f.-En los que versen sobre la materia referida en la letra f) del artículo 2, el del lugar donde se produjo o, en su caso, al que se extiendan los efectos de la lesión, o las decisiones o actuaciones respecto de las que se demanda la tutela.

g.-En los procesos electorales referidos en la letra i) del artículo 2, el del lugar en cuya circunscripción esté situada la empresa o centro de trabajo; si los centros están situados en municipios distintos, en que ejerzan jurisdicción juzgados diferentes, con unidad de comité de empresa o de órgano de representación del personal al servicio de las Administraciones públicas, el del lugar en que inicialmente hubiera de constituirse o se hubiera constituido la mesa electoral. Cuando se trate de impugnación de la resolución administrativa que deniegue el registro de las actas electorales o las relativas a expedición de certificaciones de la capacidad representativa de los sindicatos o de los

INTRODUCCIÓN

resultados electorales, la competencia corresponderá al Juzgado de lo Social en cuya circunscripción se encuentre la oficina pública correspondiente.

h.-En los de impugnación de convenios colectivos o laudos sustitutivos de aquéllos y en los de conflictos colectivos, referidos en las letras h) y g) del artículo 2, el de la circunscripción a que se refiera el ámbito de aplicación del convenio o laudo impugnado, o en que se produzcan los efectos del conflicto, respectivamente. En las acciones de impugnación y recursos judiciales de impugnación de los restantes tipos de laudos arbitrales cuyo conocimiento corresponda al orden social, el de la circunscripción del juzgado al que le hubiera correspondido, en su caso, el conocimiento del asunto sometido a arbitraje.

Por último, el párrafo 4 del artículo 10 de la LJS señala que *en los procesos de impugnación de actos de Administraciones públicas no comprendidos en los apartados anteriores y atribuidos a los Juzgados de lo Social, la competencia territorial de los mismos se determinará conforme a las siguientes reglas:*

a.-Con carácter general, será competente el juzgado en cuya circunscripción tenga su sede el órgano que hubiera dictado el acto originario impugnado.

b.-En la impugnación de actos que tengan un destinatario individual, a elección del demandante, podrá interponerse la demanda ante el juzgado del domicilio de éste, si bien, cuando el recurso tenga por objeto actos de las Administraciones de las Comunidades Autónomas o de las entidades de la Administración Local, la elección se entenderá condicionada a que el juzgado del domicilio esté comprendido dentro de la circunscripción de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia en que tenga su sede el órgano que hubiere dictado el acto originario impugnado. Si el acto afectase a una pluralidad de destinatarios se aplicará la regla general [79].

Para finalizar, en sede competencia funcional es necesario traer a colación lo especialmente dispuesto, y aplicable a las cuestiones tratadas, del artículo 7 de la LJS, al señalar que las Salas de lo Social de los Tribunales Superiores de Justicia conocerán, entre otras materias, los recursos de suplicación establecidos en esta Ley contra las resoluciones dictadas por los Juzgados de lo Social de su circunscripción [80].

1.1.7.3. Las partes en el proceso laboral en materia de seguridad social prestacional: capacidad, legitimación y personación.

La legitimación activa en el proceso laboral en materia de seguridad social corresponde al trabajador o al que sea beneficiario de la prestación ex artículo 71.1 LJS, correspondiendo la legitimación pasiva a la Tesorería General de la Seguridad Social, así como a las entidades gestoras.

La capacidad procesal en general de las personas físicas, es decir, la aptitud jurídico procesal se encuentran regulada, sin perjuicio de la vertiente civil ya meritada anteriormente, en el artículo 6 de la LEC, por cuanto pueden ser parte en el proceso: *“las personas físicas”*, mientras que la capacidad de obrar procesal, tanto de las personas físicas como de las jurídicas se regula en el artículo 7 de la LEC que preceptúa lo siguiente:

“1. Sólo podrán comparecer en juicio los que estén en el pleno ejercicio de sus derechos civiles.

2. Las personas físicas que no se hallen en el caso del apartado anterior habrán de comparecer mediante la representación o con la asistencia, la autorización, la habilitación o el defensor exigidos por la ley.

(...)

4. Por las personas jurídicas comparecerán quienes legalmente las representen.

(...)

6. Las entidades sin personalidad a que se refiere el número 5.º del apartado 1 del artículo anterior comparecerán en juicio por medio de las personas a quienes la ley, en cada caso, atribuya la representación en juicio de dichas entidades.

7. Por las entidades sin personalidad a que se refiere el número 7.º del apartado 1 y el apartado 2 del artículo anterior comparecerán en juicio las personas que, de hecho o en virtud de pactos de la entidad, actúen en su nombre frente a terceros.

8. Las limitaciones a la capacidad de quienes estén sometidos a concurso y los modos de suplir las se regirán por lo establecido en la Ley Concursal” [81].

En el ámbito laboral, siguiendo fundamentalmente los artículos precitados, la Ley de Jurisdicción laboral señala en sede capacidad que *podrán comparecer en juicio en defensa de sus derechos e intereses legítimos quienes se encuentren en el pleno ejercicio de sus derechos civiles, teniendo capacidad procesal los trabajadores mayores de dieciséis años y menores de dieciocho respecto de los derechos e intereses legítimos derivados de sus contratos de trabajo y de la relación de Seguridad Social, cuando legalmente no precisen para la celebración de dichos contratos autorización de sus padres, tutores o de la persona o institución que los tenga a su cargo, o hubieran obtenido autorización para contratar de sus padres, tutores o persona o institución que los tenga a su cargo conforme a la legislación laboral o la legislación civil o mercantil respectivamente. Igualmente tendrán capacidad procesal los trabajadores autónomos económicamente dependientes mayores de dieciséis años. Tendrán igualmente capacidad procesal respecto de los derechos de naturaleza sindical y*

INTRODUCCIÓN

de representación, así como para la impugnación de los actos administrativos que les afecten.

Por quienes no se hallaren en el pleno ejercicio de sus derechos civiles comparecerán sus representantes legítimos o los que deban suplir su incapacidad conforme a Derecho.

Por las personas jurídicas comparecerán quienes legalmente las representen. Por las entidades sin personalidad a las que la ley reconozca capacidad para ser parte comparecerán quienes legalmente las representen en juicio. Por las masas patrimoniales o patrimonios separados carentes de titular o cuyo titular haya sido privado de sus facultades de disposición y administración comparecerán quienes conforme a la ley las administren. Por las entidades que, no habiendo cumplido los requisitos legalmente establecidos para constituirse en personas jurídicas, estén formadas por una pluralidad de elementos personales y patrimoniales puestos al servicio de un fin determinado, comparecerán quienes de hecho o en virtud de pactos de la entidad, actúen en su nombre frente a terceros o ante los trabajadores. Por las comunidades de bienes y grupos comparecerán quienes aparezcan, de hecho o de derecho, como organizadores, directores o gestores de los mismos, o en su defecto como socios o partícipes de los mismos y sin perjuicio de la responsabilidad que, conforme a la ley, pueda corresponder a estas personas físicas [82], estando legitimados en el proceso laboral los titulares de un derecho subjetivo o un interés legítimo quienes podrán ejercitar las acciones ante los órganos jurisdiccionales del orden social, en los términos establecidos en las leyes, ex artículo 17 de la Ley de Jurisdicción laboral [83].

Tanto la representación como la defensa del Estado se rige por lo especialmente dispuesto en la LOPJ en su artículo 551:

“1. La representación y defensa del Estado y de sus organismos autónomos, así como la representación y defensa de los órganos constitucionales cuyas normas internas no establezcan un régimen especial propio, corresponderá a los Abogados del Estado integrados en el Servicio Jurídico del Estado. Los Abogados del Estado podrán representar y defender a los restantes organismos y entidades públicos, sociedades mercantiles estatales y fundaciones con participación estatal, en los términos contenidos en la Ley 52/1997, de 27 de noviembre, de Asistencia Jurídica al Estado e Instituciones Públicas y disposiciones de desarrollo.

La representación y defensa de las entidades gestoras, servicios comunes y otros organismos o entidades de naturaleza pública, que conforme a la ley integran la Administración de la Seguridad Social, sin incluir, en consecuencia, la de las mutuas colaboradoras de la Seguridad Social, corresponderá a los Letrados de la Administración de la Seguridad Social, integrados en el Servicio Jurídico de la Administración de la Seguridad Social, sin perjuicio de que, de acuerdo con lo que reglamentariamente se determine, tales funciones puedan ser encomendadas a Abogado colegiado especialmente designado al efecto.

(...)

3. La representación y defensa de las comunidades autónomas y las de los entes locales corresponderán a los letrados que sirvan en los servicios jurídicos de dichas Administraciones públicas, salvo que designen abogado colegiado que les represente y defienda. Los Abogados del Estado podrán representar y defender a las comunidades autónomas y a los entes locales en los términos contenidos en la Ley 52/1997, de 27 de noviembre, de Asistencia Jurídica al Estado e Instituciones Públicas y su normativa de desarrollo. [84]. En este mismo sentido, el artículo 22.2 de la LJS preceptúa que la representación y defensa de las Entidades Gestoras y de los Servicios Comunes de la Seguridad Social corresponderá a los letrados de la Administración de la Seguridad Social, sin perjuicio de que para supuestos determinados pueda conferirse la representación conforme a las reglas generales del artículo 18 o designarse abogado al efecto [85].

El trabajador o beneficiario de la prestación pueden comparecer por sí mismo o bien conferir su representación a abogado, procurador, graduado social colegiado o cualquier persona que se encuentre en el pleno ejercicio de sus derechos civiles, bien mediante apoderamiento apud acta otorgado ante el Secretario judicial del juzgado correspondiente, bien mediante escritura pública de apoderamiento [86]. No obstante, pese lo facultativo de la representación en la instancia, en orden a la interposición del recurso de suplicación ante los Tribunales Superiores de Justicia de las Comunidades Autónomas, los litigantes habrán de estar defendidos por abogado o representados técnicamente por graduado social colegiado al igual que acontece en el recurso de casación ante el Tribunal Supremo [87].

1.1.7.4. La demanda en los procesos de seguridad social prestacional

Hemos de partir de la base que existe una clara e inequívoca vinculación entre la reclamación administrativa presentada ante el Organismo correspondiente y la demanda por cuanto, y salvo las excepciones que posteriormente se mencionarán, las Partes no podrán introducir variaciones sustanciales de tiempo, de cantidades o de conceptos respecto de los que hubiesen sido objeto del procedimiento administrativo y de las actuaciones de los interesados o de la Administración. De esta regla, ex artículo 72 LJS, sólo se excepcionan los hechos nuevos o aquellos que no hubieren podido conocerse con anterioridad.

Por esta razón, si en la demanda se hubiere omitido la reclamación administrativa previa, el secretario judicial dispondrá que se subsane el defecto en el plazo de cuatro días. Si así se realizara por el Demandante, se admitirá la demanda; en otro caso el Secretario dará cuenta al Tribunal para que por el mismo se resuelva sobre la admisión de la demanda [88].

INTRODUCCIÓN

Por otra parte, no menos relevante que lo anterior, hemos de significar que los procesos de seguridad social son una modalidad del procedimiento ordinario, por lo que en todo aquello no especialmente previsto en la referida modalidad, regirá lo dispuesto en el artículo que versa sobre el proceso ordinario [89].

En base a ello, en principio, se dará al procedimiento la tramitación que resulte conforme a la modalidad procesal expresada en la demanda, sin perjuicio de que si en cualquier momento desde la presentación de la demanda se advirtiere la inadecuación del procedimiento seguido, se procederá a dar al asunto la tramitación que corresponda a la naturaleza de las pretensiones ejercitadas, sin vinculación necesaria a la modalidad elegida por las partes y completando, en su caso, los trámites que fueren procedentes según la modalidad procesal adecuada, con aplicación del régimen de recursos que corresponda a la misma, conforme señala el artículo 102.1 LJS.

Sin perjuicio de la regla ya expresada en el artículo 72 de la LJS, la demanda se formulará por escrito habiendo de contener los requisitos generales marcados en el artículo 80 de la LJS:

a.-La designación del órgano ante quien se presente.

b.-La modalidad procesal a través de la cual entienda que deba enjuiciarse su pretensión.

c.-La designación del demandante, en los términos del artículo 16 de la LJS,

d.-La enumeración clara y concreta de los hechos sobre los que verse la pretensión y de todos aquellos que, según la legislación sustantiva, resulten imprescindibles para resolver las cuestiones planteadas.

e.-La súplica correspondiente, en los términos adecuados al contenido de la pretensión ejercitada.

f.-Si el demandante litigase por sí mismo, designará un domicilio, de ser posible en la localidad donde resida el juzgado o tribunal, en el que se practicarán todas las diligencias que hayan de entenderse con él. La designación deberá efectuarse con indicación completa de todos los datos de identificación del domicilio facilitado, así como número de fax, teléfono y dirección electrónica si dispone de ellos, para la práctica de toda clase de comunicaciones por dichos medios.

Si el demandante designa letrado, graduado social colegiado o procurador deberá ir firmada por el profesional, que se entenderá asume su representación con plenas facultades procesales y facilitará los mismos datos anteriores, sin perjuicio de la ratificación posterior en juicio del demandante salvo que con anterioridad otorgue poder en forma, por alguno de los medios admitidos en

derecho o que, con posterioridad, se efectúe revocación o renuncia comunicada de forma efectiva.

g.-Fecha y firma.

Tanto de la demanda como de los documentos que la acompañen se presentarán por el actor tantas copias como demandados y demás interesados en el proceso haya, así como para el Ministerio Fiscal, en los casos en que legalmente deba intervenir, así como de los demás documentos requeridos según la modalidad procesal aplicable [90].

1.1.7.5. Remisión del expediente

Tras la admisión de la demanda a trámite, uno de los pasos claves en esta modalidad procesal es la remisión del expediente por la Entidad gestora o el organismo gestor o colaborador.

El Tribunal reclamará la remisión del expediente o de las actuaciones administrativas practicadas en relación con el objeto de la misma, en original o copia, en soporte escrito o preferentemente informático, y, en su caso, informe de los antecedentes que posea en relación con el contenido de la demanda, en plazo de diez días.

El expediente se enviará completo, foliado y, en su caso, autenticado y acompañado de un índice de los documentos que contenga. Si se remitiera el expediente original, el secretario judicial lo devolverá a la entidad de procedencia, firme que sea la sentencia, dejando en los autos nota de ello [91].

Puede darse el caso de que el organismo correspondiente no remita el expediente administrativo o la documentación ya precisada, en cuyo caso el secretario judicial reiterará por la vía urgente su inmediata remisión.

En todo caso, conforme al artículo 144 de la LJS, *el juicio se celebrará en el día señalado, aunque la entidad correspondiente no hubiera remitido el expediente o su copia, salvo que justificara suficientemente la omisión.* No obstante, si al demandante le conviniera la aportación del expediente a sus propios fines, podrá solicitar la suspensión del juicio, para que se reitere la orden de remisión del expediente en un nuevo plazo de diez días con apercibimiento de imposición de las siguientes medidas: El incumplimiento de las obligaciones de colaboración con el proceso y de cumplir las resoluciones de los jueces y tribunales y de los secretarios judiciales en su función de ordenación del procedimiento y demás competencias atribuidas por el artículo 456 de la Ley Orgánica del Poder Judicial, sin perjuicio de lo previsto en los apartados 3 y 4 de este mismo artículo, darán lugar, respectivamente, a la aplicación de los apremios pecuniarios a las partes y de las multas coercitivas a los demás intervinientes o terceros, en los términos establecidos en los apartados 2 y 3 del artículo 241, pudiendo ser oídos en justicia en la forma

INTRODUCCIÓN

prevista en el apartado anterior, ex artículo 75.5 de la LJS. Ahondando en la responsabilidad disciplinaria, el artículo 145 LJS señala que la falta de remisión del expediente y cualquier otro incumplimiento de las obligaciones de colaboración con el proceso se notificará por el secretario judicial al director de la entidad gestora u organismo gestor, a los efectos de la posible exigencia de responsabilidades disciplinarias, sin perjuicio de demás medidas que puedan ser procedentes.

En todo caso, si llegada la fecha del nuevo señalamiento no se hubiera remitido el expediente, podrán tenerse por probados aquellos hechos alegados por el demandante cuya prueba fuera imposible o de difícil demostración por medios distintos de aquél.

1.1.7.6. Desarrollo del proceso; probática.

Una vez sea admitida la demanda, y habiéndose verificado que concurren los requisitos señalados, el Secretario judicial señalará en la misma resolución de admisión el día, así como la hora en que tendrán lugar los actos de conciliación y juicio, debiendo mediar al menos diez días entre la citación y la celebración de dichos actos, excepto en los supuestos de nuevo señalamiento tras la suspensión o, en aquellos casos especialmente significados en la legislación [92] No obstante, cuando la representación y defensa en juicio esté atribuida al letrado de la Administración de la Seguridad Social, se le concederá un plazo de veintidós días para la consulta a la Dirección del Servicio Jurídico de la Administración de la Seguridad Social ex artículo 82.5 LJS.

Siendo de especial relevancia y complejidad en este tipo de procedimiento el material probático, puede, bien de oficio, bien a petición de parte requerirse la aportación con al menos cinco días antes de la vista, la prueba documental o pericial que por su volumen o complejidad hubiere preferiblemente examinarse antes de la práctica de la prueba [93] La práctica de la prueba en juicio se encuentra preceptuada en el artículo 87 de la LJS conforme al cual, y, en síntesis:

a.-Se admitirán las pruebas que se formulen y puedan practicarse en el acto, respecto de los hechos sobre los que no hubiere conformidad salvo en los casos en que la materia objeto del proceso esté fuera del poder de disposición de los litigantes, siempre que aquéllas sean útiles y directamente pertinentes a lo que sea el objeto del juicio y a las alegaciones o motivos de oposición previamente formulados por las partes en el trámite de ratificación o de contestación de la demanda

b.-El juez o tribunal resolverá sobre la pertinencia de las pruebas propuestas y determinará la naturaleza y clase de medio de prueba de cada una de ellas según lo previsto en el artículo 299 de la Ley de Enjuiciamiento Civil y lo especialmente previsto en la LJS.

c.-En los casos de inadmisión, la parte que la hubiera propuesto podrá hacer constar su protesta en el acto consignándose en el acta la pregunta o la prueba solicitada, la resolución denegatoria, la fundamentación razonada de la denegación y la protesta, todo a efectos del correspondiente recurso contra la sentencia.

d.-El órgano judicial podrá hacer, tanto a las partes como a los peritos y testigos, las preguntas que estime necesarias para el esclarecimiento de los hechos, pudiendo los litigantes y los defensores ejercitar el mismo derecho. [94]

De especial mención es la prueba pericial regulada en el artículo 93 de la LJS, llevándose a cabo la misma en el acto del juicio mediante la presentación del informe, una vez se hubieren ratificado en él, no siendo necesaria tal ratificación en las actuaciones que obren en el expediente administrativo siempre que la aportación fuere preceptiva.

Dependiendo de las circunstancias concretas del caso, bien de oficio, bien a petición de parte, el Juez podrá requerir la intervención de un médico forense que sea de la especialidad requerida, teniendo en cuenta en todo caso los reconocimientos e informes que constaren previamente en las actuaciones [95].

También podrá el Juez en aquellos procesos que tuvieren su causa en enfermedad profesional recabar el informe de un experto, de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social y de los organismos públicos competentes en materia de prevención y salud laboral, así como de las entidades e instituciones legalmente habilitadas al efecto [96].

e.-Una vez practicadas las pruebas admitidas, las partes o sus defensores o representantes, formularán oralmente sus conclusiones de un modo concreto y preciso, determinando en virtud del resultado de la prueba y sin alterar los puntos fundamentales y los motivos de pedir invocados en la demanda la solicitud concreta y precisa de las medidas con que puede ser satisfecha la pretensión ejercitada.

No es inhabitual que estas materias sean de especial complejidad o volumen probático, por ello y, en estos casos, el juez o tribunal podrá conceder a las partes la posibilidad de efectuar sucintas conclusiones complementarias, por escrito y preferiblemente por medios telemáticos, sobre los particulares que indique, en relación exclusiva con dichos elementos de prueba, dentro de los tres días siguientes.

1.1.7.7. La sentencia; el recurso de suplicación [97].

El plazo conferido por la LJS para que el Juez dicte sentencia tras la finalización del procedimiento es de cinco días, habiendo de publicarse de forma inmediata, y notificándose a las partes en el plazo de los dos días siguientes.

INTRODUCCIÓN

El sentencia habrá de contener los siguientes elementos:

a.-Antecedentes de hecho, incluyéndose en este campo un resumen suficiente de todos los hechos que hubieren sido objeto de debate.

b.-Declaración expresa de los hechos que estimare probados habida cuenta de los elementos de convicción.

c.-Fundamentos de derecho a los razonamientos que le hubieren servido al Juez para llegar a los hechos que estimare probados.

d.-Fallo de la sentencia suficientemente fundamentado.

e.-Firmeza de la sentencia, en su caso, y los recursos que procedan contra la misma, órgano ante el que se deba interponer el recurso, plazo de interposición, requisitos de interposición, y, en su caso, los depósitos y consignaciones necesarios para su interposición [98].

En el caso de que la Parte estime que la sentencia le es desfavorable, ya sea por su desestimación total o parcial, podrá interponerse en este tipo de asuntos recurso de suplicación puesto que: *“Procederá en todo caso la suplicación, en los procesos que versen sobre reconocimiento o denegación del derecho a obtener prestaciones de Seguridad Social, así como sobre el grado de incapacidad permanente aplicable”* [99], siendo recurribles en suplicación ante la Sala del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Autónoma que corresponda, las sentencias que dicten los Juzgados de lo Social en los procesos que ante ellos se tramiten. No podrá interponerse recurso de suplicación en procesos de impugnación de alta médica cualquiera que sea la cuantía de las prestaciones de incapacidad temporal que viniere percibiendo el trabajador, al ser materia expresamente excluida de este recurso [100]. En cuanto a la cuantía a efectos procedimentales, vendrá determinada por lo específicamente dispuesto en el artículo 192 LJS para la materia laboral al señalar que *en la impugnación de actos administrativos en materia laboral y de Seguridad Social se atenderá, a efectos de recurso, al contenido económico de la pretensión o del acto objeto del proceso cuando sea susceptible de tal valoración y, en su caso, en cómputo anual. Cuando se pretenda el reconocimiento de un derecho o situación jurídica individualizada, la cuantía vendrá determinada por el valor económico de lo reclamado o, en su caso, por la diferencia respecto de lo previamente reconocido en vía administrativa.*

En materia de prestaciones de Seguridad Social igualmente valorables económicamente, se estará a la regla del apartado 3 de este mismo artículo computándose exclusivamente a estos fines las diferencias reclamadas sobre el importe reconocido previamente en vía administrativa” [101] es decir, por el importe de la prestación periódica en cómputo anual.

Sólo podrá ser objeto de suplicación ex artículo 193 LJS:

a.-La reposición de los autos al estado en el que se encontraban en el momento de cometerse una infracción de normas o garantías del procedimiento que haya producido indefensión.

b.-La revisión los hechos declarados probados, a la vista de las pruebas documentales y periciales practicadas.

c.-El examen de las infracciones de normas sustantivas o de la jurisprudencia [102].

1.1.8. Referencia del nuevo marco legislativo [103]

Como ya ocurriera en el año 1994, y debido nuevamente a la inmensa, extensa y dispersa normativa legislativa en materia de Seguridad Social, nuestro legislador se ha visto abocado a la elaboración de un nuevo texto refundido. En este sentido es paradigmática su exposición de motivos al señalar: *“El artículo uno. c) de la Ley 20/2014, de 29 de octubre, por la que se delega en el Gobierno la potestad de dictar diversos textos refundidos, en virtud de lo establecido en el artículo 82 y siguientes de la Constitución Española, autorizó al Gobierno para aprobar un texto refundido en el que se integrasen, debidamente regularizadas, aclaradas y armonizadas, el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, y todas las disposiciones legales relacionadas que se enumeran en ese apartado, así como las normas con rango de ley que las hubieren modificado. El plazo para la realización de dicho texto se fijó en doce meses a partir de la entrada en vigor de la citada Ley 20/2014, de 29 de octubre, que tuvo lugar el 31 de octubre de 2014”*.

Así, con fecha 31 de octubre de 2015 se publicó, mediante Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, viniendo a derogar íntegramente, conforme a su Disposición Derogatoria Única, el fundamental texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio [104], sin perjuicio de derogar, también íntegramente, entre otras: La Ley 47/1998, de 23 de diciembre, por la que se dictan reglas para el reconocimiento de la jubilación anticipada del Sistema de la Seguridad Social, en determinados casos especiales [105], la Ley 28/2003, de 29 de septiembre, reguladora del Fondo de Reserva de la Seguridad Social [106], La Ley 18/2007, de 4 de julio, por la que se procede a la integración de los trabajadores por cuenta propia del Régimen Especial Agrario de la Seguridad Social en el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos, salvo la disposición transitoria primera [107] y La Ley 28/2011, de 22 de septiembre, por la que se procede a la integración del Régimen Especial Agrario de la Seguridad Social en el Régimen General de la Seguridad Social, salvo la disposición adicional séptima y la disposición final cuarta [108].

INTRODUCCIÓN

El referido texto entró en vigor el día 2 de enero de 2016, presentando como “novedades” más significativas en nuestro ámbito de estudio de incapacidad permanente a efectos comparativos el artículo 193 que define conceptualmente la incapacidad permanente contributiva:

“1. La incapacidad permanente contributiva es la situación del trabajador que, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral. No obstará a tal calificación la posibilidad de recuperación de la capacidad laboral del incapacitado, si dicha posibilidad se estima médicamente como incierta o a largo plazo.

Las reducciones anatómicas o funcionales existentes en la fecha de la afiliación del interesado en la Seguridad Social no impedirán la calificación de la situación de incapacidad permanente, cuando se trate de personas con discapacidad y con posterioridad a la afiliación tales reducciones se hayan agravado, provocando por sí mismas o por concurrencia con nuevas lesiones o patologías una disminución o anulación de la capacidad laboral que tenía el interesado en el momento de su afiliación.

2. La incapacidad permanente habrá de derivarse de la situación de incapacidad temporal, salvo que afecte a quienes carezcan de protección en cuanto a dicha incapacidad temporal, bien por encontrarse en una situación asimilada a la de alta, de conformidad con lo previsto en el artículo 166, que no la comprenda, bien en los supuestos de asimilación a trabajadores por cuenta ajena, en los que se dé la misma circunstancia, de acuerdo con lo previsto en el artículo 155.2, bien en los casos de acceso a la incapacidad permanente desde la situación de no alta, a tenor de lo previsto en el artículo 195.4.”; los diferentes grados de incapacidad permanente preceptuados en su artículo 194:

“1. La incapacidad permanente, cualquiera que sea su causa determinante, se clasificará, en función del porcentaje de reducción de la capacidad de trabajo del interesado, valorado de acuerdo con la lista de enfermedades que se apruebe reglamentariamente en los siguientes grados:

- a) Incapacidad permanente parcial.*
- b) Incapacidad permanente total.*
- c) Incapacidad permanente absoluta.*
- d) Gran invalidez.*

2. La calificación de la incapacidad permanente en sus distintos grados se determinará en función del porcentaje de reducción de la capacidad de trabajo que reglamentariamente se establezca.

A efectos de la determinación del grado de la incapacidad, se tendrá en cuenta la incidencia de la reducción de la capacidad de trabajo en el desarrollo de la profesión que ejercía el interesado o del grupo profesional, en que aquella estaba encuadrada, antes de producirse el hecho causante de la incapacidad permanente.

3. La lista de enfermedades, la valoración de las mismas, a efectos de la reducción de la capacidad de trabajo, y la determinación de los distintos grados de incapacidad, así como el régimen de incompatibilidades de los mismos, serán objeto de desarrollo reglamentario por el Gobierno, previo informe del Consejo General del Instituto Nacional de la Seguridad Social” y la calificación y revisión de su artículo 200:

“1. Corresponde al Instituto Nacional de la Seguridad Social, a través de los órganos que reglamentariamente se establezcan y en todas las fases del procedimiento, declarar la situación de incapacidad permanente, a los efectos de reconocimiento de las prestaciones económicas a que se refiere este capítulo.

2. Toda resolución, inicial o de revisión, por la que se reconozca el derecho a las prestaciones de incapacidad permanente, en cualquiera de sus grados, o se confirme el grado reconocido previamente, hará constar necesariamente el plazo a partir del cual se podrá instar la revisión por agravación o mejoría del estado incapacitante profesional, en tanto que el beneficiario no haya cumplido la edad mínima establecida en el artículo 205.1.a), para acceder al derecho a la pensión de jubilación. Este plazo será vinculante para todos los sujetos que puedan promover la revisión.

No obstante lo anterior, si el pensionista de incapacidad permanente estuviera ejerciendo cualquier trabajo, por cuenta ajena o propia, el Instituto Nacional de la Seguridad Social podrá, de oficio o a instancia del propio interesado, promover la revisión, con independencia de que haya o no transcurrido el plazo señalado en la resolución.

Las revisiones fundadas en error de diagnóstico podrán llevarse a cabo en cualquier momento, en tanto el interesado no haya cumplido la edad a que se refiere el primer párrafo de este apartado.

3. Las disposiciones que desarrollen la presente ley regularán el procedimiento de revisión y la modificación y transformación de las prestaciones económicas que se hubiesen reconocido al trabajador, así como los derechos y obligaciones que a consecuencia de dichos cambios correspondan a las entidades gestoras o colaboradoras y servicios comunes que tengan a su cargo tales prestaciones.

Cuando, como consecuencia de revisiones por mejoría del estado incapacitante profesional proceda reintegrar, parcialmente o en su totalidad, la parte no consumida de los capitales coste constituidos por las mutuas

INTRODUCCIÓN

colaboradoras con la Seguridad Social o por las empresas que hubieran sido declaradas responsables de su ingreso, este último no tendrá la consideración de ingreso indebido, a los efectos previstos en el artículo 26, apartados 1, 2, 3 y 5 de esta ley, sin perjuicio de la aplicación de lo dispuesto en el artículo 24 de la Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria.

4. Las pensiones de incapacidad permanente, cuando sus beneficiarios cumplan la edad de sesenta y siete años, pasarán a denominarse pensiones de jubilación. La nueva denominación no implicará modificación alguna, respecto de las condiciones de la prestación que se viniese percibiendo”.

En incapacidad no contributiva, merece reseñarse el artículo 367 en cuanto a su calificación:

“1. Podrán ser constitutivas de invalidez las deficiencias, previsiblemente permanentes, de carácter físico o psíquico, congénitas o no, que anulen o modifiquen la capacidad física, psíquica o sensorial de quienes las padecen. El grado de discapacidad o de la enfermedad crónica padecida, a efectos del reconocimiento de la pensión de invalidez no contributiva, se determinará mediante la aplicación de un baremo, aprobado por el Gobierno, en el que serán objeto de valoración tanto los factores físicos, psíquicos o sensoriales de la persona presuntamente con discapacidad, como los factores sociales complementarios.

2. Asimismo, la situación de dependencia y la necesidad del concurso de una tercera persona a que se refiere el artículo 364.6, se determinará mediante la aplicación de un baremo que será aprobado por el Gobierno.

3. Las pensiones de invalidez pasarán a denominarse pensiones de jubilación cuando sus beneficiarios cumplan la edad de sesenta y cinco años. La nueva denominación no implicará modificación alguna respecto de las condiciones de la prestación que viniesen percibiendo”.

1.2. INCONTINENCIA URINARIA

1.2.1. Incontinencia urinaria de esfuerzo femenina

1.2.1.1. Definición

La Sociedad Internacional de Continencia (International Continence Society: ICS) define a la incontinencia urinaria (IU) como la pérdida involuntaria de orina [109]. La IU de esfuerzo (IUE) se define como la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra en respuesta a un aumento de presión abdominal que supera la presión de cierre del esfínter uretral, secundario a un evento físico, como pueden ser un esfuerzo físico, la práctica deportiva, la tos o el estornudo. Puede ser aislada o acompañarse de otros síntomas de incontinencia

urinaria (IU) o de disfunción del suelo pélvico. Si se acompaña de incontinencia urinaria de urgencia (IUU), definida como aquella pérdida de orina que se asocia a urgencia (que consiste en un repentino e imperioso deseo de orinar que es difícil de diferir), cambia su denominación a incontinencia urinaria mixta (IUM) [110].

1.2.1.2. Historia

Antigüedad

Los escritos de la antigüedad que abordan el problema de la incontinencia urinaria y su tratamiento son escasos y hacen referencia fundamentalmente a la incontinencia de carácter extrauretral o por rebosamiento.

La primera constancia escrita son los papiros egipcios de Ebers y de Smith que datan del II milenio a.C. En el papiro de Smith se hace referencia a la incontinencia urinaria resultante de una lesión medular, y en el de Ebers se recogen 900 remedios para el tratamiento de diversas enfermedades, entre las que figuran una "para eliminar pérdida ocasional de orina" y otra "para eliminar pérdida constante de orina" [111].

La medicina griega destaca por el asombroso trabajo de Hipócrates (460-377 a.C.), quién escribió extensamente sobre las enfermedades del tracto urinario y su manejo [112]. Otro prestigioso médico griego a mencionar es Galeno de Pérgamo (129-201 d.C.), que fue el primero en realizar experimentos fisiológicos sobre el funcionamiento del tracto urinario inferior, y postuló la teoría de que la micción es llevada a cabo mediante la contracción de la musculatura abdominal [113].

Edad Media

La edad media supone un periodo oscuro para el progreso de la ciencia en Europa. Los conocimientos adquiridos por griegos y romanos fueron transmitidos a posteriores generaciones mediante escuelas de medicina de oriente próximo, y preservados mediante manuscritos, como el conocido Canon de Avicena (930-1037 d.C.).

Renacimiento

Durante el renacimiento los científicos europeos redescubrieron los trabajos médicos griegos, romanos y orientales, e iniciaron su desarrollo.

El científico más destacable de este periodo es Leonardo da Vinci (1452-1519) cuyo trabajo anatómico resulta impresionante aún en la actualidad. Llevó a cabo numerosas disecciones en cadáveres humanos, plasmando sus observaciones en un extenso recopilatorio de dibujos. En sus láminas se representa la vejiga urinaria con un cuello abierto, y en algunas de ellas esbozó

INTRODUCCIÓN

sobre él una estructura circular que vendría a representar el esfínter interno. Sin embargo no se menciona en sus trabajos el problema de la incontinencia urinaria [112].

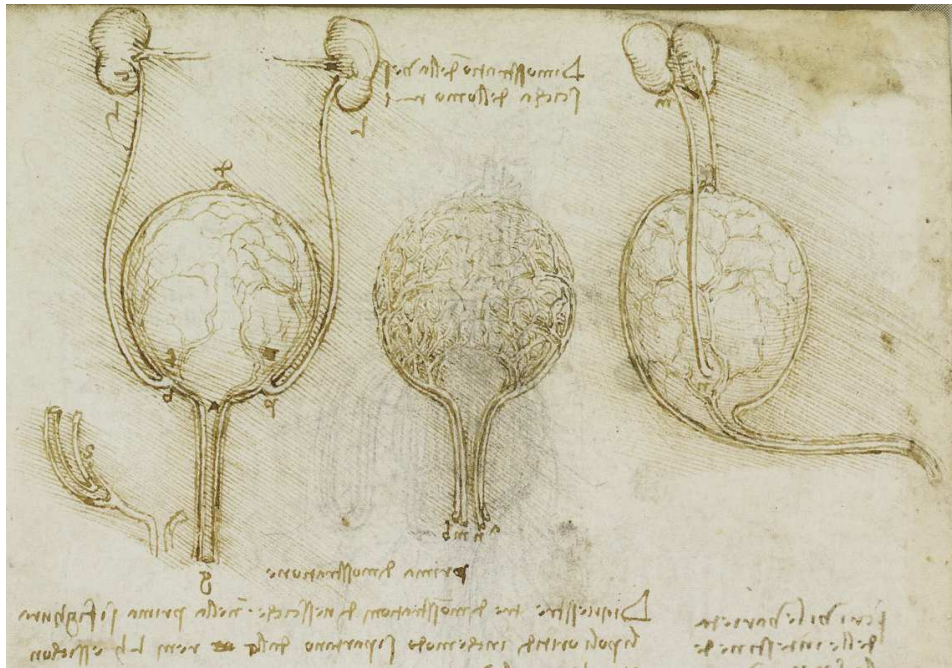


Figura 1. Representación de Da Vinci del aparato urinario [114].

El cirujano por excelencia del siglo XVI es Ambroise Paré, quien demostró gran interés en el tracto urinario, siendo el que describió la sincronización de la contracción del detrusor y la relajación esfinteriana durante la micción [115]. También mostró interés por el tema el médico alemán Heister, que dedicó dos capítulos de su tratado "Chirurgie" a la incontinencia urinaria masculina y femenina [116].

Para el tratamiento sintomático de la incontinencia urinaria en el Renacimiento, sólo de disponía de receptáculos colectores de distintos diseños.

Siglo XVIII

La terapia empírica de la incontinencia urinaria comenzó en la antigüedad, pero no fue hasta el siglo XVIII cuando comenzó a plasmarse de forma sistemática en la literatura médica, el uso de sustancias con efecto antidiurético y anticolinérgico. En dichos textos se cita el uso de la belladona (atropina), la ergotamina y el laúdano (opio), entre otros.

En ese periodo son reseñables los trabajos farmacológicos de Hahnemann (1755-1843), que distinguió entre distintos tipos de incontinencia urinaria, sugiriendo un tratamiento médico adecuado para cada uno de ellos [117].

Siglo XIX

El uso de pesarios vaginales para el tratamiento del prolapso y la incontinencia urinaria femenina comenzó a generalizarse a partir de este siglo. En 1826 Brown diseñó un sofisticado instrumento fabricado con marfil que se insertaba en el orificio uretral externo femenino para evitar la pérdida urinaria, que constaba de un tapón que podía retirarse para vaciar la vejiga [118].

En la segunda mitad del siglo XIX la introducción de la asepsia y la anestesia revolucionaron la cirugía moderna. Aparecieron novedosos procedimientos para el tratamiento quirúrgico de la IUE, que se convertirían en estándares de tratamiento. Pawlik (1849-1914), de la escuela de Viena, propuso la aproximación quirúrgica de las paredes de la uretra para tratar la IU, y en 1881 Frank publicó uno de los primeros trabajos en esta materia. En él, describió una operación que realizó a 37 mujeres de edad avanzada por vía transvaginal. Consistía en una excisión en forma de cuña en la pared uretral posterior y la resección de parte de la pared vaginal a nivel del cuello vesical. El defecto posteriormente se cerraba con suturas transversales, permitiendo el paso de un catéter de 9 French por la uretra. Las pacientes resultaron continentas a los 4 meses de la intervención [119].

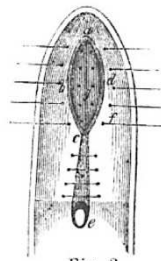


Fig. 2.
e, Harnröhrenmündung, *c c*, Keil an der hinteren Harnröhrenwand, *a b c d*, elliptische Excision der Vagina, *g*, freiliegende hintere Blasenhalbwand.

Figura 2. Esquema de la intervención de Frank [120].

Métodos similares fueron empleados por Winckel y Schultze los años sucesivos [121]. En 1888 Gersuny, realizó la primera torsión de uretra, presentándolo como una mejora de la técnica de Pawlik (la intervención resultó exitosa, sin embargo presentaba el inconveniente de que el tiempo de micción se prolongaba al producirse una obstrucción iatrógena de la uretra) [122]. Desarrollaron técnicas comparables Pousson, Albarran y Dudley los años sucesivos [120].

INTRODUCCIÓN

Siglo XX

No sería hasta la aparición de la técnica de Kelly en Baltimore a principios de siglo XX cuando una intervención quirúrgica se convirtiera en estándar de tratamiento de la IUE. El procedimiento consistía en una colporrafia anterior con una plicatura del cuello vesical mediante puntos de colchonero. Howard Kelly presentó a la comunidad científica su trabajo en 1914, con el seguimiento satisfactorio de 20 pacientes [123].

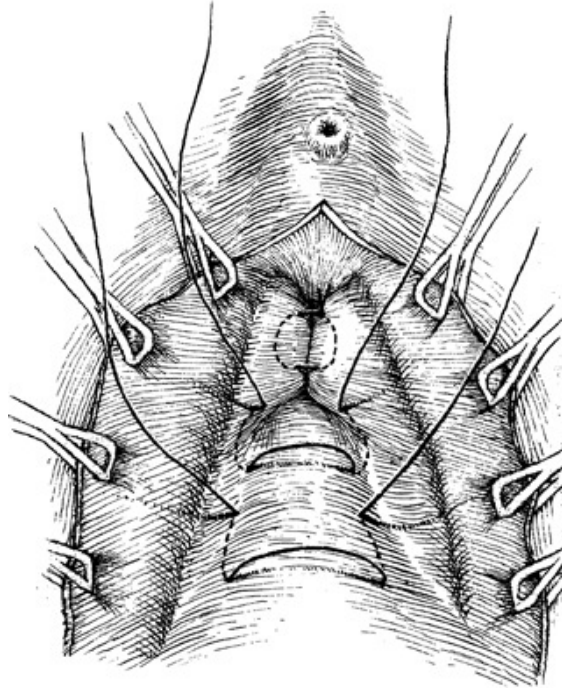


Figura 3. Plicatura de Kelly [124].

Posteriormente Young (1870-1945) introdujo una técnica para el tratamiento de la IU posterior a cirugía prostática que se realizaba en dos fases: una primera por vía transvesical, en el que se exponía la mucosa vesical, se denudaba el trigono y se aproximaban los extremos mediante suturas realizadas mediante un porta-agujas especial con forma de boomerang; y una segunda fase por vía perineal, en la que se reseca la cicatriz periuretral y se realizaba una plicatura del tejido remanente del esfínter uretral externo [125].

Otro descubrimiento fundamental en el tratamiento de la IUE, fue la aparición de las bandas retropúbicas. El método fue descrito la primera vez por Giordano en 1907, y consistía en la desinserción del músculo gracilis del muslo para translocarlo retropúbicamente como una banda que rodeaba la uretra [126]. Se diseñaron numerosas intervenciones de transposición

muscular para crear un cabestrillo suburetral: Goebell [127] y Frangenheim [128] emplearon músculos piramidales y Stoeckel sugirió su combinación con una plicatura transvaginal del cuello vesical (conocida como la intervención de Goebell-Frangenheim-Stoeckel) [129].

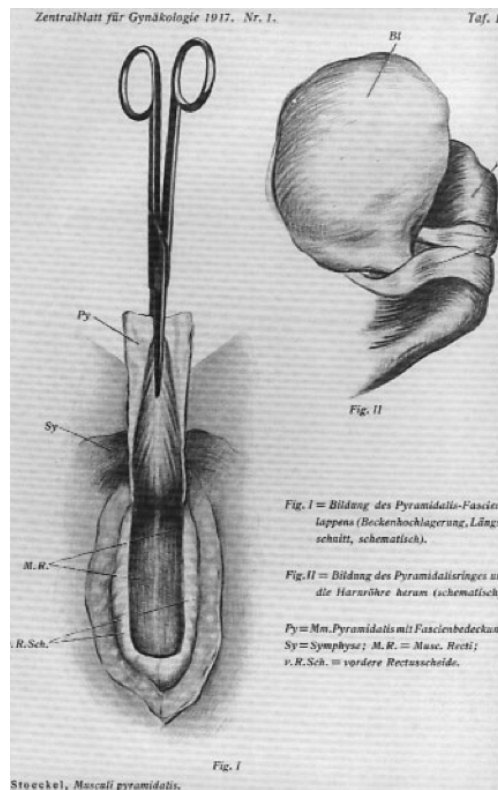


Figura 4. Banda suburetral de fascia de músculo piramidal de Stoeckel [130].

Otra modificación de esta técnica es el sling pubo-vaginal unido a la fascia de los rectos, descrita por Aldridge en 1942 (Aldridge fue uno de los primeros en señalar que un componente importante de la IUE podía ser debido al trauma obstétrico) [131] y posteriormente por Millin [132].

Con la unión de la banda a la fascia de los rectos se esperaba conseguir un cierre activo durante la contracción muscular de los mismos. Fueron descritos numerosos procedimientos por vía perineal que empleaban músculos próximos a la uretra como el músculo elevador del ano (Squier 1911), músculo gracilis (Deming 1926) o músculo isquiocavernoso (Lowsley 1936) [130].

Otras intervención que supuso un hito para el tratamiento quirúrgico de la IUE y que aún se realiza en la actualidad es la cistouropexia desarrollada

INTRODUCCIÓN

por Marshall para el tratamiento de la incontinencia urinaria masculina a mediados de los años cuarenta. Empleaba un abordaje suprapúbico para suspender el cuello vesical y la vejiga, mediante suturas de catgut en el periostio de la sínfisis y la vaina posterior del músculo recto del abdomen. Colaboró con dos ginecólogos, Marchetti y Krantz en 1949 para perfeccionar y modificar la intervención para aplicarla a la IUE femenina (intervención de Marshall-Marchetti-Krantz) [133]. Burch modificó la técnica en 1961 al ser incapaz de fijar las suturas al periostio, empleando en su lugar los ligamentos de Cooper (colposuspensión de Burch), que es uno de los métodos más sencillos y aceptados de elevar la unión uretrovesical [134].

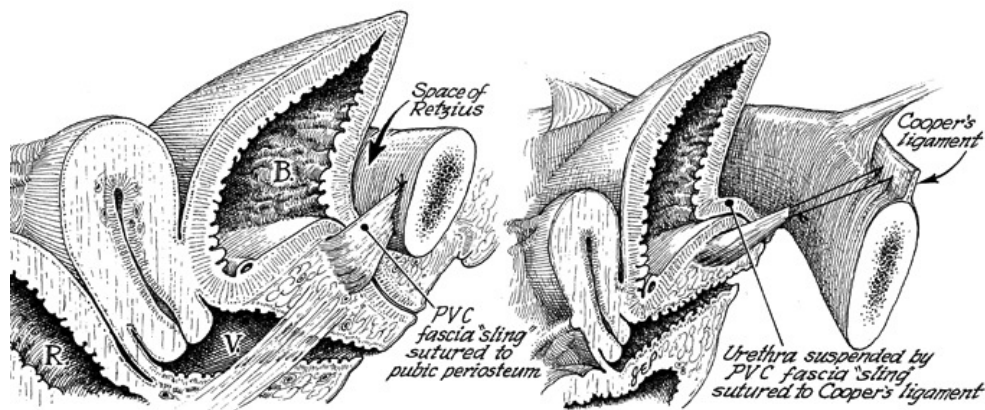


Figura 5. Comparación de la intervención de Marshall-Marchetti-Krantz (izquierda) y de Burch (derecha) [135].

Pereyra en 1959 introdujo el primer procedimiento mínimamente invasivo de suspensión vaginal con aguja y en 1973 Stamey comenzó a realizar controles cistoscópicos para este tipo de intervención [136].

En la segunda mitad del siglo XX aparecieron técnicas revolucionarias que han permitido el tratamiento de la IU mediante esfínteres artificiales (el primero fue diseñado por Foley en 1947) o electroestimulación [130].

1.2.1.3. Epidemiología

La IU es un síntoma común que puede afectar a mujeres de cualquier edad, con una amplia variedad de manifestaciones. La incontinencia habitualmente se define por la frecuencia, esto es el número episodios durante un periodo (que puede ser un año, un mes o un día) [137]. Si consideramos las pérdidas en un año, la prevalencia oscila en un margen amplio que comprende del 21-51% de la población, siendo hasta el 10% de las pérdidas urinarias de carácter semanal [138].

La prevalencia de la IU aumenta con la edad. En una encuesta realizada en Estados Unidos a población no gestante, se constató que estaba presente en el 7% de las mujeres de entre 20 y 39 años, el 17% de entre 40 y 59 años, en el 23% de entre 60 y 79 años, y hasta en el 32% de las mujeres con 80 años o más. De igual modo la severidad de la incontinencia aumenta con la edad [139].

La IU es más prevalente que la incontinencia fecal (IF), pero algunas mujeres presentan ambos síntomas de forma concomitante. En el Nurses Health Study, un estudio prospectivo realizado a 64000 mujeres con edades comprendidas entre 62 y 87 años, se encontró IU aislada en el 38%, y en el 7% coexistiendo con IF [140]. Constituyen factores de riesgo para la presencia simultánea de ambos: edad superior a 80 años, depresión, enfermedades neurológicas, limitaciones funcionales, multiparidad y peso neonatal elevado en el parto. La raza negra presenta una incidencia más baja de incontinencia dual [138].

La institucionalización de los pacientes aumenta de forma significativa la prevalencia, con tasas que oscilan entre el 43 y el 77% [141]. Asimismo el hecho de padecer IU aumenta el riesgo de ingreso en una residencia, de forma que en Estados Unidos, de un 6 a un 10% de las admisiones de nuevos pacientes fueron atribuibles a IU [142]. Puesto que la IU se asocia a demencia, limitación de la movilidad y otras comorbilidades (que aumentan la demanda de cuidados por parte de personal especializado), es previsible que la prevalencia aumente en los individuos institucionalizados, cuyos motivos de ingreso más frecuentes suelen ser precisamente dichas patologías [137].

La IU también es más frecuente en individuos con alteraciones cognitivas, teniendo las pacientes ancianas el doble de riesgo [143, 144].

La etnia también influye en la prevalencia, de modo que es más elevada en mujeres de raza blanca que en mujeres de raza negra [145]. Las mujeres negras presentan un 25-50% menos de IUE en comparación con mujeres blancas, y las asiáticas tienen menor tasa de IUE y IUU que las primeras [137].

Los diferentes estudios realizados han demostrado que la aparición de IU es más común durante la gestación. Se han comunicado prevalencias del 32 al 64% para todos los tipos de IU, y del 40 al 59% para IUE (de carácter aislado o mixto). La prevalencia es más elevada en multíparas y aumenta en incidencia y severidad conforme progresa la gestación [137]. La estimación de la prevalencia de incontinencia urinaria en el postparto es compleja, puesto que además de las diferencias del diseño y la evaluación de los diferentes estudios publicados, se ve influenciada por el número de partos previos, el tipo de parto y la historia previa de incontinencia [137]. La presentan un 6-35% de las mujeres en el postparto, y se resuelve durante el puerperio en el 70% de las afectadas [146].

INTRODUCCIÓN

La diferenciación de la prevalencia entre los distintos tipos de IU es difícil de precisar, debido a la variedad de definiciones, y a que en ocasiones es difícil establecer una distinción clara entre unos tipos y otros, siendo los trastornos de carácter mixto muy frecuentes. Se puede generalizar que el 50% de las mujeres afectas de IU presentan un componente de IUE [137].

1.2.1.4. Repercusión de la IU

La IU es un síntoma común, de intensidad variable, que puede afectar a las pacientes, no sólo en cuanto a la morbilidad que supone, sino en que repercute notablemente en su calidad de vida, además de comportar un gasto económico considerable.

1.2.1.4.1. Repercusión en la calidad de vida

La IU afecta a numerosas áreas de la esfera de la calidad de vida de la paciente. Por una parte alteran el bienestar físico y social, puesto que la IU supone un problema higiénico que puede limitar las relaciones sociales de la paciente. Además en el caso de mujeres ancianas, puede suponer una dependencia, de forma que interfiera con su actividad diaria al suponer un motivo de vergüenza. También afecta a la percepción general de la salud y a la salud mental de la paciente [147]. Se ha demostrado en el caso de pacientes institucionalizados, que la aparición de novo de IU o su empeoramiento disminuyen la calidad de vida, a pesar de la asistencia específica que reciben en dichas residencias, por tanto se ha sugerido que es preciso revisar y mejorar los cuidados que recibe la IU [148].

1.2.1.4.2. Morbilidad y mortalidad

La morbilidad médica asociada con IU incluye: candidiasis perineal, celulitis y úlceras de presión (por la constante humedad e irritación de la piel y las mucosas), infecciones del tracto urinario y sepsis urinaria (debido a la retención urinaria y la cateterización), caídas y fracturas (por el deslizamiento accidental al mojar el suelo) [149] e interrupción y deprivación del sueño por nocturia [138]. En los pacientes ancianos contribuye a incrementar su fragilidad, les hace de precisar de cuidados especializados y en ocasiones es motivo de institucionalización [150]. No obstante, no se ha asociado la IU con un aumento de la mortalidad [151]. En cuanto a la morbilidad psicológica se observan: baja autoestima, aislamiento social, depresión y disfunción sexual secundaria [147].

1.2.1.4.3. Impacto económico

La IU supone un gasto económico considerable a la sociedad. En Estados Unidos, los costes totales estimados en el año 2000 se aproximaron a los 20 billones de dólares [152]. Estos costes incluyen: gastos médicos (consultas médicas programadas y de urgencias, métodos diagnósticos y terapéuticos, debidos tanto a la IU como a sus morbilidades secundarias), manejo conservador (absorbentes y dispositivos colectores de orina), pérdida de productividad y necesidad de cuidados especializados (como el ingreso en instituciones). Los costes se han duplicado en la última década [153, 154]. Sin embargo, estos costes no permiten valorar aspectos intangibles de la patología, como la repercusión en la calidad de vida [138].

1.2.1.5. Anatomía de la continencia urinaria

El aparato urinario tiene como función la producción de orina en los riñones, que permite la eliminación de productos de desecho del organismo. Se transporta por los uréteres hasta la vejiga, donde se almacena, para abandonar el organismo finalmente por la uretra. La continencia urinaria es la capacidad que tiene la vejiga para retener la orina como un compartimento estanco hasta su expulsión.

1.2.1.5.1. Anatomía del tracto urinario inferior

1.2.1.5.1.1. Vejiga urinaria

La vejiga es un órgano muscular hueco que actúa como reservorio del sistema urinario. Presenta forma plana cuando está vacía y globular cuando está distendida. El revestimiento interno es un epitelio de transición (urotelio) que se apoya sobre una capa de tejido conjuntivo laxo (lámina propia). Su capa muscular (músculo detrusor) consta de múltiples haces con distribución plexiforme, que permite reducir las dimensiones de la vejiga durante la contracción. El peritoneo sólo cubre la superficie superior y los 2 cm superiores de la superficie posterior, de modo que la porción anterior de la vejiga es extraperitoneal y se encuentra adyacente al espacio retropúbico o de Retzius. Entre la vejiga y los huesos del pubis podemos encontrar tejido adiposo, los ligamentos pubovesicales, así como un prominente plexo venoso. En lo referente al resto de su anatomía topográfica, la vejiga descansa sobre la porción anterior de la vagina y el cérvix uterino, separada por la fascia endopélvica. Lateralmente está en contacto con las paredes pélvicas y el suelo de la pelvis. En su cara posterior se encuentran los dos orificios de entrada de los uréteres, y su superficie superior está en contacto con la cara anterior del útero en anteversión [155].

INTRODUCCIÓN

El cuello vesical es la porción de la vejiga en la que la uretra atraviesa la capa muscular y se abre en su interior mucoso. Se comporta como un esfínter, puesto que permanece cerrado hasta la contracción del músculo detrusor [156].

La vascularización de la vejiga depende fundamentalmente de dos arterias: vesical superior e inferior, ramas de la iliaca interna [156].

Es importante diferenciar dos zonas en la vejiga: el cuerpo y la base (constituida por el trigono, que está delimitado por la desembocadura de ambos uréteres), puesto que tienen receptores nerviosos distintos. El cuerpo presenta receptores β -adrenérgicos y colinérgicos, mientras que la base y la uretra proximal tienen receptores α -adrenérgicos. La inervación simpática del cuello vesical llega a través del nervio hipogástrico, del núcleo simpático que se encuentra a nivel de la 12^a vértebra dorsal. La inervación parasimpática del músculo detrusor se recibe por el nervio pélvico, cuya información proviene del núcleo parasimpático entre las vértebras sacras segunda y cuarta [157].

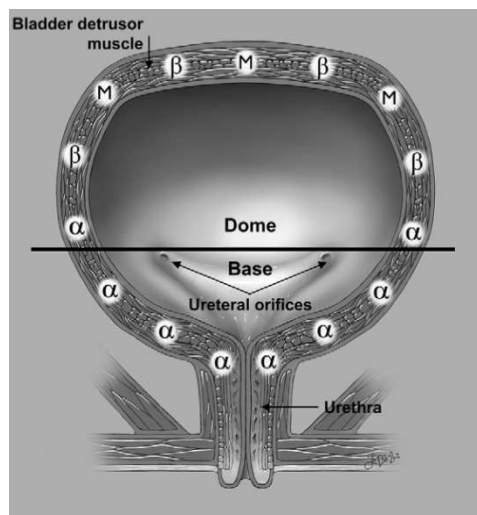


Figura 6. Receptores nerviosos de la vejiga urinaria [157].

1.2.1.5.1.2. Uretra

La uretra femenina se caracteriza por una longitud de unos 4 cm y un diámetro de 4 mm. Avanza desde el espacio retropúbico describiendo una curva, perfora la membrana perineal y se abre en el vestíbulo por encima del introito vaginal. En toda su longitud queda incluida en la adventicia de la porción anterior de la vagina. El músculo liso de la uretra, denominado esfínter intrínseco, está constituido por fibras musculares oblicuas y longitudinales (es probable que su función sea acortar y ensanchar la luz de la uretra) y por algunas fibras externas orientadas en sentido circular (que participan la

resistencia uretral al flujo de salida en reposo). La capa mucosa se continúa externamente con la vulvar e internamente con la vesical. Consta de un epitelio escamoso estratificado sostenido por una capa de tejido conjuntivo laxo denominado lámina propia (submucosa), que contiene colágeno y una extensa red vascular [155].

La vascularización de la uretra se realiza a través de ramas de la arteria iliaca interna de y la pudenda.

La inervación del esfínter intrínseco uretral se realiza por el sistema nervioso simpático a través del nervio hipogástrico. El esfínter extrínseco o periuretral es la musculatura estriada que rodea su porción externa, innervado por el sistema nervioso somático o voluntario a través del nervio pudendo. Su núcleo medular es el núcleo de Onuff que se encuentra en la médula sacra [157].

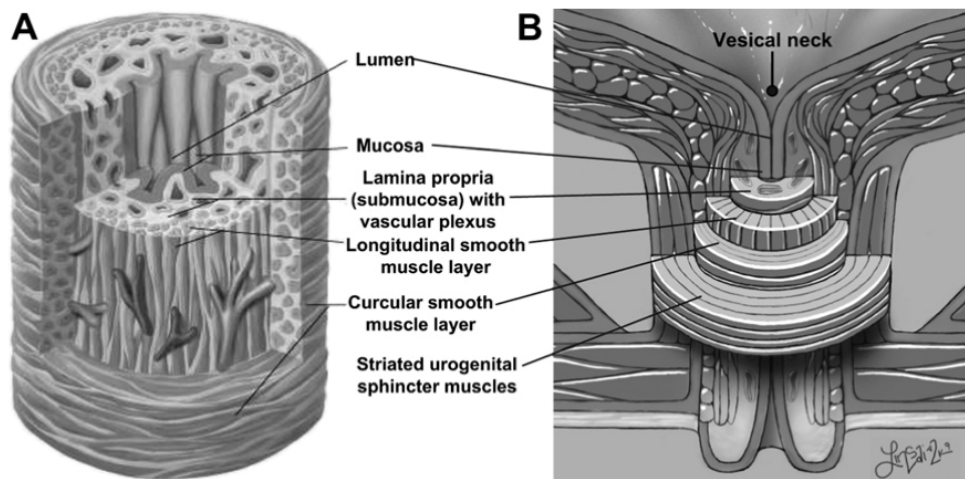


Figura 7. Anatomía de la uretra [157]. Figura 7a: Anatomía de la uretra aislada en una sección transversal. Figura 7b: Cuello vesical y anatomía uretral [158].

1.2.1.5.2. Anatomía del suelo pélvico

Los huesos pélvicos representan los pilares sobre los que se van anclar todas las estructuras que permiten el soporte de las vísceras. El suelo y las paredes de la pelvis están revestidos de ligamentos, músculos y fascias que rodean las aperturas externas de la vagina, la uretra y el recto. Los músculos que recubren el suelo pélvico se conocen como el diafragma pélvico, sustentado por la membrana perineal y el cuerpo perineal [159].

1.2.1.5.2.1. Huesos pélvicos

La pelvis está constituida por dos huesos innominados que se unen anteriormente entre sí y posteriormente al sacro. Cada hueso innominado está

INTRODUCCIÓN

compuesto a su vez por otros tres: ilion, isquion y pubis [160]. En bipedestación, las ramas iliacas del pubis se orientan verticalmente, y el peso de la mujer se transmite a los fémures. La columna lumbosacra, dirige la presión abdominal de forma anterógrada hacia la pared abdominal y los huesos del pubis, dispuestos de forma prácticamente horizontal. La presión descendente se dirige retrógradamente hacia el sacro y los músculos pélvicos [155]. Los ligamentos sacroespinoso, sacrotuberoso y longitudinal anterior del sacro son bandas densas de tejido conectivo que mantienen unidos los huesos pélvicos y proporcionan estabilidad a la pelvis [159].

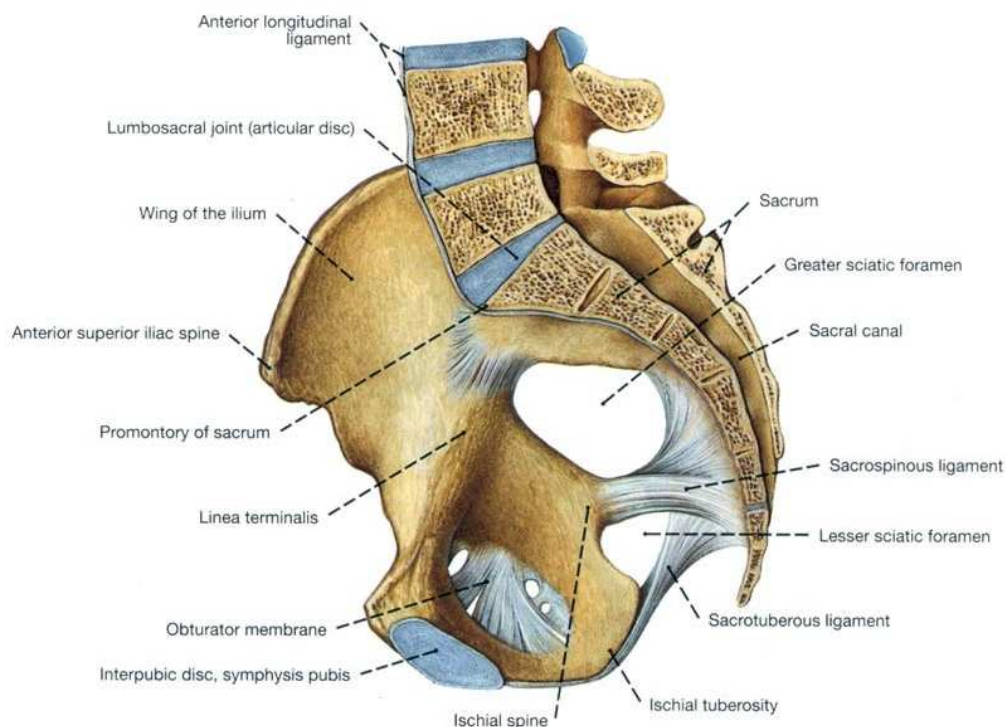


Figura 8. Corte sagital de la pelvis y sus ligamentos [161].

1.2.1.5.2.2. Fascias y ligamentos

Se distinguen dos tipos de fascia: parietal, y visceral o endopélvica.

-La fascia parietal recubre los músculos esqueléticos pélvicos, permitiendo sus inserciones a la pelvis ósea, y se caracteriza por agrupamientos regulares de colágeno [159].

-La fascia endopélvica es un entramado de colágeno, elastina y tejido adiposo laxo que se distribuye por todo el suelo pélvico, y que contiene los vasos

sanguíneos, linfáticos y nervios. Las condensaciones de la fascia en determinadas regiones se han descrito como ligamentos diferenciados. Su función principal es el sostén de los órganos pélvicos [155]. La laxitud de la misma permite la expansión y contracción de los órganos que contiene [159].

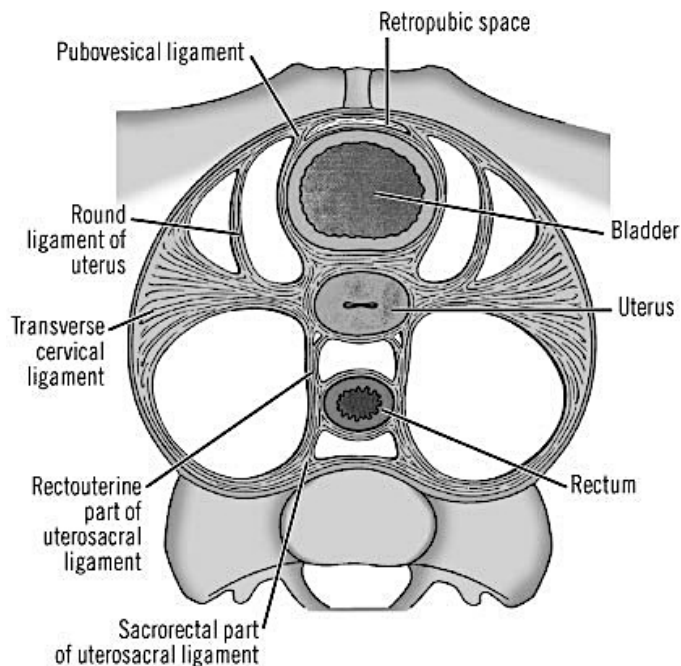


Figura 9. Ligamentos de sostén pélvico femeninos [162].

Aunque el tejido conectivo visceral pélvico es continuo y interdependiente, DeLancey ha descrito tres niveles de soporte vaginal que permiten comprender las distintas manifestaciones de las disfunciones del suelo pélvico. El nivel I comprende los ligamentos cardinales y uterosacros, que sustentan la vagina superior, el cérvix y el segmento uterino inferior. Su lesión determina el prolapso en el compartimento medio. El nivel II representa el tejido conectivo que une las paredes laterales de la porción media de la vagina a las paredes de la pelvis. La unión de la pared anterior de la vagina a los músculos elevadores sería la responsable de la elevación del cuello vesical que se observa durante la maniobra de Valsalva. Su lesión supone incontinencia urinaria de esfuerzo y defecto del compartimento anterior. Por último el III nivel está constituido por las uniones del tercio inferior de la vagina: anteriormente a la uretra, lateralmente al músculo pubovaginal y la membrana perineal y posteriormente al cuerpo perineal. Su afectación resulta en un defecto del compartimento posterior [159].

INTRODUCCIÓN

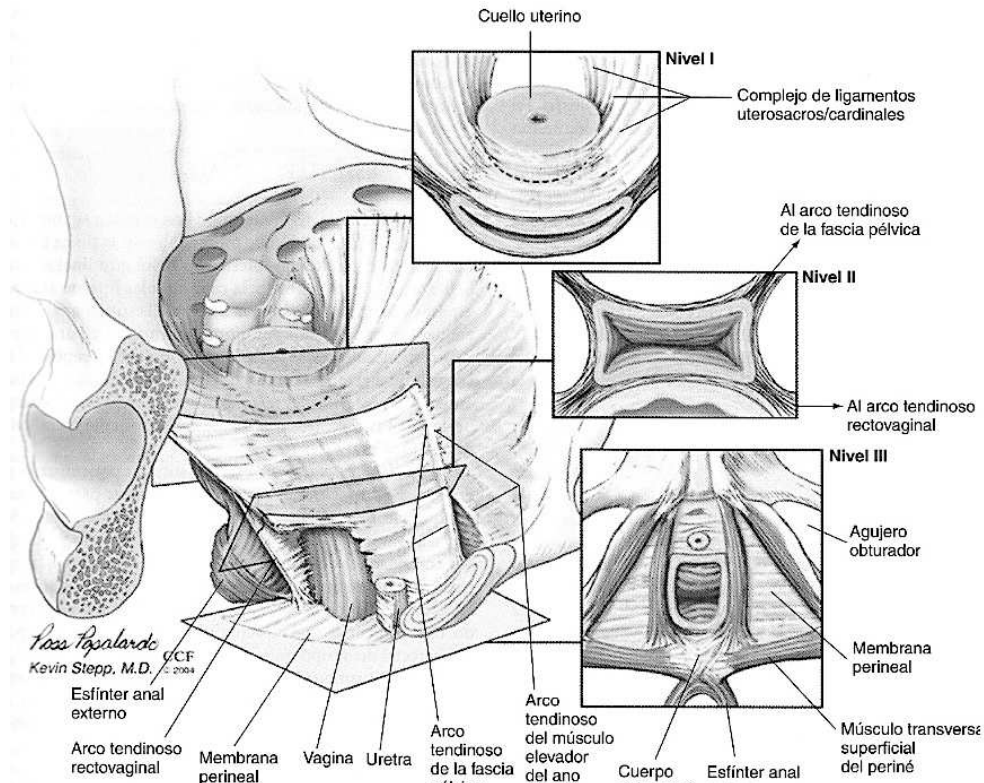


Figura 10. Niveles de sostén integrados de DeLancey [155].

1.2.1.5.2.3. Músculos

La pelvis está cerrada: lateralmente por los músculos obturador interno y piriforme; e inferiormente por los músculos elevadores del ano, el coccígeo, el esfínter anal externo, el esfínter uretral estriado y los músculos del periné. El músculo elevador del ano y el coccígeo delimitan el diafragma pélvico y recubren el suelo pélvico [155].

Los músculos del suelo pelviano reciben su inervación a través de los nervios sacros y por medio del nervio pudendo. La literatura reciente sugiere que en el caso del elevador del ano, en lugar del pudendo, participa de forma mayoritaria un nervio que discurre por la superficie intrapélvica de los músculos [163].

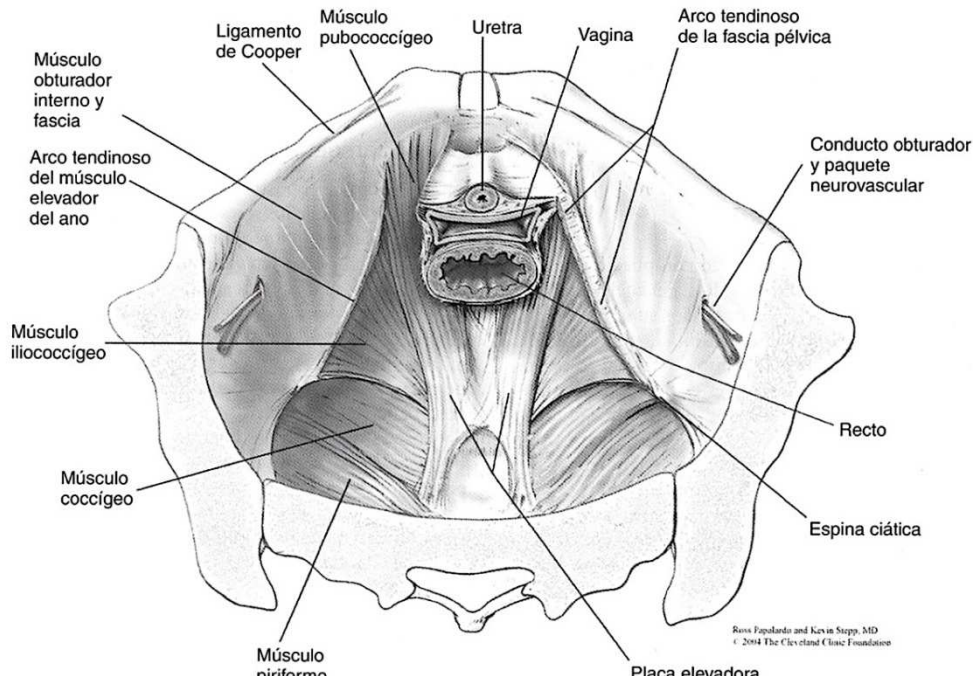


Figura 11. Vista abdominal de la musculatura del suelo pélvico [155].

1.2.1.5.2.3.1. Diafragma pélvico

Es una lámina de tejido muscular y aponeurótico que cierra el estrecho inferior de la pelvis, excepto en su región anterior dónde delimita el hiato urogenital para el paso de la uretra y la vagina. Se sitúa profundo al diafragma urogenital. Sus elementos constituyentes son el músculo elevador del ano, el músculo coccígeo y la fascia que los recubre [164].

El músculo elevador del ano se extiende desde el pubis y la fascia del obturador hasta el ano y el ligamento anococcígeo. El arco tendinoso elevador es el engrosamiento de la fascia del obturador en el origen del músculo elevador. Está constituido por tres segmentos diferenciados: puborrectal (que se origina en el pubis y rodea el recto), pubococcígeo (que discurre entre el pubis y el cóccix, se distingue dentro de él el fascículo pubovaginal, que rodea la vagina) e iliococcígeo (que se origina en el arco tendinoso del elevador y se inserta en el cóccix y el ligamento anococcígeo) [165].

Presenta dos tipos de fibras: de tipo I y II.

-Las de tipo I o de contracción lenta mantienen un tono muscular constante, para prevenir un estiramiento constante y excesivo de la fascia y los

INTRODUCCIÓN

ligamentos. Son las predominantes, y su estado de contracción permanente permite soportar el peso del contenido abdomino-pélvico, mantener cerrado el hiato urogenital, y atraer las partes distales de la uretra la vagina y el recto hacia los huesos pélvicos [166].

-Las de tipo II o de contracción rápida, son las responsables de las contracciones de carácter reflejo y voluntario. Las contracciones reflejas del músculo elevador y los esfínteres permiten mantener la continencia ante la aparición de una presión intraabdominal brusca (como la tos), y las contracciones voluntarias permiten posponer el deseo de evacuación.

Durante los procesos de micción, defecación y parto se produce una relajación transitoria de los músculos elevadores [159].

Placa elevadora es el término clínico que hace referencia a la región entre el cóccix y el ano, constituida fundamentalmente por la inserción de los músculos iliococcígeos. Esta porción del elevador constituye un soporte sobre los que el recto, la vagina superior y el útero descansan fuera del hiato urogenital.

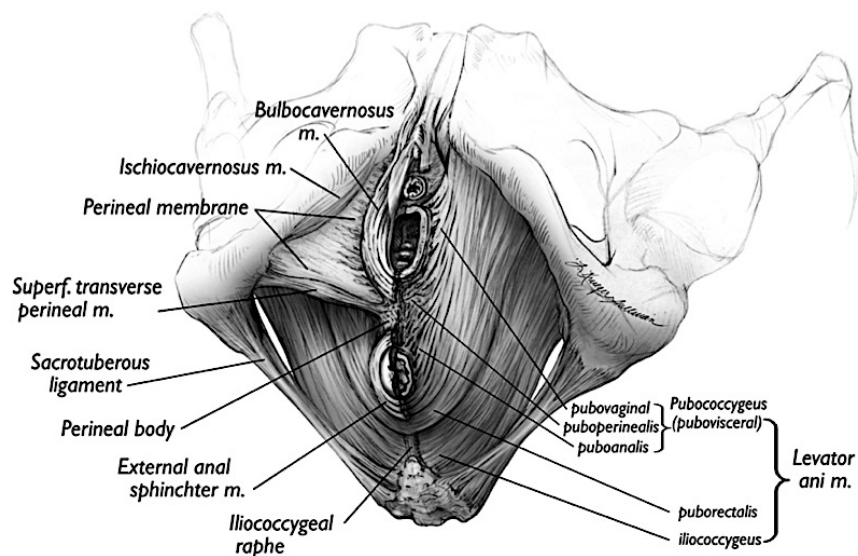


Figura 12. Vista inferior del suelo pélvico [159].

El músculo coccígeo está formado las fibras que se insertan en la espina isquiática y se dirigen a las superficies laterales del sacro y el cóccix. Está fusionado con el ligamento sacroespinoso [165]. Se dispone en el mismo plano que el elevador del ano, contiguo a su borde posterior [164].

1.2.1.5.2.3.2. Periné

Es la región delimitada por delante por el borde inferior de la sínfisis del pubis, posteriormente por el cóccix y lateralmente por las ramas isquiopúbicas, las tuberosidades isquiáticas y los ligamentos sacrotuberosos [164].

El periné se divide en un compartimento superficial y en otro profundo. Están separados por la membrana perineal (anteriormente conocida como diafragma urogenital) que es una capa de tejido conjuntivo fibroso que ofrece sostén a la vagina y la uretra [155]. El compartimento superficial está constituido por los músculostransverso superficial del periné, isquiocavernoso, bulboesponjoso o bulbocavernoso y la fascia perineal superficial. En el compartimento profundo se distinguen el músculo transverso profundo del periné, el esfínter uretral, y la fascia superficial. El cuerpo perineal hace referencia a una masa de tejido conectivo denso que se dispone entre el tercio distal de la pared vaginal posterior y el ano, el plano más inferior del suelo pélvico.

1.2.1.6. Fisiopatología de la continencia urinaria

1.2.1.6.1. Fisiología de la micción

En el proceso de la micción se distinguen dos fases: una fase de llenado y otra fase de vaciado [167].

En la fase de llenado, al ser la vejiga un órgano hueco, almacena la orina que se produce en los riñones, transportada por los uréteres. Ésta se acomoda al contenido gracias al tono del detrusor, que se comporta de forma pasiva como una esfera viscoelástica (que provoca que, a pesar el gran aumento de volumen, sólo haya un pequeño aumento de presión). La información de la distensión vesical llega por medio del nervio pelviano hasta la médula espinal, produciendo una estimulación del sistema nervioso simpático: que produce la relajación del músculo detrusor y la contracción del esfínter interno; y estimula el somático: que es responsable de la contracción el esfínter externo. Esto proporciona la continencia.

Cuando la vejiga alcanza el límite de presión vesical para la micción, se contrae para vaciar su contenido (mediado por la inhibición del simpático y estimulación del parasimpático), al tiempo que los esfínteres se relajan (el esfínter interno debido a la acción parasimpática y el externo por la inhibición del somático) [168].

INTRODUCCIÓN

1.2.1.6.2. Fisiología del cierre ureteral

1.2.1.6.2.1. Factores que intervienen en el cierre uretral

La uretra necesita el concurso de varios factores para permanecer cerrada en reposo y con los cambios de presión, manteniendo la orina en el interior de la vejiga. Aunque han sido bien definidos, las relaciones funcionales que mantienen entre sí no han sido completamente esclarecidas. Estos factores son: vascularización adecuada de la mucosa y submucosa uretral, correcto funcionamiento de los esfínteres uretrales intrínseco y extrínseco, y sostén uretral intacto [169].

1.2.1.6.2.1.1. Vascularización mucosa y submucosa

La capa mucosa está formada por un epitelio escamoso estratificado. La submucosa contiene tejido conjuntivo, fibras elásticas y células lisas, con una abundante vascularización. Se cree que esta profusa vascularización contribuye a la resistencia uretral [170]. Cuando aumenta el volumen sanguíneo de estos vasos, el grosor de la submucosa aumenta y el diámetro de la luz uretral disminuye. Existen numerosas anastomosis arteriovenosas, sobre todo a nivel de los meatos interno y externo, contribuyendo a la presión de cierre de la uretra [171]. Este sistema es hormonalmente sensible, y en la menopausia disminuye el número de anastomosis [172].

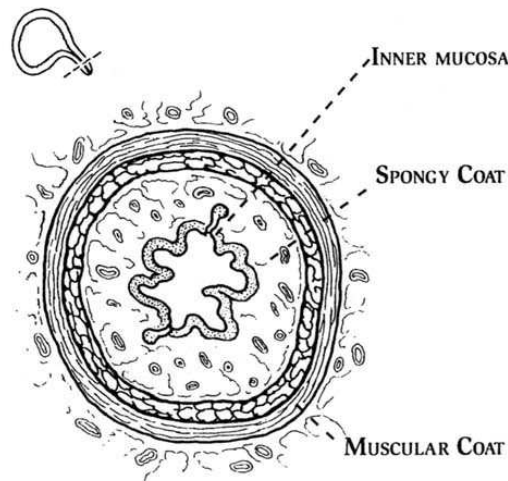


Figura 13. Esquema de la histología de la uretra [173].

1.2.1.6.2.1.2. Esfínter uretral

La uretra se caracteriza por presentar un doble sistema esfinteriano: intrínseco y extrínseco. El músculo liso uretral y el músculo detrusor situado en

la base vesical constituyen el mecanismo esfinteriano intrínseco, que se encuentra bajo control α -adrenérgico y colinérgico. El mecanismo esfinteriano extrínseco consta de los músculos uretrales y periuretrales, y consta de dos porciones. La porción interna está formada por el esfínter estriado de la uretra (que rodea los dos tercios proximales de la uretra) y por el compresor de la uretra y el esfínter uretrovaginal (conocido en conjunto como músculo transverso del periné), que forman una banda en la superficie ventral del tercio distal de la uretra. Estos tres músculos han recibido el nombre de esfínter urogenital estriado [174]. Suponen una musculatura de contracción lenta, que permite ejercer tono sobre la luz de la uretra durante periodos prolongados de tiempo. También se cree que pueden contribuir (junto con el elevador del ano) a la interrupción voluntaria de la micción iniciada y al cierre de la uretra con el estrés [155].

1.2.1.6.2.1.3. Sostén ureteral

Son varias las estructuras anatómicas que participan en el mecanismo de apoyo de la uretra: la pared vaginal anterior, los ligamentos pubouretrales, la fascia endopélvica y sus inserciones, y la musculatura del suelo pélvico [175].

Los estudios realizados por DeLancey ofrecen una perspectiva muy completa del sostén de la uretra [176-178].

La uretra proximal y la base de la vejiga están sostenidas a modo de cabestrillo por la pared vaginal anterior. Los dos tercios superiores de la vagina tienen una orientación prácticamente horizontal. Esto es debido a las uniones posteriores del cérvix por los ligamentos cardinales y uterosacros y a la posición anterior del hiato del elevador.

La pared vaginal también se inserta lateralmente en los músculos elevadores del ano a la altura del arco tendinoso de la fascia pélvica. Estas condensaciones laterales de la fascia endopelviana que discurren entre el pubis y la uretra se conocen como ligamentos pubouretrales. Contienen fibras elásticas, vasos sanguíneos, colágeno denso y fibras musculares lisas y estriadas. Se distinguen tres ligamentos: anterior, intermedio y posterior. El ligamento pubouretral anterior se continúa con el ligamento suspensorio del clítoris, que se inserta en el pubis en la zona del meato uretral externo (y que se cree que es una extensión de la fascia inferior del diafragma urogenital). El ligamento pubouretral posterior se inicia a nivel del músculo pubococcígeo y se une a la uretra (en la unión del tercio proximal con los dos tercios distales), uniéndose sus porciones laterales con la fascia del elevador del ano a nivel del arco tendinoso. Por último el ligamento pubouretral intermedio se forma por la fusión de las extensiones de los ligamentos anteriores y posteriores, y afecta a los dos tercios distales de la uretra [171].

INTRODUCCIÓN

Cuando aumenta la presión intraabdominal, la inserción vaginal en el arco tendinoso de la fascia endopélvica contribuye al cierre de la uretra, al proporcionar una base estable sobre la que se comprimen el cuello de la vejiga y la uretra proximal (teoría de la hamaca de DeLancey). Estos ligamentos también son responsables del movimiento posterior del cuello de la vejiga que se observa al inicio de la micción (cuando se relaja la musculatura pelviana), y del movimiento de elevación que se produce cuando se interrumpe la micción de forma voluntaria [155].

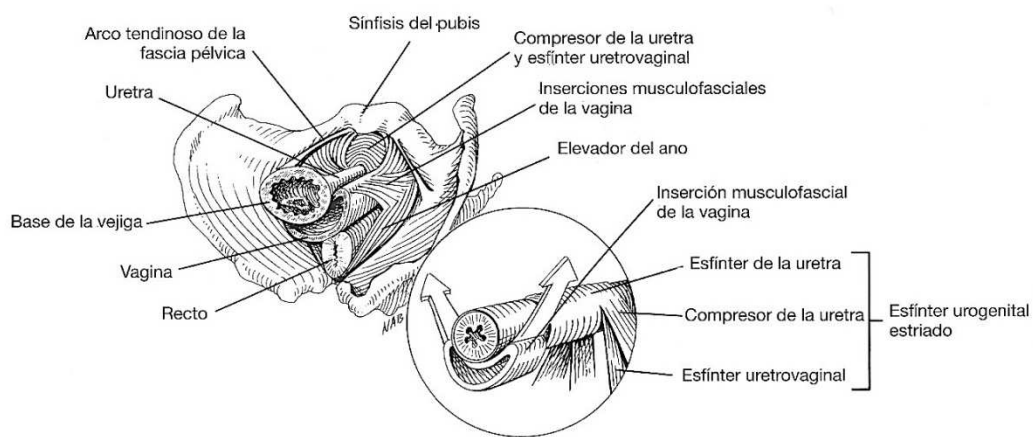


Figura 14. Representación esquemática del sostén uretral y el mecanismo esfinteriano [155].

1.2.1.6.2.2. Dinámica del cierre y apertura uretral

El cierre o apertura de la uretra está determinado por la acción de un músculo: el pubococcígeo. La uretra está sustentada por una hamaca constituida por las inserciones de fibras musculares y de tejido fibroso al músculo elevador del ano y a la fascia endopélvica lateralmente (Teoría de la hamaca de DeLancey). Durante la contracción de los músculos pubococcígeos, esta hamaca se eleva, desplazando la uretra en dirección craneal y anterior, lo que comprime la luz de la uretra y ocasiona su cierre. Durante la relajación de los músculos pubococcígeos, ocurriría lo contrario: la uretra se desplaza caudal y posteriormente, aumentando su luz [179].

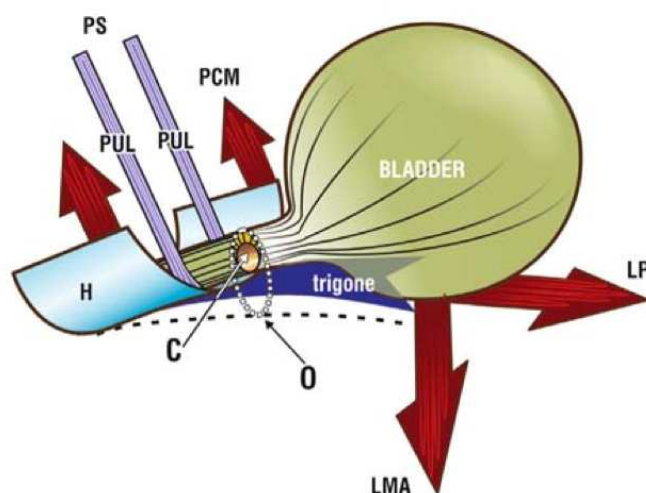


Figura 15. Representación de la dinámica de apertura y cierre de la uretra según Petros. H: hamaca, PUL: ligamento pubouretral, PS: sínfisis del pubis, PCM: músculo pubococcígeo, LP: placa elevadora, LMA: músculo longitudinal del ano, O: apertura, C: cierre [179].

1.2.1.6.3. Mecanismos fisiopatológicos en la IUE

Se han descrito dos mecanismos fisiopatológicos para la IUE: alteración de los componentes uretrales y alteración de las estructuras anatómicas de soporte de la uretra [175].

1.2.1.6.3.1. Alteración intrínseca de los componentes uretrales

Supone un déficit en el cierre de la uretra lo que provoca una pérdida urinaria en los momentos de aumento de presión abdominal, o de forma continua si es muy severa. Se conoce como incontinencia urinaria por insuficiencia esfinteriana intrínseca, incontinencia con uretra fija o incontinencia tipo III de Blaivas [180].

Los elementos afectados son: los nervios pudendos, el esfínter uretral estriado o liso, o la mucosa y submucosa uretral [181].

Son posibles causas etiológicas: cirugía retropúbica previa (con denervación y formación de tejido cicatricial en la uretra y sus elementos de sostén), radioterapia pélvica, hipoestrogenismo, neuropatía diabética y otras enfermedades neurológicas degenerativas, y el parto (por daño nervioso o esfinteriano) [157].

INTRODUCCIÓN

1.2.1.6.3.2. Alteración de las estructuras de soporte de la uretra

La alteración de la anatomía que permite el sostén de la uretra también provoca la pérdida urinaria con las maniobras de aumento de presión intraabdominal. Se denomina incontinencia urinaria de causa anatómica o extrínseca, incontinencia con uretra hipermóvil o incontinencia tipo II de Blaivas [180].

1.2.1.7. Factores de riesgo de la IU en la mujer

1.2.1.7.1. Factores de riesgo potenciales

Múltiples estudios epidemiológicos han estudiado los factores de riesgo de la IU. Con la excepción de la edad, los factores de riesgo siguientes deben ser al menos considerados como potencialmente modificables [137].

1.2.1.7.1.1. Edad

En general se puede afirmar que todos los estudios realizados que han analizado la edad, han encontrado que su aumento se asocia a un incremento de la prevalencia de IU [182, 183]. La incontinencia no se considera una parte inevitable del envejecimiento, sin embargo, hay cambios en el tracto urinario inferior y las estructuras pélvicas que pueden contribuir a su aparición [184, 185]. Además en los pacientes ancianos son más frecuentes ciertas enfermedades (como la diabetes o las alteraciones cognitivas) que se relacionan con la IU [137].

1.2.1.7.1.2. Gestación y parto

Se ha observado que la IU es más frecuente en las mujeres tanto durante la gestación (en especial en el tercer trimestre), como tras el parto [186]. Habitualmente se resuelve en el puerperio, pero en el caso de algunas pacientes persiste de forma crónica [146, 187, 188]. En cuanto al número de partos, algunos estudios han observado que la prevalencia aumenta con el incremento de la paridad [189]. La edad materna avanzada en el primer parto también se considera un factor de riesgo [190]. El parto vaginal presenta una mayor asociación a la aparición ulterior de IU que la cesárea [191, 192], así como la necesidad de inducción del parto [193], la instrumentación del parto o la práctica de episiotomía [187, 194].

1.2.1.7.1.3. Obesidad

La obesidad es un factor bien establecido que, o bien causa IU, o bien contribuye a su empeoramiento [137], puesto que provoca un estiramiento y posterior debilidad de las estructuras de sostén del suelo pélvico [195]. Se ha

observado una asociación más fuerte en el caso de la obesidad de carácter central [196, 197]. En los estudios realizados, el riesgo de IU se eleva el 60% con cada incremento de 5 unidades del índice de masa corporal (IMC) [198], y casi el 50% por cada aumento de entre 5 y 10 kg de peso [199]. Finalmente, los estudios de intervención han demostrado que la pérdida de peso se relaciona con la mejoría e incluso la resolución de la IU [200].

1.2.1.7.1.4. Hormonas

La terapia hormonal sustitutiva con estrógenos ha sido ampliamente utilizada para tratar la IU, a pesar de los equívocos resultados de los estudios realizados [137].

Estudios posteriores han demostrado que las mujeres continentales que reciben tratamiento con estrógenos tiene un riesgo mayor de desarrollar incontinencia, y las incontinentes de empeoramiento de sus manifestaciones [201, 202].

1.2.1.7.1.5. Diabetes

La IU es más prevalente en pacientes con diabetes tipo 2 que en mujeres con niveles normales de glucosa, según diferentes estudios transversales realizados [203, 204]. Constituye un predictor de aparición de IU de novo [203], y aumenta la severidad de la IU ya establecida, tanto más cuanto mayor sea el periodo evolutivo de la diabetes [205].

1.2.1.7.1.6. Iatrogenia pélvica

Ha sido estudiado el efecto iatrogénico de los tratamientos pélvicos en relación a la aparición de IU [138].

La radioterapia pélvica se ha asociado a un aumento de la prevalencia de la IU [206], sin embargo algunos estudios han observado disfunción del tracto urinario inferior sin demostrarse diferencias significativas en la tasa de IU [207].

Se ha estudiado que la histerectomía podría estar relacionada con el desarrollo de IU debido a la lesión de los nervios y estructuras de soporte pélvicos [208]. Los resultados son contradictorios. Hay estudios que han encontrado asociación significativa, que parece aumentar si la cirugía se realizó antes de los 45 años [209]. Otros en cambio no han encontrado incremento de la aparición de IU en los primeros años tras la intervención [210, 211]. Con los datos disponibles no se puede determinar que la intervención se asocie a desarrollo de IU a corto plazo [137].

INTRODUCCIÓN

1.2.1.7.1.7. Infecciones del tracto urinario y síntomas del tracto urinario inferior

La infección del tracto urinario (ITU) se ha relacionado ampliamente con la IU. Hay numerosos estudios que avalan que las mujeres con IU padecen con mayor frecuencia ITU transitoria [212]. Estos resultados deben analizarse con cautela, puesto que esto no supone que la ITU sea un factor de riesgo de IU, y no es posible confirmarlo con los datos actuales disponibles [137].

1.2.1.7.1.8. Déficit físico

Las limitaciones funcionales y en particular la dificultad de movimiento (en ocasiones con necesidad de emplear dispositivos de ayuda), historia de caídas, artritis y mareos se han relacionado con la prevalencia de IU en numerosos estudios [213, 214]. Se ha debatido si puede ser debido a la limitación funcional en sí, a la dificultad en llegar al baño y desvestirse, o a ambas. Parece que la mejoría funcional podría reducir la IU [137].

1.2.1.7.1.9. Déficit cognitivo

Los estudios realizados hasta el momento sugieren que las pacientes que presentan un déficit cognitivo tienen un riesgo mayor de presentar incontinencia que las que conservan un estatus mental normal [213, 215]. Se han obtenido resultados discordantes al analizar si la severidad de la demencia se relaciona con la gravedad de la IU, y parece que los cuadros leves de demencia se asocian de forma débil a la IU, en tanto que las formas severas y moderadas presentan una fuerte asociación [216, 217].

1.2.1.7.1.10. Depresión

La depresión presenta una elevada prevalencia en las pacientes que presentan IU con riesgos de asociación variables [218, 219]. Se han planteado dos posibilidades al respecto: que la depresión predisponga a las mujeres a la incontinencia, o que la IU sea la causante de la depresión [137].

1.2.1.7.1.11. Menopausia

Tradicionalmente se ha considerado a la menopausia como factor de riesgo de IU [137]. Sin embargo hay estudios que han demostrado que no existe un aumento del riesgo cuando el climaterio se produce de forma natural [220].

1.2.1.7.1.12. Actividad física

La actividad física ha sido estudiada tanto como factor de riesgo como factor protector [137]. Se ha sugerido que la actividad física repetida que

conlleva un incremento crónico de la presión intraabdominal podría ser un factor de riesgo para el desarrollo de IU [138].

Sin embargo hay que considerar que la IU puede suponer una barrera a la hora de realizar ejercicio, y que las pérdidas producidas le sean atribuidas, enmascarando un posible efecto protector a largo plazo [221]. Algunos estudios han demostrado que la vida sedentaria se asocia a mayor prevalencia de IU [222], y que las mujeres que realizan ejercicio físico de forma regular reduce la severidad de la IU [223]. En cambio otros estudios no han encontrado relación entre la IU y el ejercicio [224].

1.2.1.7.1.13. Trastornos respiratorios

Los trastornos respiratorios que suponen un aumento crónico de la presión abdominal se han relacionado con la IU [225].

Se incluyen el tabaco, las enfermedades pulmonares y la tos crónica [137].

El tabaco ha sido identificado como factor de riesgo independiente de IU en varios estudios [226-228], pero otros no lo han confirmado [222, 229, 230].

1.2.1.7.1.14. Hábitos dietéticos

Se ha encontrado un aumento de la asociación de IU en varios estudios de pacientes que consumen café [231, 232], alcohol [233], bebidas gaseosas (más de una al día) [232, 234] o té [235]. Otros en cambio no han encontrado asociación con el consumo de café o alcohol [235, 236].

1.2.1.7.1.15. Historia familiar y genética

En la bibliografía disponible ha observado agregación familiar de IU, con una mayor prevalencia entre entre los pacientes de familiares que padecen dicha patología, que incluso llega a triplicar la de la población sin antecedentes familiares [237]. En estas pacientes además se presenta a edades más tempranas [238]. En estudios de gemelos monocigóticos y dicigóticos, se ha encontrado evidencia significativa de patrón hereditario para IUU, pero no para IUE [239]. Sin embargo se ha estudiado que el descenso del cuello vesical observado en la IUE puede estar influenciado genéticamente [240].

1.2.1.7.2. Agravantes

Existen una serie de comorbilidades que pueden bien causar, bien empeorar la incontinencia urinaria. Se distinguen enfermedades cardiovasculares (como la enfermedad arteriovascular o el fallo cardiaco), gastrointestinales (coexistencia con incontinencia fecal), insomnio,

INTRODUCCIÓN

enfermedades metabólicas (diabetes mellitus, hipercalcemia, déficit de vitamina B₁₂), neurológicas (ictus, enfermedad cerebrovascular, delirium, demencia, esclerosis múltiple, hidrocefalia con normotensión, enfermedad de Parkinson, síndrome de las piernas inquietas, lesión medular, estenosis medular), apnea obstructiva del sueño, insuficiencia venosa periférica, enfermedades pulmonares asociadas a tos crónica, o enfermedades psiquiátricas (enuresis nocturna, trastornos afectivos y de ansiedad, alcoholismo o psicosis) [138].

Asimismo, distintas sustancias y fármacos tienen también la capacidad de producir o agravar la IU. Se han descrito: alcohol, agonistas y antagonistas alfa-adrenérgicos, inhibidores de la angiotensina, anticolinérgicos, antipsicóticos, bloqueantes de los canales del calcio, estrógenos, gabaérgicos, latanoprost, diuréticos, narcóticos, antiinflamatorios no esteroideos, anticonceptivos orales, hipnóticos, antidepresivos tricíclicos, tiazolidinedionas, inhibidores de la colinesterasa, beta-bloqueantes, opioides, antagonistas H₁ y litio [138].

1.2.1.8. Diagnóstico y Evolución

Las pacientes con IU requieren estudio mediante una historia clínica detallada, evaluación de la calidad de vida y exploración física. En determinados casos además será preciso la solicitud de pruebas complementarias (en función del tipo de IU y su severidad) [241]. Nos centraremos en los requisitos diagnósticos de la IUE.

1.2.1.8.1. Historia clínica

Se debe indagar en los antecedentes familiares, personales y obstétrico-ginecológicos, así como realizar una anamnesis dirigida a filiar la IU [242].

En la historia han de constar los apartados que siguen:

1.2.1.8.1.1. Datos identificativos de la paciente

1.2.1.8.1.2. Antecedentes personales

-Enfermedades médicas que puedan influir en la función vesical: enfermedades neurológicas, psiquiátricas, endocrinas, cardíacas, renales y del tracto urinario inferior, digestivas (estreñimiento), respiratorias; así como trastornos del aparato locomotor que comporten una disminución de la movilidad.

-Intervenciones quirúrgicas previas: especialmente cirugía sobre el aparato urinario o genital, traumatológica (a nivel de columna vertebral), y abdomino-pélvica.

-Consumo de fármacos, particularmente los que tienen efecto sobre la función del tracto urinario inferior, como es el caso de diuréticos, antiinflamatorios, relajantes musculares o antidepresivos.

-Hábitos tóxicos (alcohol y tabaco) así como la ingesta de líquidos estimulantes (café, té, bebidas con cafeína).

-Profesión y actividades deportivas.

1.2.1.8.1.3. Antecedentes familiares

Investigar patología urinaria y de suelo pélvico en la familia, así como enfermedades que pueden actuar como causales o predisponentes.

1.2.1.8.1.4. Antecedentes gineco-obtétricos

-Tipo menstrual y características del ciclo menstrual, menopausia

-Paridad: número de partos, evolución de los mismos, si fueron eutócicos o instrumentados, si fue necesario realizar episiotomía y se produjeron desgarros perineales, así como los pesos fetales. También hay que investigar si hubo episodios de incontinencia transitoria tras el parto [243].

Motivo de consulta principal

Conocer el motivo principal de consulta nos va a permitir orientar la visita.

Síntomatología

Hay que investigar las características de la incontinencia y si se asocia a otros síntomas de patología del suelo pélvico, la calidad de vida y el deseo o no de tratamiento.

a) IU

-Tiempo de evolución de la IU y forma de aparición (súbita o progresiva)

-Factores desencadenantes y agravantes (actividad física, reposo, deseo de micción, estímulos sensitivos etc).

-Los mecanismos de adaptación empleados (si requiere la utilización de absorbentes, restricción de líquidos o programar las micciones) y su repercusión general en su calidad de vida.

Deben ser remitidos a una unidad de suelo pélvico especializada los casos de IU complicada: aquellos que presentan dolor, hematuria, infecciones recurrentes, disfunción de vaciado, prolapso de órganos pélvicos, con

INTRODUCCIÓN

antecedentes de radioterapia o cirugía pélvica (incluyendo cirugía de la IU) o ante la sospecha de fístulas [241].

b) Otra sintomatología del suelo pélvico

-Síntomas relacionados con la fase de llenado: frecuencia miccional elevada diurna (polaquiuria) o nocturna (nicturia), urgencia, disuria, tenesmo vesical.

-Síntomas relacionados con la fase de vaciado: dificultad miccional, calibre disminuido, micción intermitente.

-Síntomas postmiccionales: tenesmo vesical (sensación de vaciado incompleto), goteo postmiccional.

-Síntomas genitales: atrofia, sequedad o dispareunia.

-Síntomas asociados al prolapso de órganos pélvicos (sensación de pesadez o cuerpo extraño).

-Sintomatología anorrectal: estreñimiento o incontinencia anal.

-Dolor pélvico, genital o localizado en el tracto urinario inferior.

1.2.1.8.2. Cuestionarios

La clasificación y evaluación de la severidad la IU y de su repercusión en la calidad de vida de la paciente se consigue mediante el empleo de cuestionarios. Representan una revisión del impacto de la sintomatología [244]. Aunque algunos estudios han estudiado su validez y fiabilidad, el hecho de que se hayan realizado en individuos sanos limita su extrapolación a sujetos con IU. Existe un nivel de evidencia bajo de que los cuestionarios sean más sensibles al cambio que un diario miccional. Los cuestionarios validados pueden emplearse para el diagnóstico diferencial de los distintos tipos de IU, medir su severidad, valorar el estado actual de salud, y pueden ayudar a predecir el resultado tras el tratamiento, y hacer un seguimiento tras el mismo [245].

1.2.1.8.2.1. Características de los cuestionarios

- Permiten valorar aspectos específicos y concretos de la paciente: sintomatología del tracto urinario inferior, incontinencia urinaria, calidad de vida, repercusión psicológica y sexual, entre otros.

- Deben de estar validados en el idioma en que van a utilizarse, y han de estar diseñados para ser completados por la paciente y ser sencillos de contestar. Para ser validados han de cumplir tres requisitos: validez (ha de medir aquello que se quiere evaluar), reproductibilidad (ha de obtenerse el mismo resultado al repetir el cuestionario) y capacidad de discriminación (ha de ser capaz de detectar cambios clínicamente significativos).

- Han de seleccionarse en función de la información que se desea recoger. El grado de recomendación de un cuestionario puede ser: A (altamente recomendado), B (recomendado) o C (potencialmente recomendable), en función de la evidencia científica disponible.

1.2.1.8.2.2. Cuestionarios validados

1.2.1.8.2.2.1. Cuestionario modular ICIQ

Ha sido desarrollado por la International Consultation on Incontinence, como herramienta de consenso internacional para la evaluación de la sintomatología del suelo pélvico. Como su nombre indica consta de varios módulos (13 en total) para evaluar los distintos aspectos de la clínica pélvica [241]

Vamos a desarrollar los concernientes a la IUE.

-ICIQ UI-SF (International Consultation On Urinary Incontinence Questionnaire-Short Form). Es uno de los más utilizados, con un grado A de recomendación. Consta de cuatro preguntas que valora el volumen de la pérdida urinaria, los desencadenantes y su repercusión en la calidad de vida. La puntuación total es de 21, los valores mayores reflejan peor sintomatología (la última pregunta que hace referencia a los momentos en los que la paciente percibe que pierde orina no influye en la puntuación [246]. El tiempo necesario para completarlo es tan solo de unos minutos, y por su brevedad es útil tanto en medicina primaria como en centros especializados. Es el único cuestionario que ha demostrado correlación con el test del pañal de una hora [241].

INTRODUCCIÓN

ICIQ-IU-SF

FECHA: DÍA MES AÑO

1. Por favor escriba la fecha de su nacimiento: DÍA MES AÑO

2. Usted es (señale cual): Mujer Varón

3. ¿Con que frecuencia pierde orina? (Marque una)

Nunca	<input type="checkbox"/>	0
Una vez a la semana o menos	<input type="checkbox"/>	1
Dos o tres veces a la semana	<input type="checkbox"/>	2
Una vez al día	<input type="checkbox"/>	3
Varias veces al día	<input type="checkbox"/>	4
Continuamente	<input type="checkbox"/>	5

4. Nos gustaría saber su impresión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa. Cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no). (Marque uno)

No se me escapa nada	<input type="checkbox"/>	0
Muy poca cantidad	<input type="checkbox"/>	2
Una cantidad moderada	<input type="checkbox"/>	4
Mucha cantidad	<input type="checkbox"/>	6

5. Estos escapes de orina que tiene, ¿cuánto afectan a su vida diaria?

Por favor, marque un círculo en un número entre 0 (no me afectan nada) y 10 (me afectan mucho)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

nada mucho

Puntuación de ICI-Q: sume las puntuaciones de las preguntas 3 + 4 + 5 =

6. ¿Cuándo pierde orina?

nunca pierde orina	<input type="checkbox"/>
pierde orina antes de llegar al WC	<input type="checkbox"/>
pierde orina cuando tose o estornuda	<input type="checkbox"/>
pierde cuando duerme	<input type="checkbox"/>
pierde orina cuando hace esfuerzos físicos/ejercicio	<input type="checkbox"/>
pierde orina al acabar de orinar y ya se ha vestido	<input type="checkbox"/>
pierde orina sin un motivo evidente	<input type="checkbox"/>
pierde orina de forma continua	<input type="checkbox"/>

Muchas gracias por contestar a estas preguntas

Tabla 1. Cuestionario ICIQ-IU-SF [Diagnóstico de la IU, Documento 5: ICIQ-IU-SF. Protocolos de la Sección de Suelo Pélvico de la SEGO; 2011]

-ICIQ-LUTSQOL/King's Health

Es un instrumento que permite valorar la calidad de vida de las pacientes en las esferas física, social y psicológica, con un grado A de recomendación. Este módulo del ICIQ está basado en el cuestionario del King's Health. Consta de cinco apartados: los dos primeros valoran la salud general, el tercero evalúa el impacto en la vida diaria de la paciente, y el cuarto y quinto valoran las limitaciones que suponen a la paciente y los mecanismos de adaptación que emplea (estos dos últimos no se incluyen en la puntuación). Se completa en aproximadamente 15 minutos [247].

1. ¿Cómo definiría su estado de salud?	<input type="checkbox"/> Muy bueno <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> Muy malo			
2. ¿Hasta qué punto sus problemas urinarios afectan su vida?	<input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho			
3. Nos gustaría saber cuáles son sus problemas urinarios y hasta qué punto le afectan. De la lista siguiente elija SOLO AQUELLOS PROBLEMAS que usted tenga en la actualidad. DEJE DE CONTESTAR los que no corresponden a su caso.				
	Un poco	Moderadamente	Mucho	
FRECUENCIA: ir al baño muy a menudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
NOCTURIA: Levantarse por la noche para orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
URGENCIA: Un fuerte deseo de orinar difícil de controlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
INCONTINENCIA POR UGENCIA: Escape de orina asociado a un fuerte deseo de orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ENURESIS: Mojar la cama durante la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
INCONTINENCIA EN EL ACTO SEXUAL: Escape de orina durante el acto sexual (coito)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
INFECCIONES FRECUENTES en las vías urinarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DOLOR EN LA VEJIGA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DIFICULTAD AL ORINAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OTRO PROBLEMA URINARIO (ESPECIFIQUE)			
4. A continuación aparecen algunas actividades que pueden verse afectadas por problemas urinarios. ¿Hasta qué punto le afectan sus problemas urinarios? Nos gustaría que contestara a todas las preguntas. Simplemente marque con una cruz el cuadrado que corresponde en cada caso.				
	No, en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho
LIMITACIONES EN ACTIVIDADES DIARIAS				
Tareas diarias (limpiar, compra...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajo fuera de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMITACIONES FÍSICAS Y SOCIALES				
Paseos, deporte, gimnasia...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad de viajar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vida social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visitar amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RELACIONES PERSONALES				
Relaciones con su pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vida sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vida familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EMOCIONES				
¿Le hace sentirse deprimida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le hace sentirse angustiada o nerviosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le hace sentirse mal consigo misma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SUEÑO Y ENERGÍA				
¿Afecta su sueño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le hace sentirse agotada o cansada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Con qué frecuencia hace o siente alguna de estas cosas?				
	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
¿Utiliza compresas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene cuidado con el líquido que bebe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se cambia la ropa cuando está mojada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está preocupada por si huele?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está incómoda con los demás?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tabla 2. ICIQ-LUTSQOL
Cuestionnaire. Protocolos de la Sección de Suelo Pélvico de la SEGO; 2011]

INTRODUCCIÓN

-I-QOL (Incontinence Quality of Life)

Es un cuestionario que valora la repercusión de la IU en la calidad de vida de la paciente, y su repercusión social y psicológica. Consta de 22 preguntas, con una puntuación de 22 a 110. Cuanto más bajo es el valor final, peor la calidad de vida. Se completa en 5 minutos [248].

Cuestionario I-QOL de calidad de vida en incontinencia urinaria	1	2	3	4	5
1. Me preocupa el hecho de no ser capaz de ir al servicio a tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Me preocupa toser o estornudar debido a mis problemas urinarios o de incontinencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tengo que tener cuidado al ponerme de pie después de estar sentado debido a mis problemas urinarios o de incontinencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Me preocupa donde están los servicios en lugares nuevos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Me siento deprimido debido a mis problemas urinarios o de incontinencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Debido a mis problemas urinarios o de incontinencia, no me siento capaz de salir de mi casa durante largos periodos de tiempo (viajar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Me siento frustrado porque mis problemas urinarios o de incontinencia me impiden hacer lo que quiero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Me preocupa que otros puedan sentir el olor de la orina en mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. La incontinencia está siempre en mi mente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Es importante para mí hacer viajes frecuentes al servicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Debido a mis problemas urinarios o de incontinencia es importante planear cada detalle con anticipación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Me preocupan mis problemas urinarios o de incontinencia, que se empeoran a medida que envejezco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Tengo dificultad para conciliar el sueño durante toda la noche debido a mis problemas urinarios o de incontinencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Me preocupa estar avergonzado o humillado debido a mis problemas urinarios o de incontinencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Mis problemas urinarios o de incontinencia me hacen pensar que no soy una persona sana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Mis problemas urinarios o de incontinencia me hacen sentir indefenso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. No me siento a gusto debido a mis problemas urinarios o de incontinencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Me preocupa orinarme encima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Siento que no tengo control sobre mi vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Tengo que controlar, qué o cuánto bebo debido a mis problemas urinarios o de incontinencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Mis problemas urinarios o de incontinencia limitan mis opciones de ropa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Me preocupan mis relaciones sexuales debido a mis problemas urinarios o de incontinencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Contestación de cada pregunta: 1 = Siempre 2 = Casi siempre 3 = Moderado 4 = Un poco 5 = Nunca

Tabla 3. Cuestionario I-QOL [249].

-IIQ (Incontinence Impact Questionnaire).

Es un cuestionario diseñado para valorar el impacto de la IU en las actividades diarias y en la esfera socio-psicológica. Existen dos versiones: una larga de 30 preguntas y una corta de 7 preguntas [250].

<p>IIQ-7: Indique si las pérdidas de orina le han afectado en los siguientes ámbitos:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Capacidad para realizar las tareas domésticas (cocinar, limpiar, lavar)2. Actividades físicas de recreo, como caminar, nadar o algún otro ejercicio3. Actividades de ocio (cine, conciertos, etc.)4. Capacidad para viajar en coche o en autobús a más de 30 minutos de su hogar5. Participación en actividades sociales fuera del hogar6. Salud emocional (nerviosismo, depresión, etc.)7. Le provoca frustración <p>«nada», «poco», «moderadamente», «mucho»</p>

Tabla 4. Versión corta del cuestionario: IIQ-7 [251].

1.2.1.8.2.2.2. Otros tests

Existen otros muchos cuestionarios que persiguen la valoración de la clínica y de la repercusión de la calidad de vida. Entre los que presentan un grado A de recomendación se pueden citar el ISI (Incontinence Severity Index), UISS, DAN-PSS-1o el ICSfemale. Además existen otros cuestionarios que sirven para realizar cribado de la IU (Bladder Self-Assessment Questionnaire, BSA-Q), valorar su afectación en la esfera sexual (ICIQ-FLUTsex), evaluar la satisfacción con el tratamiento (OAB-S), o estudiar la incontinencia en pacientes con prolapso de órganos pélvicos (Pelvic Floor Impact Questionnaire, PFI-Q) [241].

1.2.1.8.3. Exploración física

La exploración física es un procedimiento imprescindible para la evaluación de la patología del suelo pélvico y la orientación diagnóstica y terapéutica.

Para la exploración física la paciente se colocará en una camilla ginecológica en posición de litotomía.

1.2.1.8.3.1. General

Será preciso determinar el estado de salud de la paciente, observando su aspecto general y su marcha. Se calculará el IMC (calculado como el peso dividido entre la talla al cuadrado) que según los criterios de Quequeletse considera si es superior a 25: sobrepeso, a 30: obesidad, y a 40: obesidad mórbida [252].

INTRODUCCIÓN

1.2.1.8.3.2. Abdomen

Observaremos la distribución de la grasa corporal, si existen cicatrices de cirugías previas, y descartaremos la presencia de masas abdominales mediante palpación (en algunas ocasiones es posible detectar residuos postmiccionales elevados al palpar la vejiga repleta) [241].

1.2.1.8.3.3. Examen neurológico

La evaluación neurológica debe realizarse a todas las pacientes, puesto que las anomalías del sistema nervioso pueden condicionar una alteración de la función vesical. Se deben evaluar: el estado mental, la sensibilidad, la función motora y la integridad de los reflejos [252].

La sensibilidad perineal se evalúa con una torunda sobre los dermatomas de S₃ y S₄ para localizar regiones de hipoestesia o hiperestesia.

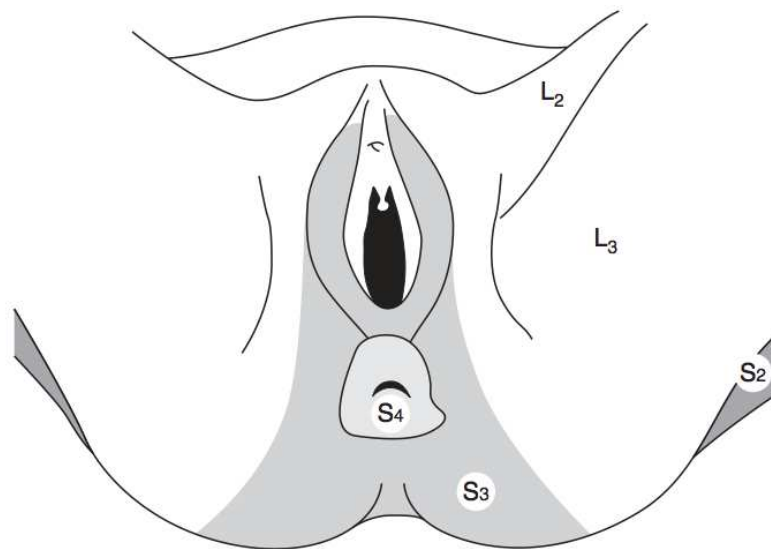


Figura 16. Dermatomas de S₃ y S₄ [253].

La valoración de la actividad refleja sacra se fundamenta en los reflejos anal, clitoridiano o bulbocavernoso, y perineal a la tos. Están íntegros cuando en el caso del reflejo anal (S₃ y S₄), la estimulación del margen anal provoca una contracción refleja del esfínter; en el reflejo clitoridiano o bulbocavernoso (S₃), la estimulación del clítorix provoca un aumento del tono anal; y en el del reflejo perineal a la tos (S₃), la tos provoca contracción simultánea del esfínter [253].

1.2.1.8.3.4. Inspección del suelo pélvico

- Genitales externos y periné: valoraremos el estado de la piel, su trofismo, así como la presencia de cicatrices, que pueden ser responsables de asimetrías o dispareunia. El diámetro de apertura de la vagina y la distancia ano-vulvar van a ser indicadores del estado de los músculos perineales. En introito en condiciones normales se encuentra cerrado en estado de reposo (excepto en las mujeres múltiparas, que se encuentra ligeramente abierto). Se considera normal cuando es inferior a 25 mm. La distancia vulvo-anal mide la longitud del centro tendinoso del periné, y sus valores normales son aquellos comprendidos entre 2,5 y 3,5 cm. [253].

- Especuloscopia: se valora el trofismo vaginal y la presencia de cicatrices. Es necesario describir los defectos de los compartimentos anterior, medio y posterior, tanto en reposo como con la maniobra de Valsalva.

1.2.1.8.3.5. Contractilidad del suelo pélvico

Para valorar la capacidad contráctil del músculo elevador del ano pueden emplearse varios métodos [241].

- Maniobra de contracción de los músculos pelvianos: ha de producir la elevación del ano y el cierre del introito vaginal.

- Escalas de contractilidad. Las más utilizadas son la de Oxford y la PERFECT. La escala de Oxford establece un sistema de gradación de 0 a 5 (de menor a mayor capacidad contráctil). La escala PERFECT es el acrónimo de Power, Endurance, Eepetititions, Fast and Every Contraction Timed, que además de medir la fuerza mide la resistencia y el número de contracciones que se pueden repetir a distintas velocidades [254].

ESCALA OXFORD	
0/5	Ausencia de Contracción
1/5	Contracción muy débil
2/5	Contracción débil
3/5	Contracción moderada, con tensión y mantenida
4/5	Contracción buena. Mantenimiento de la tensión con resistencia
5/5	Contracción buena. Mantenimiento de la tensión con fuerte resistencia

Tabla 5. Escala de Oxford [Diagnóstico de la IU, Documento 7: Escala de Oxford para la contractibilidad de la musculatura del suelo pélvico. Protocolos de la Sección de Suelo Pélvico de la SEGO; 2011]

INTRODUCCIÓN

POWER (STRENGTH)	P	FUERZA	Una vez se ha comprobado que la mujer sabe contraer los MSP, se puntúa la fuerza de la contracción utilizando la escala de Oxford modificada.
ENDURANCE	E	RESISTENCIA	Se mide el tiempo que la mujer puede mantener la contracción máxima, sin perder fuerza.
REPETITIONS	R	REPETICIONES	Se mide el número de repeticiones que puede hacer considerando periodos de descanso entre contracción de 4 segundos o más.
FAST	F	RÁPIDAS	Después de un descanso de al menos 1 minuto, se mide el número de contracciones rápidas que la mujer puede hacer seguidas.
EVERY CONTRACTION TIMED	E C T	CADA CONTRACCIÓN MEDIDA	Es la forma de completar la palabra y expresa que se evalúa cada contracción antes de empezar el tratamiento, lo que permite planificar un programa de ejercicios individualizado.

Tabla 6. Escala PERFECT [Diagnóstico de la IU, Documento 8: Evaluación de la función de los músculos del suelo pélvico utilizando el esquema PERFECT. Protocolos de la Sección de Suelo Pélvico de la SEGO; 2011]

- Electromiografía o perineometría, que consiste en determinar las presiones de ano y vagina.

La valoración de la contractilidad de la musculatura del suelo pélvico permite clasificar a las pacientes en tres grupos: A (buena musculatura que con entrenamiento adecuado puede mantener y mejorar su función), B (musculatura debilitada, que probablemente responda a rehabilitación) o C (ausencia de contracción muscular) [241].

1.2.1.8.3.6. Exploración de la uretra e incontinencia urinaria

-Inspección de la uretra: hay que descartar la presencia de carúnculas y uretrocele.

-Test de Esfuerzo: Consiste en la valoración de la aparición de fugas de orina al aumentar la presión intraabdominal de forma brusca, en caso de producirse se considera el test positivo. Es imprescindible que la vejiga está llena y ha de realizarse tanto en bipedestación como en decúbito supino [241]. Un prolapso de alto grado puede enmascarar la IUE, por tanto es preciso hacer la prueba reduciéndolo [252].

-Valoración de la movilidad uretral. Se puede evaluar de varias formas. El Test de Marshall-Bonney es una maniobra que permite estabilizar el cuello vesical y su hipermovilidad. Para ello se colocan dos dedos o una pinza en la cara anterior de la vagina, elevando el cuello vesical, de modo que es positivo si se corrige la IU con Valsalva demostrada en el test de esfuerzo (presenta falsos positivos, puesto que se puede producir una oclusión uretral iatrogénica) El

mecanismo que permite la corrección de la IU es la restauración del soporte vaginal anterior [255]. Otro procedimiento es el Q-tip test que consiste en la introducción de un hisopo impregnado en lubricante por la uretra hasta sobrepasar el esfínter uretral interno. El test es positivo si con una maniobra de Valsalva (como la tos) la punta del hisopo modifica su posición en 30° o más [256].

1.2.1.8.4. Pruebas complementarias

1.2.1.8.4.1. Diario miccional

Es una herramienta que proporciona una valoración cuantitativa de la pérdida urinaria. Consiste en un registro de los eventos relacionados con la IU: la ingesta de líquidos, el número de micciones diarias, los episodios de IU y urgencia, así como el tipo y número de absorbentes empleados [242]. Los diarios miccionales por tanto, aportan datos fiables sobre el funcionamiento del tracto urinario inferior. Sin embargo, no existe consenso a cerca de cual ha de ser su duración idónea, ni de si se correlaciona adecuadamente con ciertos síntomas [245].

HORA	MICCIÓN	URGENCIA	IU ESFUERZO	IU URGENCIA	BEBIDA	COMPRESA
07-08h						
08-09h						
09-10h						
10-11h						
11-12h						
12-13h						
13-14h						
14-15h						
15-16h						
16-17h						
17-18h						
18-19h						
19-20h						
20-21h						
21-22h						
22-23h						
23-24h						
00-01h						
01-02h						
02-03h						
03-04h						
04-05h						
05-06h						
06-07h						

Tabla 7. Diario miccional [Diagnóstico de la IU, Documento 6: Diario miccional. Protocolos de la Sección de Suelo Pélvico de la SEGO; 2011]

INTRODUCCIÓN

1.2.1.8.4.2. Test de la compresa

Permite cuantificar la pérdida urinaria de una paciente. Se lleva a cabo mediante un absorbente previamente pesado (compresa o pañal), durante un periodo de tiempo concreto, en el que la paciente tiene que realizar una actividad física equivalente a la habitual. Al finalizar el test se pesa el absorbente, en el caso del test corto (1 hora) es positivo si es superior a 1g, y en el test largo (24 horas) es positivo si es mayor a 4g [241].

1.2.1.8.4.3. Test del colorante

Esta prueba se emplea ante la sospecha de una pérdida extrauretral (como una fístula vesico-vaginal) que no se objetiva en la exploración física. Consiste en administrar un colorante a la orina (por vía intravenosa o transuretral), y comprobar después si existe salida del mismo por una vía distinta a la habitual [241].

1.2.1.8.4.4. Análisis de orina y urocultivo

La IU es más frecuente en mujeres con infección del tracto urinario, especialmente en los días siguientes a una infección aguda. La presencia de bacteriuria asintomática, en cambio, no ha demostrado tener relación. En el análisis de orina, ante la positividad a nitrito y leucocito esterasa, o hematuria, es preciso descartar infección, que ha de confirmarse con un urocultivo. Los análisis de orina tienen una baja sensibilidad y una alta especificidad, por lo que un resultado negativo excluye una ITU con un alto grado de certeza. Existe consenso de que debe formar parte de la evaluación inicial de la IU, independientemente de la edad, sexo o etiología [245].

1.2.1.8.4.5. Pruebas urodinámicas

La urodinámica consiste en el estudio funcional del tracto urinario inferior. Para ello estudia los cambios de presión de la vejiga, el flujo miccional y la contractilidad de la musculatura pélvica [257].

Con un estudio urodinámico se puede diagnosticar [258]:

-La ausencia de la inhibición de la contractilidad vesical durante el llenado, que genera contracciones involuntarias del detrusor, que se conoce como hiperactividad vesical.

-La insuficiencia de la contractilidad de los músculos uretrales y pélvicos, que es responsable de la IUE.

-La alteración de la eliminación de la orina (por una insuficiente contracción vesical o un aumento de la resistencia uretral), que produce una incontinencia urinaria por rebosamiento.

En un tracto urinario que funciona adecuadamente consigue un llenado a baja presión, en una vejiga que es continente y tiene una capacidad normal, y una micción a presiones adecuadas y sin residuo postmiccional.

La urodinámica consta a su vez de varias pruebas: flujometría, cistomanometría, estudios de presión/flujo, estudios videourodinámicos y estudios uretrales.

1.2.1.8.4.5.1. Flujometría

La flujometría consiste en la valoración del flujo miccional (que es el volumen de orina eliminado por unidad de tiempo). El registro de la variación del flujo durante el tiempo que dura la micción origina una curva característica denominada curva de flujo. Para obtenerlo se invita a orinar al enfermo en un flujómetro (que es un sistema de medición) [259]. Se suele registrar además la actividad electromiográfica perineal mediante unos electrodos colocados en la musculatura perineal. Así se obtiene una gráfica que aporta varios datos: el flujo miccional, la actividad electromiográfica perineal y el residuo postmiccional. El flujo miccional máximo normal en una mujer es aquel que es superior a 15-20ml/s (teniendo en cuenta que el volumen miccional total sea superior a 100-150 ml, porque de otro modo se obtendrían valores de flujo máximo irreal, excesivamente bajos). Para conocer si la curva es normal se han diseñado los denominados nomogramas de flujo, contruidos a partir de los valores flujo miccional de una muestra de población sana. En cuanto a la actividad electromiográfica, ha de estar disminuida en toda la micción, puesto que la relajación perineal y periuretral van a permitir la salida de la orina. Por último el residuo postmiccional ha de ser el mínimo, puesto que la vejiga ha de ser capaz de eliminar toda la orina almacenada. Se considera normal que queden hasta 50 ml o el equivalente al 20% del volumen miccional.

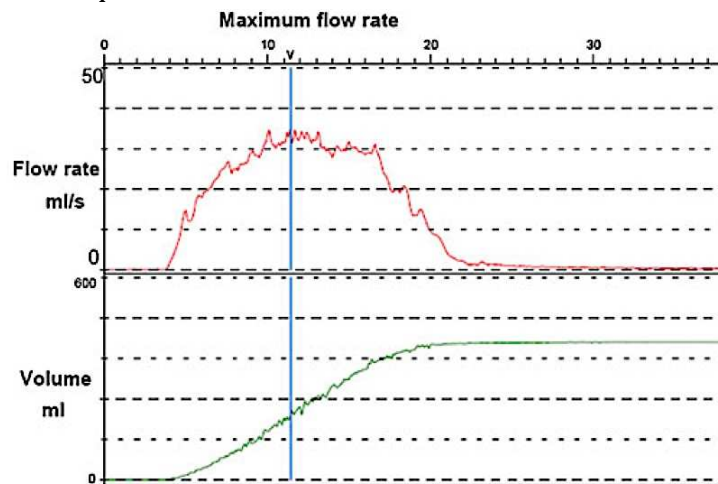


Figura 17. Flujometría normal [260].

INTRODUCCIÓN

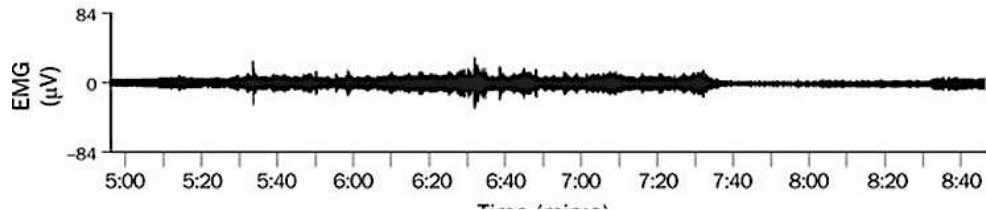


Figura 18. Electromiografía. La micción se produce entre el final del minuto 7 y el 8, produciéndose relajación de la musculatura [261].

La micción está alterada si el flujo miccional es demasiado bajo o si el residuo es demasiado elevado. En ambos casos es necesario realizar un estudio de presión/flujo para completar el diagnóstico. También representa un trastorno de la micción la presencia actividad electromiográfica durante la misma, que se conoce como incoordinación detrusor-esfínter periuretral. Puede deberse a dos causas: un mal aprendizaje de la micción (que se denomina micción no coordinada) o una lesión superior al centro medular pudiendo ser S₂-S₄ (que se conoce como disinergia vesicoesfinteriana). Así se pueden distinguir dos tipos de micción: compensada (aquella que a pesar de las alteraciones que presenta no deja residuo) o descompensada (aquella que presenta residuo) [241, 257, 258].

1.2.1.8.4.5.2. Cistomanometría

Es una prueba que consiste en la medida del volumen de orina que es capaz de almacenar la vejiga, y de los cambios de presión que se producen en la misma mientras se llena. Es una prueba invasiva, puesto que precisa de la colocación de un catéter de presión intravesical (habitualmente a través de la uretra) que tiene dos vías: una por la que se introduce el líquido de llenado (que suele ser suero fisiológico) y otra por la que registra la presión. La presión intravesical es la suma de tres presiones: la abdominal (que es el peso visceral abdominal), la hidrostática (que es el peso de la orina) y la del músculo detrusor. La fundamental es la presión del detrusor que se calcula como la diferencia de la abdominal de la intravesical. Por ello también es necesario colocar un electrodo en el abdomen, para registrar su presión. De la cistomanometría se obtienen varios datos: la capacidad vesical, la presión de llenado y la acomodación vesical [241, 258]:

-La capacidad vesical es el volumen de orina que es capaz de tolerar una paciente. Los valores normales en una mujer adulta oscilan entre 300 y 500 ml. Está dismuida en el caso de la urgencia urinaria.

-La presión de llenado es la presión que presenta el detrusor al final del mismo, que no ha de superar los 20 cm H₂O en condiciones normales.

-La acomodación vesical es la relación entre la capacidad vesical y la presión de llenado. Se considera normal por encima de 10ml/cm H₂O. Cuando se eleva hablamos de acomodación vesical disminuida, que es debido a: cambios en la pared vesical que modifican sus propiedades viscoelásticas (como el caso de la fibrosis), alteraciones neurológicas (por afectación de la inervación simpática), o por existencia de contracciones involuntarias del detrusor (hiperactividad vesical) [259].

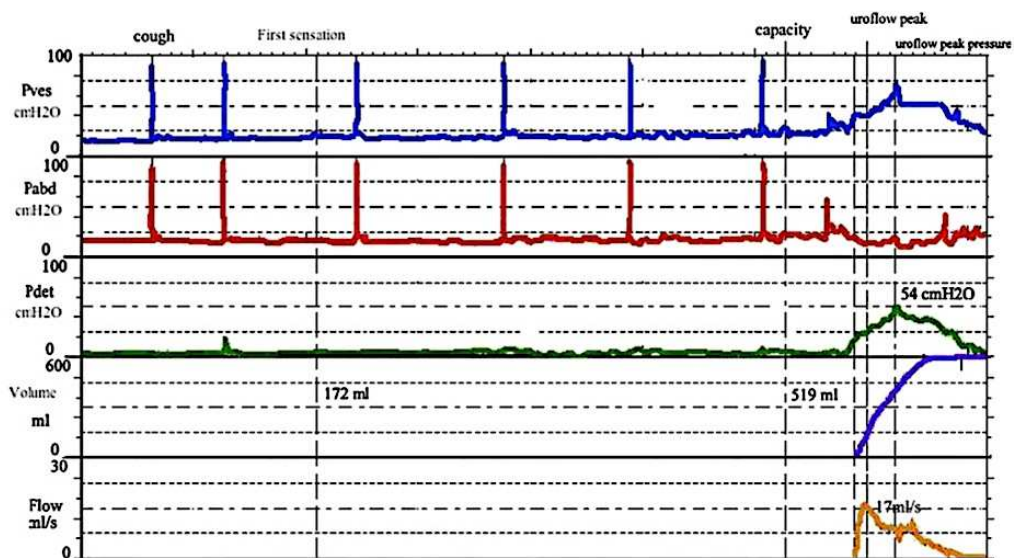


Figura 19. Cistomanometría normal [262].

La cistomanometría permite la diferenciación del tipo de incontinencia urinaria, considerándose en el momento el gold estándar para el diagnóstico de la IUE y la IUU [258]:

-En la IUE se observará una pérdida de orina no asociada a contracción del detrusor.

-En la IUU se observará un aumento de presión fásico del detrusor, asociado a la sensación de urgencia miccional.

1.2.1.8.4.5.3. Estudios de presión/flujo

Los estudios de presión/flujo consisten en el registro simultáneo de la presión del detrusor, la presión abdominal y el flujo miccional, y sirven para el diagnóstico de las alteraciones de la fase miccional, proporcionando parámetros sobre la resistencia uretral y la contractilidad vesical. Sin embargo los datos obtenidos no sirven para la obtención directa de estos parámetros, sino que es necesario analizarlos matemáticamente. En el caso del estudio de la IU en la

INTRODUCCIÓN

mujer presenta además el problema añadido de que los modelos existentes se han basado en hombres, por lo que su aplicabilidad no es universalmente aceptada. Únicamente es útil en pacientes con grados graves de obstrucción del tracto urinario inferior o en ausencia de contracción del detrusor [258].

Se ha propuesto como alternativa para su evaluación la realización de stop-test (interrupción brusca y voluntaria de la micción), pero sólo permite obtener parámetros uretrales, y no la capacidad contráctil del detrusor [263, 264].

1.2.1.8.4.5.4. Estudios videourodinámicos

Consiste en realizar un estudio urodinámico simultáneamente con técnicas de imagen. Permite la obtención de imágenes en movimiento del tracto urinario inferior y relacionarlas con el estudio urodinámico [259]. Permite el diagnóstico del tipo de incontinencia urinaria de esfuerzo femenina: debida a una alteración anatómica (se observa un descenso de la base vesical durante la misma) o intrínseca (pérdida del tono del músculo uretral, lo que origina una vejiga en peonza). También permite el diagnóstico y localización de la obstrucción del tracto urinario inferior [258]. Es de radical importancia en el estudio neurológico, puesto que permite detectar la presencia de reflujo vesicoureteral [259].

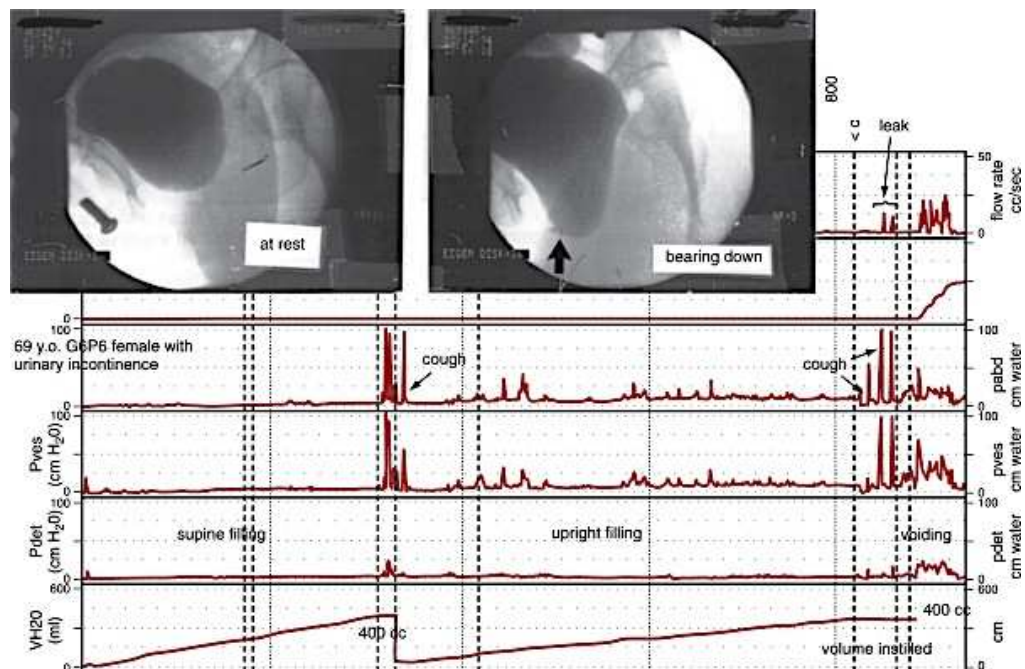


Figura 20. Estudio videourodinámico que muestra un descenso del cuello vesical que produce con el aumento de la presión abdominal [265].

1.2.1.8.4.5.5. Estudio ureteral

El estudio de la uretra puede hacerse mediante la determinación de las presiones de fuga o mediante un perfil uretral.

-Presiones de fuga uretral

En el estudio de llenado se puede valorar la función uretral determinando las presiones de fuga, que es nivel de presión a partir del cual aparece un escape involuntario de orina. Existen dos tipos de presión de fuga: detrusoriana (no relacionada con el aumento de la presión intraabdominal ni con la contracción involuntaria del detrusor), de utilidad en pacientes neurológicos y en casos de alteración de la acomodación; y abdominal (que se manifiesta al incrementar la presión intraabdominal con maniobras de Valsalva). La técnica presenta varios inconvenientes: no está estandarizada (por tanto, los resultados entre distintos estudios son difíciles de comparar) y presenta una correlación débil con los resultados del perfil uretral, especialmente en pacientes con IUE [241]. Las recomendaciones actuales no aconsejan su utilización de forma aislada, y se debe usar con cautela para predecir el resultado quirúrgico [266].

-Perfil uretral

El perfil de presión uretral mide la presión intraluminal uretral mientras se retira el catéter urodinámico al exterior. Es útil para el diagnóstico de IUE por lesión intrínseca uretral. Se caracteriza por presentar dos perfiles: estático y dinámico [258].

-El perfil uretral estático mide la presión intraluminal a lo largo de la uretra en reposo. Para que la uretra sea continente, su presión debe ser superior a la vesical. Consta de dos parámetros: presión máxima uretral de cierre (cuyo valor de cierre normal ha de ser igual o superior a 30 cm H₂O) y longitud de la uretra funcional (que ha de ser de 3cm o más).

-El perfil uretral de estrés o esfuerzo realiza la misma medida durante un aumento de presión abdominal. Lo que estudia es la transmisión de los incrementos de la presión abdominal a la vejiga y la uretra. Es normal si es superior o igual al 80%.

Las mediciones del perfil uretral son muy variables, y los resultados obtenidos por diferentes grupos de trabajo muy variables. A pesar de ello, todos concluyen que la presión máxima uretral de cierre es menor en los grupos con IUE, y que disminuye su valor con la edad [241, 267].

INTRODUCCIÓN

1.2.1.8.4.6. Técnicas de imagen

En ciertas ocasiones es preciso el estudio complementario de la IU mediante técnicas de imagen. Se dividen anatómicamente en técnicas utilizadas para la evaluación del tracto urinario superior, y para el tracto urinario inferior.

1.2.1.8.4.6.1. Tracto urinario superior

Se pueden emplear varias técnicas para su estudio: ecografía, urografía intravenosa (UIV), Tomografía Axial Computerizada (TAC), Resonancia Magnética Nuclear (RMN) o isótopos. No debe realizarse en la evaluación de IU rutinaria

Las indicaciones están restringidas a casos de [268]:

- IU de causa neurogénica con alto riesgo de daño renal (debido a altas presiones del detrusor).

- IU con retención crónica de orina

- Prolapso urogenital severo no tratado

- Sospecha de IU extrauretral debida a anomalía del tracto urinario superior.

Describimos brevemente cada una de ellas [268]:

- De todas ellas, la ecografía constituye el gold estándar debido a su bajo costo y la buena evaluación de la anatomía renal que proporciona.

- La UIV es una prueba clásica que permite analizar la anatomía y función renal. Requiere de la administración de contraste (que constituye una limitación al no poder utilizarse en caso de elevados niveles de creatinina o alergia). Es el primer estudio a realizar en caso de IU extrauretral, pero presenta limitaciones.

- El TAC proporciona información visual de alta calidad, y en ocasiones requiere de la infusión de contraste para determinar ciertas características anatómicas. Constituye una alternativa a la UIV.

- RMN comparte algunas ventajas de las dos últimas técnicas. Emplea contraste paramagnético, que no es alérgico, pero depende de la función renal, por lo que debe usarse con cautela.

- Los isótopos permiten el examen anatómico y funcional. Pueden emplearse para identificar la localización de un riñón de pequeño tamaño que no puede ser identificado con otras técnicas. La renografía isotópica permite diferenciar la función de ambos riñones, identificar desórdenes del tracto urinario y cuantificar el grado de obstrucción.

1.2.1.8.4.6.2. Tracto urinario inferior

Las técnicas de imagen del tracto urinario inferior fueron las primeras en ser empleadas para el estudio de la IU. Se emplean: rayos X, ecografía o resonancia magnética nuclear [268].

Rayos X: cistouretrografía miccional secuencial (CUMS)

Consiste en introducir contraste a través de la uretra para obtener una imagen de la vejiga y la uretra. Al realizarse de forma secuencial se consigue ver los cambios anatómicos que sufren ambos. Se ha empleado en las mujeres con IU para evaluar la hipermovilidad uretral, la obstrucción uretral y el reflujo vesico-ureteral entre otros.

Actualmente no está indicada en el estudio inicial de la IU. Puede tener valor en el estudio preoperatorio de la IU complicada o recurrente [268].

Ecografía

La ecografía ha sido utilizada para la evaluación de la IU desde hace décadas. La mejoría de la calidad de las imágenes, junto con el desarrollo del doppler, la utilización de medios de contraste, transductores de 360º y la tecnología tridimensional, han influido en la difusión de la técnica en el estudio de la patología del suelo pélvico. No se ha logrado consenso en cuanto a la estandarización de la orientación de las imágenes. Pero todos los autores están de acuerdo en emplear el borde inferior de la sínfisis del pubis como punto de referencia, y los estudios suelen realizarse con el paciente en posición de decúbito supino, tanto en reposo como maniobras de aumento de presión intraabdominal. No obstante, no se ha llegado a un acuerdo en cuanto al volumen idóneo de replección vesical [268].

Es una técnica que permite evaluar:

-El esfínter uretral. En un plano mediosagital se observa el esfínter interno uretral y la capa interna de la mucosa hipoecoica (sin distinguirse la separación entre ambos) y el esfínter estriado externo hiperecoico (sin poderse diferenciar tampoco de las estructuras circundantes). La ecografía permite la medición del grosor y la longitud del esfínter uretral y se puede calcular el volumen de la uretra. Se ha observado una correlación positiva entre el volumen del rabdoesfínter y la sintomatología de la IU, siendo menor en mujeres con IUE que en continentes [269].

INTRODUCCIÓN

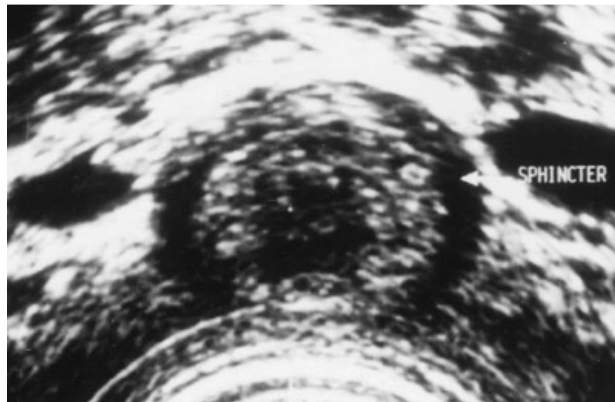


Figura 21. Esfínter uretral en un plano axial [269].

-Cuello vesical y uretra proximal. El cuello vesical y la uretra proximal se visualizan con facilidad en la ecografía. Para valorar su posición y su variación con Valsalva, se toma como referencia la distancia respecto a una línea horizontal a través de la sínfisis del pubis (se desplaza hacia abajo y por detrás de la misma). Numerosos estudios han validado el uso de la ecografía para evaluar la movilidad del cuello vesical y la uretra proximal, aunque no se han definido valores normales debido al amplio rango de movilidad de mujeres continentales [270]. Sin embargo aún así se considera que la hipermovilidad uretral se asocia a IUE [271], y muchos estudios han notificado elevada sensibilidad y especificidad [272, 273]. También se puede observar dilatación de la unión uretro-vesical con la ecografía, que es típica en las mujeres con IU [274]. Sin embargo no es patognomónico, puesto que también se observa en mujeres asintomáticas [275]. Se ha notificado una disminución del mismo tras la cirugía de corrección de IUE con banda suburetral y se ha propuesto como factor pronóstico [276].

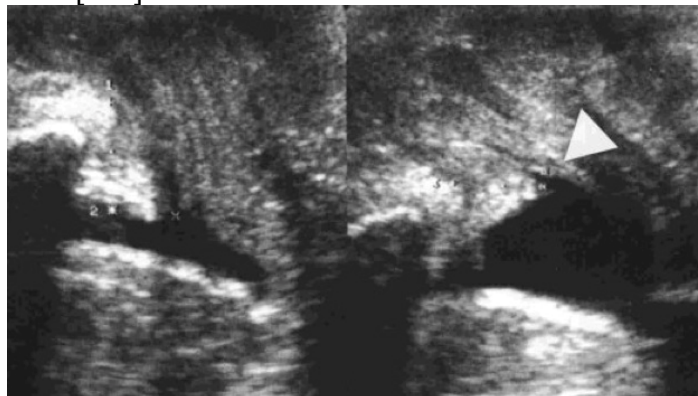


Figura 22. Hallazgos ecográficos típicos en IUE: movimiento postero-inferior de la uretra, apertura del ángulo retrovesical y dilatación de la uretra proximal (flecha) [271].

El doppler color en la uretra ha demostrado tener valor en la valoración de la IU [277], observándose menor cantidad de vasos periuretrales y flujo en las mujeres que sufren IUE [278].

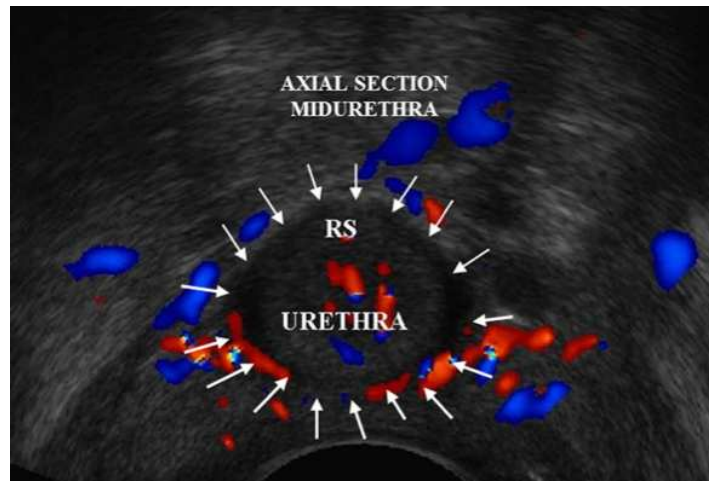


Figura 23. Vascularización periuretral. RS: rabdoesfínter. Las flechas delimitan el contorno de la uretra [277].

-La orina residual postmiccional y el volumen vesical. Constituye el gold estándar. El volumen vesical se puede calcular con una sencilla fórmula matemática: multiplicar los tres ejes vesicales entre sí y por el factor de corrección 0,7 (que corrige el hecho de que la vejiga no tenga forma esférica). Actualmente existen sistemas automáticos en los equipos de ultrasonido que permiten medir el volumen y residuo vesicales de forma bastante precisa [279].

-El grosor de la pared vesical. El aumento del grosor de la pared vesical se ha relacionado con la enuresis nocturna y con la hiperactividad del detrusor [280]. La principal limitación constituye la metodología para realizar las mediciones.

-La integridad de los músculos del suelo pélvico. La ecografía puede ser utilizada para evaluar los músculos del suelo pélvico y su función. La contracción de estos músculos provocan un desplazamiento de las vísceras que sustentan, obteniéndose imágenes a tiempo real con los ultrasonidos. Además permite la medición de los músculos y su grosor. Se ha observado que la musculatura pélvica es menos gruesa en mujeres con IUE [281] y el hiato genital mayor [282].

-El prolapso de órganos pélvicos. La ecografía resulta de utilidad en el estudio de prolapso moderados, ya que en el caso de los severos la sonda no puede ser situada correctamente. El compartimento anterior es el más fácil de valorar y el más reproducible [283].

INTRODUCCIÓN

-El control intra y postquirúrgico. La ecografía tiene utilidad en el momento de realizar una cirugía para corregir una IUE (para obtener resultados óptimos) [284], y también permite valorar la situación de las bandas suburetrales y mallas tras la cirugía. Se visualizan como una estructura hiperecogénica bajo la uretra, se observan mejor que con RMN [285], y de forma más clara en el caso de mallas monofilamento [286].

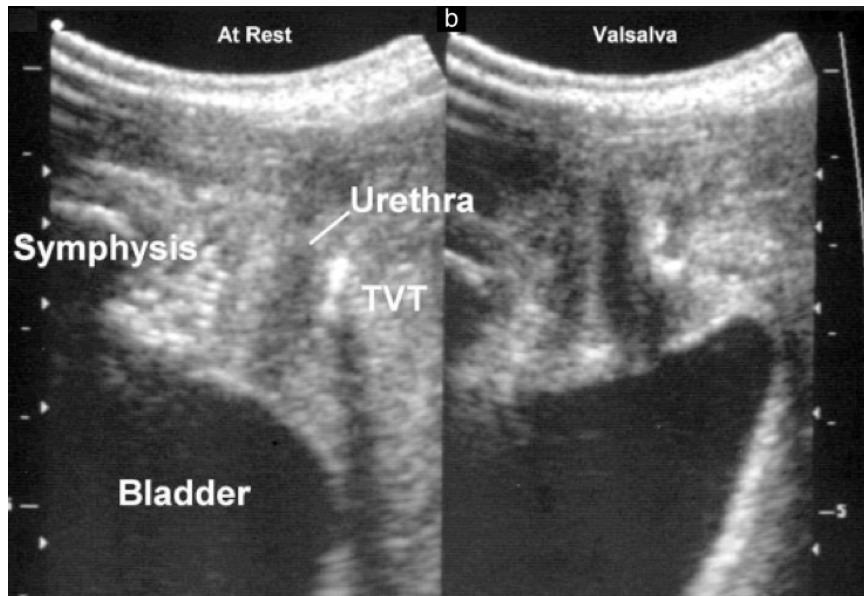


Figura 24. Banda suburetral inserta en la porción media de la uretra en reposo (izquierda) y con Valsalva (derecha) [271].

3. RMN

La RMN proporciona imágenes incomparables de todas las estructuras del suelo pélvico: músculos, tejido conectivo y órganos. Los avances en los equipos y en el software han mejorado la calidad y los detalles que pueden visualizarse, y es motivo de investigación en el momento actual.

Permiten evidenciar factores predictores de la IUE como un descenso del cuello vesical, la dilatación de la unión vesico-uretral, la disrupción de los ligamentos periuretrales y de los ligamentos de sujeción vaginal, así como defectos del músculo elevador del ano [287].

Puede emplearse de forma convencional, obteniendo imágenes seriadas o con reconstrucciones tridimensionales.

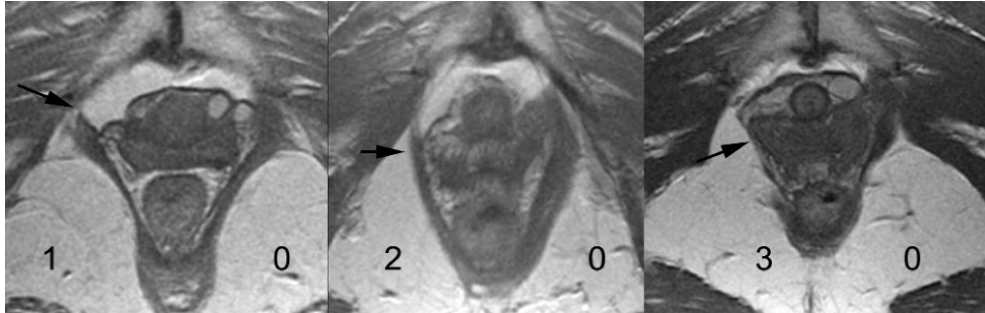


Figura 25. RMN: la flecha señala un defecto del segmento pubovisceral del músculo elevador del ano (de menor a mayor grado, de izquierda a derecha) [268].

La RMN no está indicada en la evaluación rutinaria de los pacientes con una disfunción del suelo pelviano, sino en los casos complejos y complicados [268].

1.2.1.9. Tratamiento

1.2.1.9.1. Tratamiento conservador

El tratamiento conservador ha de ser la primera línea de actuación en caso de IUE. Incluye intervenciones clínicas simples, modificaciones del estilo de vida, terapia conductual (micciones programadas), y fisioterapia [245].

1.2.1.9.1.1. Intervenciones clínicas simples

Tratamiento de enfermedades subyacentes

La IU, especialmente en los ancianos, puede ser bien causada o empeorar debido a la presencia de enfermedades subyacentes, especialmente aquellas que causen poliuria, nicturia, aumento de la presión abdominal o trastornos del sistema nervioso.

Se incluyen:

- Fallo cardiaco
- Enfermedad renal crónica
- Diabetes
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Trastornos neurológicos (ictus, demencia, esclerosis múltiple y déficit cognitivo).
- Trastornos del sueño (como la apnea obstructiva del sueño).

INTRODUCCIÓN

Es posible que la corrección de la enfermedad de base permita reducir la severidad de los síntomas. Sin embargo, debe considerarse cada caso de forma individualizada, teniendo en cuenta que es difícil la valoración en mujeres que sufren más de una de estas patologías. [245].

Ajuste de medicación

La IU ha sido descrita como efecto adverso de numerosos medicamentos en varias farmacopeas. Sin embargo hay que tener en cuenta que esto se fundamenta en notificaciones de pacientes de forma aislada y de vigilancia del medicamento post-comercialización. Es difícil determinar por tanto, si dichos fármacos se asocian realmente al desarrollo de IU, especialmente en el caso de pacientes ancianos (en los que coexisten con los efectos de la edad y otras patologías concurrentes).

Se ha considerado que cambiar o suprimir unos fármacos en principio asociados con IU, puede considerarse como una intervención para reducir la incidencia o severidad de la IU. No obstante la evidencia científica disponible al respecto es escasa, y se corre el riesgo de producir más daño que beneficio [245].

La administración de antihipertensivos alfa-bloqueantes [288], medicación que actúa a nivel del SNC (como los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina [289] y tratamiento hormonal sustitutivo por vía sistémica [290] pueden aumentar el riesgo o agravar la IU, y su cese permite una mejora de la sintomatología.

Tratamiento del estreñimiento

Existe una relación consistente entre el estreñimiento crónico y la aparición del IU. El estreñimiento puede mejorar con modificación del estilo de vida y tratamiento médico. No existe evidencia suficiente para determinar que su tratamiento mejore la sintomatología de la IU [245]. No obstante en el caso de pacientes ancianos, el tratamiento conductual permite la mejoría de ambos: IU y estreñimiento [291].

Mecanismos de contención

El empleo de absorbentes y distintos mecanismos de contención es de vital importancia para los pacientes que adolecen de IU. Es necesario adaptar la clase de absorbente a la severidad de la IU. Constituye un paliativo, pero resulta de vital importancia en casos intratables. En las pacientes en que exista retención urinaria significativa, será preciso ofrecer cateterización intermitente (que tiene un riesgo menor de infección del tracto urinario y bacteriuria que el sondaje permanente) [245].

Otra posibilidad para la contención urinaria es el uso de pesarios diseñados a tal efecto [292]. Están disponibles en varias formas y tamaños.

Varios estudios han determinado que la mejoría de la IU con pesario vaginal obtiene resultados equivalentes a la terapia conductual vesical [293, 294]. En el momento actual se necesitan más estudios para determinar el papel del pesario en el tratamiento de la IUE.



Figura 26. Pesario vaginal de IU [295].

1.2.1.9.1.2. Modificaciones del estilo de vida

Hay factores como la dieta, el patrón de ingesta de líquidos, la obesidad, el nivel de actividad física o el tabaco, que se relacionan con la IU. La modificación de los mismos podría suponer una mejoría de la misma [245].

Reducción del consumo de cafeína

Hay bebidas como el café, el té o los refrescos de cola que contienen cafeína. La cafeína tiene efecto estimulante sobre el sistema nervioso central, diurético, y relajante del músculo liso. Se ha estudiado si la reducción de su consumo podría relacionarse con mejoría de la IU, y se ha llegado a la conclusión de que reduce los episodios de frecuencia y urgencia [296].

Ejercicio

Es controvertida la relación del ejercicio y la IU. Por una parte se ha considerado que la práctica física regular, puede fortalecer la musculatura pélvica y disminuir el riesgo de IU [297]. Sin embargo se ha observado que la prevalencia es más elevada en mujeres que practican ciertas actividades físicas, y en las atletas de alta competición [298]. En los estudios realizados se ha llegado a la conclusión de que se pueden producir pérdidas urinarias durante una actividad física muy intensa, pero que no predispone a IU en el futuro [299]. Se recomienda realizar un ejercicio físico moderado por su potencial efecto beneficioso en la prevención de IU [300].

INTRODUCCIÓN

Reducir la ingesta de líquidos

Se ha asumido clásicamente que la restricción de la ingesta total de líquidos es beneficiosa para la IU. No obstante no exenta de riesgos, como la predisposición a infecciones del tracto urinario, deshidratación, litiasis en las vías urinarias o estreñimiento [245]. Los estudios disponibles comunican una disminución de los episodios de IU tras esta intervención [301, 302], pero no permiten determinar si la reducción del volumen de líquidos ingerido produce cambios definitivos en la sintomatología de la IU.

Pérdida de peso

El sobrepeso y la obesidad constituyen una pandemia que crece de forma alarmante. Existe evidencia de que la prevalencia de la IUE aumenta de forma proporcional al IMC y que incrementa hasta cuatro veces el riesgo [303]. La pérdida de peso (mediante dieta o cirugía bariátrica) tiene un efecto beneficioso en la sintomatología de IU [304, 305], y por tanto es una recomendación a realizar en este tipo de pacientes.

Abandono del hábito tabáquico

El cese definitivo es una recomendación de salud pública generalizada, que debe realizarse para una buena práctica médica. Sin embargo no existe evidencia de que tenga efecto sobre la sintomatología de la IU [235].

1.2.1.9.1.3. Terapia conductual

Se consideran terapia conductual aquellas intervenciones realizadas por un individuo para mejorar una condición patológica, que requieren de entrenamiento o supervisión por un especialista. Incluye la reeducación vesical y la micción programada. Se instruye al paciente en su función vesical y en el consumo de líquidos, y se les entrena para que realicen micciones según un programa personalizado. Permite incrementar gradualmente el control de una persona sobre su función miccional para reducir los episodios de IU, y la confianza sobre su correcto funcionamiento. Se precisan varios meses para objetivar resultados, y no persisten salvo que el programa se mantenga [245, 306].

1.2.1.9.1.4. Fisioterapia

Entrenamiento de la musculatura pélvica

El entrenamiento de los músculos del suelo pelviano (también conocido como Ejercicios de Kegel) se emplea para aumentar la fuerza y la capacidad de mantener su contracción. Permite incrementar la presión de cierre de la uretra y estabilizar su posición, previniendo el descenso del cuello vesical con los esfuerzos.

Consiste en adiestrar a los pacientes en la realización de ejercicios de contracción de la musculatura pélvica, con la mayor intensidad y durante el máximo tiempo que sean capaces. Deben de realizarse una serie de repeticiones, varias veces al día, de forma regular. El aprendizaje puede ser individual (mediante folletos instructivos), supervisado o no, o en grupos de entrenamiento del suelo pélvico (como por ejemplo aquellos orientados a prevenir la IU postparto, o como parte de un programa de recuperación). Los estudios avalan que el resultado es mejor si el aprendizaje es supervisado por un especialista [307]. Se enseña a las pacientes a incrementar la contracción de los músculos en aquellas situaciones que les desencadenan la IUE habitualmente [245].

Constituye una medida de primera línea para el tratamiento conservador de la IUE, que se potencia con el biofeedback, la estimulación eléctrica o el uso de conos vaginales [308]. El inicio del entrenamiento en la gestación temprana reduce el riesgo de incontinencia en la gestación avanzada y en el postparto [281].

Electroestimulación

La electroestimulación consiste en la estimulación eléctrica mediante unos electrodos colocados en la vagina, el ano, o la piel del periné o de la región suprapúbica. La intensidad empleada suele ser baja en dispositivos portátiles de uso personal, y elevada en dispositivos de centros de rehabilitación (incluso se ha descrito junto con el empleo de anestésicos simultáneamente). Los regímenes de tratamiento, en cuanto a número y frecuencia de las sesiones, varía ampliamente. Se puede utilizar de forma aislada o en combinación con otras estrategias de tratamiento conservador. Es de especial interés en orientar a aquellas pacientes que no son capaces de identificar correctamente la contracción de la musculatura pelviana [245]. Los parámetros de estimulación varían considerablemente entre unos estudios y otros, por lo que la comparación es complicada. El papel de la estimulación eléctrica es incierto, y se precisa mayor investigación al respecto a cerca de su funcionamiento en la IU [309].

INTRODUCCIÓN



Figura 27. Dispositivo portátil de electroestimulación del suelo pélvico [310].

Estimulación magnética

La estimulación magnética permite una estimulación de la musculatura del suelo pélvico y las raíces sacras de una forma no invasiva. El paciente se sitúa junto a un generador que produce un campo magnético, que estimula los músculos pelvianos y los esfínteres. Existen modelos fijos y portátiles. Se emplea tanto en IUE como en IUU. Su mecanismo de acción no ha sido esclarecido completamente [245]. No presenta efectos adversos. Constituye una alternativa de tratamiento, pero con la evidencia científica actual no se puede establecer si sus efectos modifican la sintomatología de la IUE [311, 312].

Biofeedback

Es una técnica que se permite a la mujer tomar conciencia de la contracción y relajación de los músculos del suelo pélvico mediante un estímulo [313]. Emplea un dispositivo anal o vaginal que mide la contracción muscular en forma de señal manométrica o eletromiográfica. La información se transmite a la mujer mediante un sonido (por ejemplo más alto si la contracción es mayor) o visual (como por ejemplo el empleo de luces de diferente intensidad). Se ha visto que es un mecanismo útil, pero para establecer su eficacia, son necesarios más estudios [308].

Conos vaginales

Es una terapia que emplea conos de diferentes pesos colocados en la vagina para reforzar la contracción de la musculatura del suelo pélvico. Los pesos oscilan de 20 a 150 g y tienen distintos diseños. Se emplean durante un periodo de 20 minutos al día, incrementando el peso de los conos

progresivamente. El inconveniente es que no resultan cómodos para algunas pacientes, y no se mantienen en su posición en aquellas que tienen una laxitud vaginal excesiva [313].

Se ha visto que su empleo tiene unos resultados mejores que el no tratamiento, y pueden ser ofertados a la paciente si la tolerancia es buena [314].



Figura 28. Conos vaginales [315].

1.2.1.9.1.5. Tratamiento médico

No existe un tratamiento específico para la IUE. Sin embargo la sintomatología mejora con el empleo de estrógenos tópicos. Se han empleado por vía vaginal, y en ocasiones por vía intravesical. Tienen menor efecto sistémico que los orales, y no se asocian con un aumento de riesgo de cáncer o tromboembolismo [245]. Se emplean con frecuencia en el tratamiento de la atrofia urogenital en las pacientes postmenopáusicas [316].

Deben ser, por tanto, ofrecidos a mujeres menopáusicas con IUE, aunque la duración y el método de aplicación idóneos es desconocido, así como los efectos a largo plazo [290].

1.2.1.9.2. Tratamiento quirúrgico

La cirugía constituye la alternativa terapéutica en caso de fracaso del tratamiento conservador, aunque la difusión de técnicas mínimamente invasivas con baja tasa de efectos adversos, pueda modificar este principio en el futuro. El objetivo de las diversas técnicas es mantener continente a la paciente, con una función miccional adecuada. Se han de seguir una serie de principios de buena práctica quirúrgica: se debe discutir con el paciente el propósito de la intervención, los beneficios, los riesgos, y las alternativas terapéuticas. Los

INTRODUCCIÓN

cirujanos deben estar correctamente entrenados, y realizar periódicamente un cierto número de procedimientos para mantener la destreza [245].

1.2.1.9.2.1. Tratamiento quirúrgico de la iue no complicada

1.2.1.9.2.1.1. Colposuspensión abierta y laparoscópica

La colposuspensión tiene como finalidad elevar y fijar la uretra mediante la verticalización de la vagina. Para ello se sutura la fascia endopélvica a nivel parauretral y de la unión uretro-vesical con el ligamento de Cooper (técnica de Burch) [317]. La técnica de Marshall-Marchetti-Krantz que realiza la sutura a la sínfisis del pubis ha quedado desfasada actualmente [318].

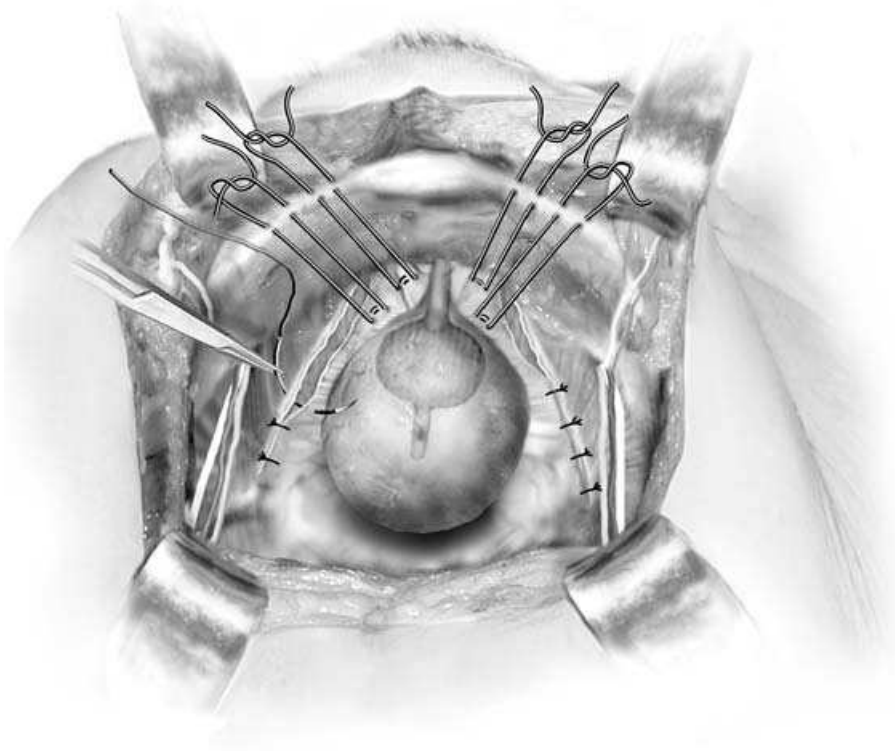


Figura 29. Colposuspensión abierta [319].

Se puede realizar de forma abierta o por vía laparoscópica [245]. La vía abierta obtiene tasas de continencia del 85-90% [320]. La vía laparoscópica presenta una tasa de curación similar [321], con la ventaja de presentar menor incidencia de complicaciones y una estancia hospitalaria más breve. Ambas tienen igual riesgo de desarrollo de dificultades miccionales o de aparición de urgencia de novo [322].

1.2.1.9.2.1.2. Colporrafia anterior

La reparación del compartimento vaginal asociado a la plicatura de Kelly permite mejorar el soporte y disminuir la hipermovilidad uretral [317]. Hoy se considera una operación obsoleta para el tratamiento de la IUE [245], puesto que presenta unas tasas de curación muy bajas, especialmente a largo plazo [323].

1.2.1.9.2.1.3. Sling suburetral

Consiste en la inserción de una banda libre de tensión en la porción media de la uretra, para elevar y fijar la unión vesicouretral y así tratar la IUE por hipermovilidad uretral. Se han descrito con materiales autólogos, pero la aparición de bandas suburetrales de material sintético supuso un hito en el desarrollo de la intervención, así como la descripción de técnicas mínimamente invasivas. Estudios recientes han identificado las propiedades ideales del material sintético: monofilamento no reabsorbible (se emplea típicamente el polipropileno) y macroporo. Así los slings suburetrales se han convertido en el tratamiento más habitual de la IUE en Europa [245].

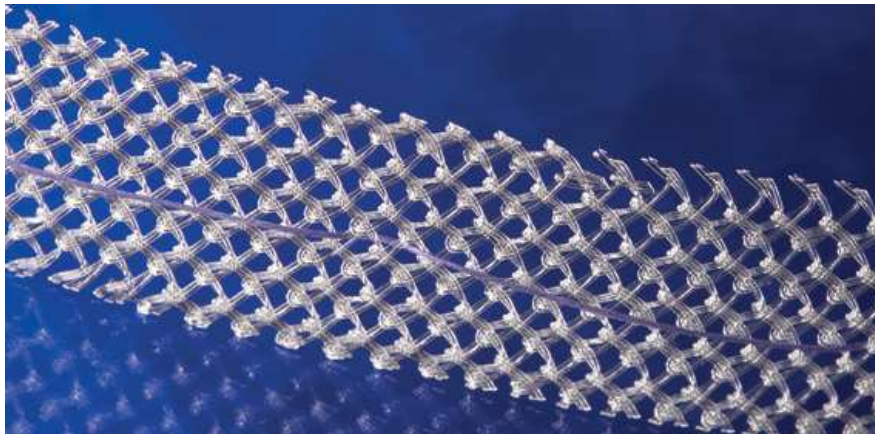


Figura 30. Tejido sintético macroporo [324].

El riesgo de fracaso de la intervención o aparición de complicaciones, aumenta con la edad [325, 326].

En función del tamaño y sistema de inserción de la minibanda, se distinguen varios tipos de sling suburetrales: TVT, TOT, sling suburetral de incisión única, y sling ajustable.

TVT (tension-free vaginal tape)

El TVT clásico o retropúbico fue descrito por Ulmsten en Suecia en 1996, como una técnica segura, breve, y con excelentes resultados de curación [327].

INTRODUCCIÓN

Consiste en la inserción de una cinta de polipropileno por debajo de la uretra media. Para ello se realiza una incisión vaginal suburetral a 1,5 cm del meato y de 1,5 cm de longitud, llevando a cabo la disección de los espacios parauretrales. A continuación mediante unas agujas especiales se atraviesa el espacio de Retzius, los músculos abdominales, la fascia y la piel a nivel suprapúbico. La cinta produce una reacción inflamatoria, y su estructura macroporo permite la integración en los tejidos [318].

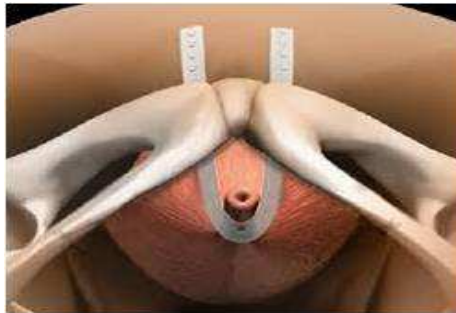


Figura 31. TVT [328].

El TVT es más eficaz que la intervención de Burch [329], aunque el riesgo de perforación vesical es mayor [330].

TOT (Transobturator Tape)

La TOT surge con el ánimo de simplificar la técnica quirúrgica y de minimizar el riesgo de lesiones vesicales. La diferencia radica en que la inserción no se realiza atravesando el espacio retropúbico hacia la piel del abdomen, sino que pasa por el agujero obturador, atravesando los músculos obturadores, la membrana obturatriz y la piel del pliegue inguinal.

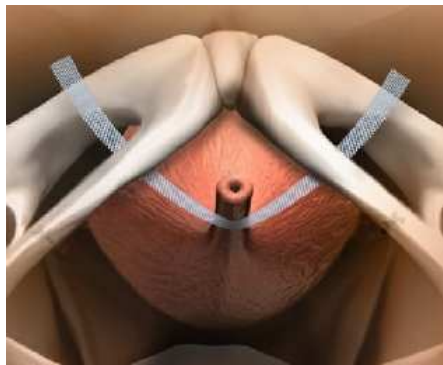


Figura 32. TOT [331].

Se describieron dos técnicas: de dentro a fuera (in-out, TVT-O) y de fuera a dentro (out-in, TOT) [318].

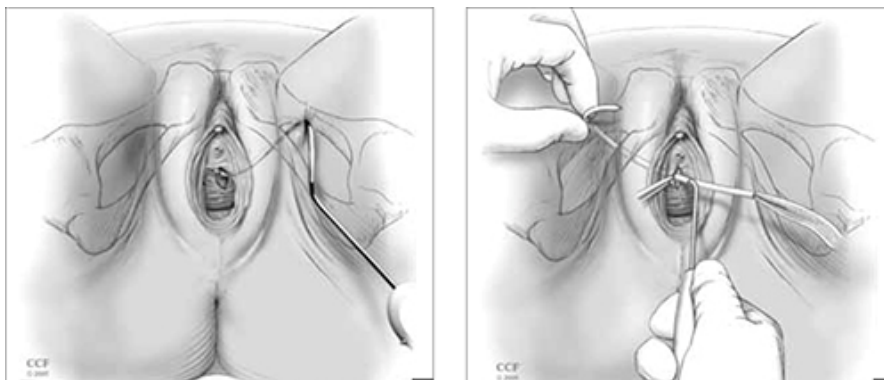


Figura 33. Inserción fuera-dentro (A) y dentro-fuera (B) [332].

La eficacia es equivalente a la del TVT, con menor riesgo de lesión vesical [330]. En cuanto a la vía de inserción, una revisión sistemática de la Cochrane, ha determinado que no existe evidencia actualmente para determinar cuál de las dos es mejor [333].

Sling suburetral de incisión única o minibanda

Son unas bandas suburetrales que se implantan con anestesia local de forma ambulatoria, mediante un abordaje mínimamente invasivo. Surgen con la finalidad de reducir el número de complicaciones y el dolor postoperatorio [245]. La fijación se realiza a nivel del músculo obturador interno, y en la inserción se evita el paso a través del músculo obturador externo, los aductores y la piel. Se realiza una incisión única y la dirección de la inserción es de dentro a fuera. No precisan de control cistoscópico. [318].

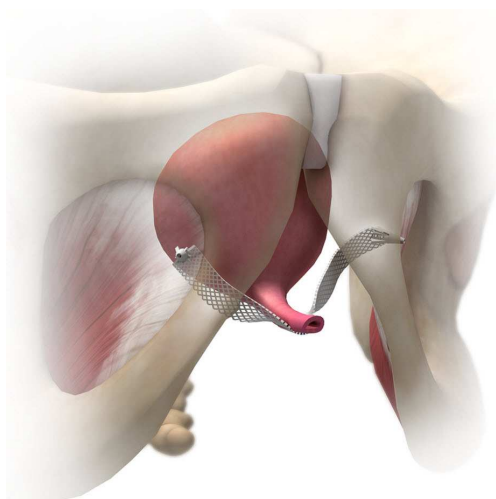


Figura 34. Cinta suburetral de incisión única [334].

INTRODUCCIÓN

Existen múltiples dispositivos con diferentes diseños, por lo que realizar una comparación entre ellos en términos de resultados es difícil. Con la evidencia científica actual se puede afirmar que la eficacia de las minibandas es equivalente a las bandas suburetrales clásicas [335-337], con la ventaja de que acortan el tiempo quirúrgico, con menores pérdida hemática y dolor postoperatorio [338].

Sling ajustable

Uno de los inconvenientes del tratamiento de la IUE con bandas suburetrales, es realizar una corrección excesiva que produzca una disfunción miccional obstructiva, que en ocasiones precisa de tratamiento (como una cateterización intermitente). Los sling ajustables permiten obviar este problema, al permitir modificar la tensión de la banda una vez inserta [339]. No existe evidencia en el momento actual a que el dispositivo sea superior a las bandas suburetrales convencionales [245].

1.2.1.9.2.1.4. Inyección uretral de materiales de relleno

La inyección de sustancias de relleno en la submucosa uretral, incrementa la resistencia uretral y permite mejorar la incontinencia. No se sabe exactamente si el mecanismo de acción es la obstrucción uretral o la mejora del sellado de las paredes uretrales. Se realiza a nivel transuretral o parauretral, con control uretroscópico, con un dispositivo diseñado para ello [245]. No se ha descrito un lugar idóneo de inyección, y tampoco se ha llegado a acuerdo en cuanto a la sustancia idónea a emplear [340]. Permite una mejoría de la sintomatología de IUE a corto plazo (unos 3 meses), pero no llega a conseguir curación en ningún caso, siendo sus resultados inferiores a los de la colposuspensión y la inserción de bandas suburetrales. En ocasiones es preciso realizar varias sesiones para conseguir efecto. La ventaja que presenta con respecto a las intervenciones abiertas es una menor tasa de efectos adversos [341]. Se prefiere la ruta transuretral, puesto que con la vía transperineal, la incidencia de retención urinaria es mayor [342].

1.2.1.9.2.2. Tratamiento quirúrgico de la iue complicada

Se considera IUE complicada aquella recidivada de una cirugía previa, causada por un tratamiento radioterápico (que ha debilitado los tejidos vaginales o uretrales), o aquella de causa neurológica [245].

1.2.1.9.2.2.1. Colposuspensión o inserción de sling tras fracaso quirúrgico

La tasa de fallo de corrección quirúrgica de IUE varía ampliamente, con cifras que oscilan entre 5-80%, muchas de las cuales precisarán reintervención. La recidiva se puede producir inmediatamente tras la cirugía, o después de

muchos años. Los motivos responsables del fallo no se conocen en muchas ocasiones [245]. En cuanto a que intervención llevar a cabo como segunda cirugía, es objeto de debate, no existe evidencia de ningún procedimiento que sea superior, y la elección debe realizarse de forma individualizada. La mayoría de las intervenciones serán menos efectivas cuando se empleen como segunda línea de tratamiento [343, 344].

1.2.1.9.2.2.2. Dispositivos de compresión externa para el déficit de esfínter uretral intrínseco

Los dispositivos de compresión externa constituyen una técnica novedosa, que permite el tratamiento de la IUE ejerciendo una presión externa sobre la uretra. Pueden ser empleados para el tratamiento de la IUE recidivada tras cirugía y en pacientes neurológicos, que presenten un fallo del mecanismo del esfínter intrínseco uretral. Este déficit esfinteriano se caracteriza por bajas presiones de cierre uretral o bajo punto máximo de presión, y debe ser confirmado mediante un estudio urodinámico [245]. Existen dos comercializados en el momento actual: dispositivo de terapia por compresión ajustable, y el esfínter artificial.

El dispositivo de terapia por compresión ajustable consta de dos balones inflables emplazados en ambos extremos del cuello vesical. El volumen de cada uno de ellos se ajusta mediante un puerto situado en los labios mayores. Resulta útil para mejorar la sintomatología de la IUE complicada [345].

En cuanto al recientemente comercializado esfínter artificial, permite un cierre condicionado a los cambios de presión intraabdominal. Presenta la ventaja de que permite orinar a la mujer con normalidad [346]. Su principal indicación es el fracaso de las técnicas previas con déficit esfinteriano asociado [318].

Los efectos adversos de ambos incluyen el fallo mecánico del dispositivo y la necesidad de retirarlos quirúrgicamente. Ésto ocurre con mayor frecuencia en mujeres de edad avanzada y en aquellas que han sido intervenidas de una colposuspensión de Burch, o que han recibido radioterapia [347]. No existen ensayos clínicos controlados aleatorizados que analicen los resultados de los dispositivos, sino series de casos clínicos [348, 349], por lo que se precisa mayor investigación.

1.2.1.9.2.3. Tratamiento quirúrgico de la iue coexistente con el prolapso órganos

Existe una asociación clara entre la presencia de IUE y el prolapso de órganos pélvicos. En el caso de pacientes en las que coexistan ambas patologías, la cirugía correctiva de ambas produce una mayor tasa de curación, con la

INTRODUCCIÓN

desventaja de que presenta una incidencia mayor de complicaciones. Existe controversia en cuanto al beneficio de la cirugía combinada a largo plazo [245].

Las mujeres con prolapso de órganos pélvicos y continentes, presentan un mayor riesgo de desarrollo de IUE postoperatoria. Sin embargo, no está justificado en principio realizar una cirugía profiláctica de la IUE asociada, puesto que aumenta el riesgo complicaciones [350].

1.2.2. IU MASCULINA

1.2.2.1. Introducción

La incontinencia urinaria masculina en nuestra sociedad es un concepto “nuevo”.

Hay, en general, en la incontinencia urinaria, dos épocas históricas: antes del siglo XIX, se la relacionaba con los procedimientos de extracción de las litiasis vesicales.

En ese periodo, se prefería extirpar las grandes litiasis vesicales a través del periné de niños o adolescentes que no tenían desarrollada la próstata, como describiera Celso en su Enciclopedia De Res Medica (año 30 d.d.C.). Si sobrevivían a la incisión perineal, de alta mortalidad por hemorragia o infección, solía quedar como secuela la incontinencia urinaria permanente.

Al aumentar la esperanza de vida desde las últimas décadas del siglo XIX y principios del XX, los varones sobrepasan los 60 años de edad en su mayoría y comienza a darse importancia a la sintomatología derivada del crecimiento prostático.

En su inmensa mayoría, actualmente a la incontinencia urinaria masculina se la relaciona con procedimientos quirúrgicos realizados sobre la próstata, bien para mejorar la función urinaria, bien para extirpar o tratar un cáncer.

1.2.2.2. Bases Anatómicas [351]

Son numerosos los elementos anatómicos que se han descrito y estudiado el proceso de la continencia urinaria, pero no existe un consenso definitivo dado que los músculos que conforman los esfínteres están interrelacionados entre sí tanto morfológica como funcionalmente. Asimismo todas las fibras musculares que intervienen poseen una inervación compleja. Todo en su conjunto debe proporcionar el control de dos funciones: la micción y eyaculación. [352]

En la mayoría de los estudios se diferenciar al menos cinco componentes distintos implicados. Aunque existen varias diferencias de ubicación de estas estructuras, suelen agruparse en dos grupos de rasgos mayores según el tipo histológico de fibra muscular (fibras musculares estriadas o lisas) que los

compone. [352] De este modo obtenemos la división entre complejo esfinteriano muscular liso y complejo esfinteriano muscular estriado. Dentro del complejo esfinteriano muscular liso están el esfínter preprostático y el esfínter prostático pasivo. El complejo esfinteriano muscular estriado o esfínter prostatomembranoso engloba al esfínter estriado prostático, esfínter estriado membranoso y esfínter estriado periuretral. [353] La próstata actúa de nexo entre los dos complejos ayudando a que su función sea efectiva. [352]

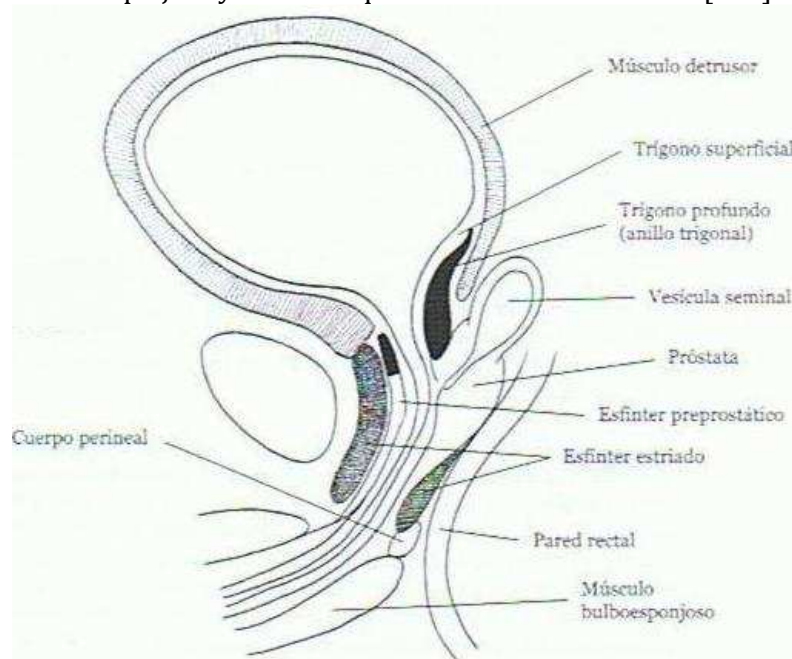


Figura 35. Distribución anatómica de los complejos esfinterianos prostáticos [354].

Comenzaremos hablando del complejo esfinteriano muscular liso:

- El esfínter preprostático está situado debajo de la mucosa ureteral y describe un cilindro de fibras concéntricas (de inervación noradrenérgica simpática) que proximalmente rodean el cuello vesical y distalmente finalizan en la zona del veru montanum. [353] Su función es la de prevenir la eyaculación retrógrada procedente de los conductos eyaculadores y mantener la continencia a nivel del cuello vesical. [354]
- Esfínter prostático pasivo: se sitúa debajo del esfínter preprostático envolviendo de forma circular la uretra membranosa. Está compuesto por fibras compactas entrelazadas con tejido fibroelástico que se relacionan íntimamente con las fibras del esfínter prostatomembranoso. Se coloca justo por encima de las estructuras estriadas. [353]

INTRODUCCIÓN

El complejo esfinteriano estriado consta de:

- Esfínter estriado prostático: está constituido por fibras dorsolaterales adyacentes ápex prostático, siendo el más cercano al complejo liso. Su porción más gruesa está en la zona dorsal y adelgaza conforme se lateraliza. Se relaciona con las fibras del músculo pubococcígeo para reforzar la actividad esfinteriana. [355]
- Esfínter estriado membranoso: envuelve casi completamente a la uretra hasta su segmento bulbar gracias a su disposición circular y se localiza en sentido distal al esfínter estriado prostático. El cuerpo perineal da un punto de anclaje y soporte para reforzar la acción esfinteriana. [356]
- El esfínter estriado periureteral está compuesto por fibras más mediales del músculo pubococígeo. Es importante destacar que en su composición existen dos tipos de fibras musculares: de contracción rápida y mayor tamaño; y de contracción lenta más pequeñas. Este músculo queda separado por una fina capa de tejido conjuntivo del estriado membranoso [355].

En la función de la continencia es importante describir la función de los dos tipos de fibras del esfínter estriado periureteral. Las fibras de contracción rápida y mayor tamaño intervienen en aumentos súbitos de presión intraabdominal (por ejemplo la tos). En cambio, las fibras de contracción lenta y pequeño tamaño son las que son más numerosas, por ello son las que ayudan a elevar las estructuras como la vejiga, próstata y recto para que los esfínteres correspondientes puedan ejercer su función de manera adecuada [355].

Para el almacenamiento de la orina existe la vejiga. Se trata de un órgano de forma esférica-ovoidea que se localiza en el centro de la pelvis y continúa con la uretra que es la que lleva la orina al exterior. Puede tener dos disposiciones, cuando está llena sobresale de la cavidad pélvica al abdomen; en cambio cuando está vacía se sitúa posterior a la sínfisis del pubis [357]. La base de la vejiga se sitúa por encima de la próstata y vesículas seminales. Asimismo posee una capacidad de distensión que la permite llegar a almacenar hasta 200-250 ml de orina. La vejiga se vacía gracias a la contracción del detrusor (músculo liso de control vegetativo autónomo) que en situaciones de aumento de presión es capaz de distenderse y así almacenar la orina sin apenas variar la presión intravesical [353].

La uretra es el conducto excreto de la vejiga. A lo largo de su recorrido se encuentran las estructuras esfinterianas mencionadas anteriormente. La pared de la uretra está compuesta por túnica mucosa y por dos capas de túnica muscular, una interna (fibras longitudinales) y externa (fibras circunferencial). En el hombre la dividimos en tres segmentos [353]:

- Uretra prostática: es la porción que atraviesa la próstata.
- Uretra membranosa: atraviesa los planos músculo-aponeurótico del periné.
- Uretra esponjosa: es el fragmento que está contenido en el cuerpo esponjoso del pene.

1.2.2.3. Bases nerufisiológicas

La vejiga es la responsable del almacenamiento de orina, por otro lado el cuello vesical, la uretra y el esfínter ureteral son los responsables de su eliminación voluntaria [353].

La inervación de la musculatura lisa (esfínter preprostático y prostático) procede de las raíces simpáticas L2-L3 que descienden hasta alcanzar plexo hipogástrico superior y tras ello dividirse en nervios hipogástricos derecho e izquierdo. La musculatura estriada periureteral recibe su inervación a través de la raíz espinal de S2 a través del nervio pudendo. En cambio el resto de la musculatura estriada lo recibe de las raíces S2-S3 que conforman las ramas esplácnicas de los nervios pélvicos [358].

Asimismo cabe destacar la función del esfínter estriado periureteral que al contraerse produce un ascenso de estructuras como la vejiga y próstata provocando una inhibición de las terminaciones del detrusor, aumentando así la presión del cierre y cese de la micción. De manera contraria, cuando el esfínter está relajado da lugar a un descenso de las estructuras con lo que se activan los receptores parasimpáticos del detrusor comenzando la micción [355].

1.2.2.4. Incontinencia urinaria de esfuerzo masculina

La incontinencia urinaria afecta a la calidad de vida del paciente en diversos ámbitos: familiar, social, laboral, sexual, psicológico, físico, médico, etc. Sin embargo hoy en día se trata de una enfermedad infradiagnosticada ya que los pacientes sienten vergüenza y no consultan el problema al médico. Finalmente, si no se trata produce un deterioro en la vida de la persona limitando su autonomía y reduciendo la autoestima [359].

El reconocimiento de la IU como enfermedad por parte de la OMS no se produjo hasta el año 1998, lo que nos da un ejemplo de la minusvaloración que padece este problema de primer orden que afecta alrededor de 200 millones de pacientes [358].

1.2.2.4.1. Epidemiología

Es difícil de saber la prevalencia exacta de la IU ya que es una enfermedad infradiagnosticada. Esto es así por diversas razones, la primera de ellas es que

INTRODUCCIÓN

no existe una definición exacta de la incontinencia urinaria (los estudios que se realizan sobre ella usan definiciones, metodología y características demográficas distintas). Asimismo se trata de una enfermedad silenciosa (posee connotaciones sociales y personales negativas), el personal sanitario no pregunta por este tipo de problemas [359].

La Sociedad Internacional de Continencia define la incontinencia urinaria a cualquier pérdida involuntaria de orina a través de la uretra que se puede demostrar de manera objetiva y que presenta un grado suficiente como para constituir un problema social o higiénico [360].

Comúnmente se acepta que la prevalencia de la IU en el varón (1-39%) es dos veces menos frecuente que en la mujer (5-69%) [361]. En un estudio transversal de 2010 realizado por Markland y cols en EEUU donde se analizó la IU de varones mayores de 20 años se vio que la prevalencia de la IU severa o moderada fue de un 4,5%. Los factores que producían un aumento de la IU masculina fueron la edad, depresión y la hipertensión arterial [362].

En España la prevalencia se sitúa en el 7% en un estudio reciente de Salinas y cols. Esta prevalencia se ve incrementada en población hospitalaria. Estos datos son concordantes con los del Observatorio Nacional de Incontinencia que en 2009 estimó un 7% de prevalencia en varones y 24% de mujeres. Se estima que son 1.500.000 varones que padecen IU en España [363].

1.2.2.4.2. Clasificación y etiopatogenia

La clasificación que recomienda la ICS, a pesar de existir otras (según sexo, severidad, radiológica, urodinámica), distingue tres tipos de incontinencia [360]:

- IU de esfuerzo
- IU de urgencia
- IU mixta

El escape de orina está provocado por el mal funcionamiento de elementos de la continencia como el músculo detrusor y el mecanismo esfinteriano. En el varón las causas fundamentales son, de modo general: hiperactividad vesical nerógena o no, lesión esfinteriana y obstrucción del tracto urinario inferior [358].

En cuanto a la distribución el tipo dominante es la IU de urgencia (40-80%) de los casos, la IU de esfuerzo es la menos frecuente (inferior al 10%) y la IU mixta es la que afecta a 10-30% de los casos [358].

La IU de esfuerzo está relacionada con el tratamiento de patología prostáticas que causan un déficit intrínseco del esfínter (RTUp, láser,

adenomectomía, prostaectomía, RT, braquiterapia, crioterapia, HIFU, uretrotomía) [358].

En los estudios se ha visto la influencia de diversos factores de riesgo asociados a la IU [358]:

La prevalencia aumenta con la edad.

- Hábitos sociales como el alcohol, tabaco, cafeína.
- Sintomatología del tracto urinario inferior [364, 365].
- Deterioro cognitivo o funcional
- Enfermedades neurológicas (enfermedad de Parkinson, demencias, esclerosis múltiple, ELA, accidente cerebrovascular, polineuropatía diabética y lesiones iatrogénicas) pueden ser causas de vejigas hiperactivas o hipoactivas.
- Tratamientos aplicados en la patología prostática.
- Tratamiento farmacológico con diuréticos, antihipertensivos, ansolíticos, antidepressivos [366].
- Patologías concomitantes como la diabetes mellitus, HTA, depresión, infecciones urinarias de repetición, enfermedades crónicas.

1.2.2.4.3. Diagnóstico

Existen numerosas herramientas para el correcto diagnóstico de la IU.

Anamnesis y exploración física: realizar una correcta historia clínica tiene como objetivo identificar correctamente la filiación de la IU, los factores de riesgo, tipo, severidad y duración de la IU. Asimismo deben registrarse todos los síntomas acompañantes.

Antecedentes personales: identificación de factores de riesgo como la diabetes mellitus, obesidad, radioterapia, trastornos neurológicos y cirugías previas como prostatectomía radical, RTUp, adenomectomía, uretrotomía, cervicotomía y cirugía abdominoperineal. [358]

Síntomas urinarios: frecuencia miccional diurna y nocturna, dificultad, tenesmo, calibre del chorro miccional, urgencia. Clasificar el tipo de IU, severidad, duración, desencadenantes y cuantificar el material absorbente utilizado. Identificar síntomas acompañantes como dolor pélvico, hematuria, cólico renal, etc. [358].

En la exploración física deben buscarse los signos que puede provocar la IU como una dermatitis de contacto y balanitis [358]. Asimismo debe valorarse el grado de incontinencia al realizar ejercicios o levantarse y sentarse. Esto

INTRODUCCIÓN

aumenta la presión intraabdominal y pone de manifiesto una IU de esfuerzo [367].

Diario miccional: Se registra el número de micciones diarias, indicando las horas en que se producen y el volumen de cada una, los episodios de urgencia, incontinencia, ingesta de líquidos y utilización de compresas y pañales [358].

Quantificación del escape: el pesaje de las compresas durante 24h es la única manera objetiva de cuantificar las pérdidas de orina y así poder clasificar la IU en leve (menos de 100 gramos al día), moderada (entre 100-400 gramos/24h) y severa (más 400 gramos/24h) [358].

Cuestionarios validados: permite convertir los síntomas subjetivos del paciente en datos cuantificables. Estos para ser fiables deben reunir una serie de requisitos y condiciones [358]:

- Validez: miden lo que realmente tienen que medir.
- Reproducibilidad: son capaces de ofrecer los mismos resultados en intervalos sucesivos.
- Sensibilidad a los cambios.
- Parsimonia: tendencia al menor número de variables.
- Autoadministrados: cumplimentados por el propio paciente.
- Validados al idioma de origen.
- Específicos para ámbitos concretos: incontinencia, calidad de vida, esfera sexual, síntomas del tracto urinario inferior, etc.

Asimismo estos cuestionarios sirven para valorar inicialmente al enfermo, para su monitorización, inclusión en protocolos y diversos estudios. El cuestionario más utilizado es el ICIQ-UI SF (*International Consultation On Incontinence Questionnaire Urinary Incontinence Short Form*) [358].

Endoscopia: nos permite evaluar tres órganos diferentes. El primero de ellos es la uretra donde podemos ver el ureterio y su integridad, descartar presencia de estenosis y evaluar de manera correcta y adecuada la función del esfínter ureteral externo, asimismo vemos si existe una movilidad ureteral. La próstata permite descartar una estenosis de la anastomosis vésico ureteral. Y por último en la vejiga podemos valorar la presencia de estigmas rádicos y descartar litiasis, tumores o cistitis [358].

Estudio urodinámicos:

Flujometría: se trata de una prueba no invasiva que determina las características del flujo urinario durante la fase de vaciado. Valoramos los siguientes parámetros:

- Volumen miccional (V): El volumen total evacuado por la uretra durante la micción. Se considera valida a partir de 100 ml.
- Flujo máximo (Q_{máx}): el valor máximo del flujo alcanzado en la micción.
- Flujo medio (Q_{med}): es el resultado de dividir el volumen miccional entre el tiempo de flujo.
- Tiempo de flujo (TQ): el tiempo durante el cual hay flujo.
- Tiempo de Flujo máximo (TQ_{máx}): es el tiempo que transcurre hasta alcanzar el flujo máximo.

Cistomanometría: Consiste en el registro simultáneo de la presión vesical y abdominal durante la fase de llenado. A través de un catéter se infunde suero salino a la vejiga midiendo simultáneamente la presión dentro de la vejiga, la presión abdominal se registra a través de un catéter rectal [358].

Se registran los siguientes datos: 1) Capacidad vesical en ml, 2) sensibilidad: primera sensación de llenado, primer deseo miccional, deseo miccional fuerte, 3) urgencia miccional y dolor, contracciones no inhibidas del detrusor: se registra con qué volumen aparecen, la máxima presión del detrusor ($P_{det} = P_{ves} - P_{abd}$) durante la contracción, en qué circunstancias se produce (tos, aumento de velocidad de llenado, suero frío) y si se acompaña o no de IU, 4) acomodación vesical (ml/cm H₂O): Se calcula dividiendo el incremento de volumen entre el incremento de presión del detrusor. En condiciones normales la vejiga muestra una buena acomodación, es decir, incrementos importantes de volumen se traducen en aumentos pequeños de presión., incontinencia urinaria: Registrando en que volumen aparece y en qué circunstancias (tos, valsalva, contracciones involuntarias), 5) punto de presión de fuga abdominal: indica la capacidad de la uretra de actuar como válvula ante un esfuerzo (a mayor presión necesaria, mejor función. Grado de recomendación B/C). Algunos autores consideran valores inferiores a 60 cm H₂O como factor de mal pronóstico [358].

Debido a un posible artefacto que produce el catéter en la uretra o a la mayor capacidad de la musculatura pélvica del hombre esta prueba tiene una menor tasa de reproducibilidad en las incontinencia del varón que en la femenina [368].

Estudio de presión-flujo: Estudia la fase de vaciado midiendo simultáneamente la presión del detrusor y el flujo miccional [358].

Electromiografía: Es la técnica que estudia los potenciales bioeléctricos producidos por la despolarización del músculo, de esta manera se registra la actividad de la musculatura perineal durante el estudio mediante distintos tipos de electrodos [358].

INTRODUCCIÓN

Pruebas radiológicas:

Ecografía urológica: Sirve para valorar de forma rápida y no invasiva el tracto urinario superior e inferior. Es útil para descartar una dilatación pielocalicial en caso de una vejiga de baja acomodación o en presencia de un reflujo vesico-ureteral. También sirve para valorar la existencia de residuo postmiccional que se puede dar tanto en presencia de un detrusor hipoactivo como ante una obstrucción infravesical (estenosis en cuello, anastomosis vésico-uretral y en uretra) [358].

Cistouretrografía miccional seriada: Con esta prueba se valora de forma dinámica tanto la función como la morfología de todo el tracto urinario inferior. Nos proporciona una cantidad ingente de información [358]:

- Morfología: vejiga de lucha, neurógena o “en lágrima” (ver imagen), divertículos vesicales.
- Reflujo vésico-ureteral.
- Residuo postmiccional.
- Incontinencia de orina ante el valsalva: en ocasiones se visualiza el prolapso de la anastomosis vésico-uretral (en pacientes prostatectomizados) durante el esfuerzo.
- Fístula vésico-rectal: sobre todo en pacientes con radioterapia previa.
- Estenosis: en cuello vesical, en uretra y en la anastomosis vesico-uretral.
- Divertículos en uretra.

Resonancia magnética, TAC y urografía: Son pruebas que se suelen reservar ante la sospecha clínica de complicaciones asociadas como linfocelos, hematomas, recidiva neoplásica en pelvis, fístulas urinarias, divertículos complejos, etc. [358]

Diagnóstico diferencial: Estenosis anastomótica, inestabilidad del detrusor, incontinencia urinaria de esfuerzo [358].

1.2.2.4.4. Tratamiento

El tratamiento debe discutirse con el paciente acordando las metas y expectativas a las cuales se puede llegar. La IU no es de riesgo mortal, por lo tanto hay que valorar los posibles riesgos y beneficios. Se empieza por medidas más conservadoras, y en su defecto, se pasa a medidas más invasivas [369].

Existen varias recomendaciones para el tratamiento inicial de la incontinencia urinaria masculina como el cambio de hábitos de conducta, rehabilitación del suelo pélvico y biofeedback, tratamiento farmacológico y en algunos casos electroestimulación y estimulación negativa [369].

Los tratamientos que han demostrado empleados de modo general en la IU de esfuerzo son:

- La rehabilitación del suelo pélvico ha demostrado ser eficaz en pacientes tras una intervención quirúrgica. La respuesta a este tipo de tratamiento es heterogéneo debido a la diversidad de tratamientos que existen. El biofeedback consiste en enseñar al paciente a relajar y contraer los distintos músculos del suelo pélvico mediante estímulos visuales, auditivos y táctiles, es uno de los tratamientos más eficaces [370].
 - La modificación de hábitos incluye: evitar la obesidad (por el aumento de presión intraabdominal), reducción de la ingesta de irritantes vesicales, mantener una ingesta de líquidos adecuada y restringir la ingesta de líquidos 3-4 horas antes de acostarse [358].
1. En el tratamiento farmacológico se usan varios grupos farmacológicos. El primero de ellos son los agonistas α -adrenérgicos (efedrina, midronida, norepinefrina), funcionan incrementando la resistencia uretral durante la fase de llenado [371]. Los agonistas β 2-adrenérgicos como el clenbuterol son eficaces ya que incrementan la contractilidad del esfínter externo mediado por la liberación de acetilcolina en el espacio neuromuscular [358]. También pueden usarse los inhibidores de la recaptación de serotonina-noradrenalina, que actúa a nivel del núcleo de Onuf en el cual se encuentran las motoneuronas del nervio pudendo, estas son las responsables de la regulación del tono muscular del esfínter ureteral. Al disminuir la recaptación, los receptores serotoninérgicos y noradrenérgicos se encuentran ocupados y aumenta la actividad esfinteriana [372] [373] [374] [375].
 - Otros tratamientos como la estimulación eléctrica actúa sobre el nervio pudendo aumentando el tono de la musculatura estriada periuretral de forma directa. La estimulación magnética también actúa a nivel del nervio pudendo estimulando sus aferentes para conseguir una inhibición de la actividad parasimpática eferente. Se produce por lo tanto una contracción del esfínter estriado periureteral [358].
 - Existen varios tratamientos específicos para la IU de esfuerzo. La mayoría de los casos de este tipo de incontinencia se debe a la prostatectomía radical para el adenocarcinoma de próstata que provoca una lesión primaria del esfínter periureteral y/o destrucción de las estructuras de sostén. En cambio las lesiones causadas por láser, crioterapia, radioterapia o braquiterapia solamente dan lugar a lesiones tisulares que derivan en uretras

INTRODUCCIÓN

rígidas con mucosa desvascularizada. En la mayoría de los pacientes se prefiere un tratamiento quirúrgico en el cual se implanta un esfínter artificial. Su complicación consiste en que el paciente debe tener una capacidad cognitiva para su manejo. Esto no está exento de complicaciones como la infección, atrofia ureteral o fallo mecánico. Por lo consiguiente se han desarrollado nuevos tratamientos innovadores [358].

- Inyección de sustancias periuretrales: su objetivo es mejorar la coaptación de la luz ureteral a nivel del esfínter periureteral.
- Stemcells: consta de inyección de periuretral de mioblastos/fibroblastos a nivel del esfínter estriado.
- Dispositivo de compresión: ProACT®. Se trata de un dispositivo compuesto por dos balones que se implanta a nivel del cuello vesical para aumentar la capacidad de coaptación a ese nivel.
- Slings suburetrales:
 - o Ajustables:
 - Argus®: consta de una almohadilla de espuma de silicona (que proporciona soporte a la uretra) unida a dos columnas de silicona con múltiples muescas que permiten ajustar su tensión mediante unas arandelas que se fijan a la fascia de los rectos [376].
 - Remeex®: Consta de una malla de prolene suburetral conectada a través de dos hilos de tracción de prolene que se conectan a un regulador subcutáneo en la zona suprapúbica a nivel de la fascia de los rectos que se puede manipular con un ajustador externo denominado varitensor que se une mediante dos hilos a un varitensor que es el que permite su reajuste [377].
 - Atoms®: es una prótesis de reciente aparición diseñada por Bauer que consta de una malla suburetral con almohadilla ajustable mediante inyección de suero fisiológico a través de un puerto autosellable que se coloca a nivel suprapúbico. [378]
 - o No ajustables:
 - Invance®: Consta de una malla suburetral que se implanta por vía perineal, por debajo de la uretra bulbar y que se fija bilateralmente a las ramas isquiopúbicas mediante unos tornillos de titanio para lograr una compresión uretral [379].

- Advance XP®: el propósito es reposicionar la uretra posterior y la región esfinteriana a su situación anatómica normal después de una prostatectomía radical [380].
 - I-stop atoms®: Es un sistema de reciente aparición que consta de una malla de prolene de dos brazos a cada lado y que se implanta vía perineal a través de la fascia obturatriz, tiene la ventaja de que el trocar de punción puede ser usado indistintamente de fuera/dentro o dentro/fuera [381].
- Esfínteres artificiales: AMS-800®, FlowSecure® y Zephyr®.

Estas alternativas están indicadas en IU leves y severas, sin embargo en IU severa se previere tomar la vía del tratamiento quirúrgico. Existen diversos factores de riesgo que se deben tener en cuenta en el tratamiento quirúrgico: radioterapia previa, cirugía previa, experiencia del cirujano, severidad de la IUE, presencia de patología neurológica concomitante.

1.2.2.5. Incontinencia urinaria de esfuerzo masculina tras prostatectomía radical

Factores de riesgo: No existen evidencias en la actualidad de ningún factor predisponente que esté asociado sistemática y satisfactoriamente con un mayor riesgo de incontinencia urinaria tras la cirugía [382].

De manera ocasional se ha afirmado que el envejecimiento y la resección amplia deliberada de los nervios cavernosos son predictores del futuro desarrollo de incontinencia urinaria en diversos grados luego de la prostatectomía radical [383].

Prevención general [384]: Idoneidad de un campo quirúrgico exangüe después de la ligadura anatómica del complejo venoso dorsal para seccionar de manera meticulosa la unión prostatouretral y por ende de la subsecuente anastomosis.

Se cree que la preservación máxima de esfínter y unidades esfinterianas durante la cirugía reduce al máximo la posibilidad de futura incontinencia [385].

Fomentar el fortalecimiento de las unidades del suelo pelviano con realización de Ejercicios de Kegel y similares [386]. De este modo se predisponen a las estructuras implicadas en la cirugía a una mejor y más rápida recuperación funcional así como a una mejor respuesta a los elementos terapéuticos que serán empleados en el futuro.

Fisiopatología: La lesión se fundamenta en la sección de las estructuras esfinterianas relacionadas con la continencia. Una etiología menos probable es

INTRODUCCIÓN

la existencia previa de inestabilidad detrusoriana previa a la cirugía. Una estenosis anastomótica puede causar o en su defecto exacerbar el grado de incontinencia luego de prostatectomía radical [109].

Afecciones o situaciones frecuentemente asociadas: Estenosis anastomótica / contractura del cuello vesical. Inestabilidad del detrusor. Vejiga hiperactiva, incompetencia esfinteriana. Obesidad periabdominal.

II. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO

1. HIPÓTESIS

Existen factores médicos relativos a la incontinencia urinaria de esfuerzo que repercuten en la disparidad jurisprudencial de las sentencias judiciales dictadas en recursos de suplicación en la calificación del grado de incapacidad permanente.

Hipótesis nula: No existen factores médicos relativos a la incontinencia urinaria de esfuerzo que repercutan en la disparidad jurisprudencial de las sentencias judiciales dictadas en recursos de suplicación en la calificación del grado de incapacidad permanente.

Hipótesis alternativa: Existen factores médicos relativos a la incontinencia urinaria de esfuerzo que repercutan en la disparidad jurisprudencial de las sentencias judiciales dictadas en recursos de suplicación en la calificación del grado de incapacidad permanente.

2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

1. Conocer el perfil de los pacientes disconformes con la valoración administrativa de incapacidad permanente que incluyen el diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo.

2. Conocer la disparidad jurisprudencial en las sentencias dictadas por Tribunales Superiores de Justicia, Sala de lo Social, en recursos de suplicación contra las sentencias judiciales dictadas por los juzgados de lo social sobre incapacidad laboral permanente que incluyen el diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo.

3. Conocer los factores clínicos que se relacionan con la disparidad jurisprudencial en las sentencias dictadas por Tribunales Superiores de Justicia, Sala de lo Social, en recursos de suplicación contra las sentencias judiciales dictadas por los juzgados de lo social sobre incapacidad laboral permanente que incluyen el diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo.

III. MATERIAL Y MÉTODO

1. GENERALIDADES

Se realiza un estudio de investigación bibliográfica jurisprudencial sobre sentencias judiciales dictadas por los Juzgados de lo Social, así como en las sentencias dictadas por Tribunales Superiores de Justicia, Sala de lo Social, en recursos de suplicación contra las anteriores, relativas a incapacidad permanente sobre incontinencia urinaria de esfuerzo en España.

A partir de la información contenida en las sentencias de suplicación, se elaboraron los cuadernos de recogida de datos, registrando los siguientes:

-Sexo.

-Edad.

-Profesión.

-Patologías.

-Resultado de la sentencia en primera instancia: Estimación total, parcial o desestimación de la demanda.

-Resultado de la sentencia en segunda instancia: Estimación total, parcial o desestimación del recurso.

-Grado de incapacidad inicial tras la resolución del expediente administrativo y final, tras la sentencia del recurso de suplicación.

-Datos referentes a la sentencia judicial de primera y segunda instancia.

Se elabora un documento electrónico Excell de recogida de datos que contiene las variables estudiadas. Los datos son analizados con un paquete estadístico NCSS277/GESS2007.

2. INSTALACIONES.

Es un estudio realizado por el Grupo de Investigación del Programa de Doctorado Cirugía y Odontología del Departamento de Cirugía de la Universidad de Salamanca.

El estudio se realiza con el apoyo de la APFIEQ-CyL (Asociación para la Promoción de la Formación e Investigación en Especialidades Quirúrgicas en Castilla y León).

El Grupo de Investigación tiene su sede en el Departamento de Cirugía de la Universidad de Salamanca, Avda Alfonso X El Sabio s/n. 37007 Salamanca.

3. MÉTODO.

3.1. SELECCIÓN MUESTRAL.

Todas las sentencias judiciales utilizadas en este estudio están publicadas por el Centro de Documentación Judicial (Cendoj), órgano técnico incardinado en el Consejo General del Poder Judicial de España.

Para seleccionar la muestra de sentencias se realizó una búsqueda por palabras clave en la bases de datos jurisprudenciales siguientes:

- EL DERECHO [387]
- TIRANT ONLINE [388].

3.2. DISEÑO DEL ESTUDIO.

Se trata de un estudio retrospectivo.

En las sentencias judiciales que resuelven los recursos de suplicación contra las sentencias de los juzgados de lo social emitidas a los pacientes diagnosticados de incontinencia urinaria de esfuerzo que presentaron demanda por su disconformidad con la resolución del expediente administrativo sobre incapacidad permanente, se realiza un análisis de variables relacionadas con las características de los pacientes: edad, sexo, tipo de trabajo, grado de severidad de la patología, diagnósticos secundarios, estado de salud, documentación médica aportada (informes de médicos de Atención Primaria, de médicos de Atención Especializada, de médicos de Atención Privada, de médicos Forenses, de médicos especializados en incapacidad laboral) y con el lugar sede del Tribunal o Juzgado que pueden causar disparidad jurisprudencial en la calificación del grado de incapacidad permanente.

Los casos son seleccionados según un muestreo aleatorio en las bases de datos de jurisprudencia más importantes.

3.3. GRUPOS DE ESTUDIO

Grupo A (n=26): Sentencias dictadas en segunda instancia de cuyo veredicto resulta que el paciente está afecto a incapacidad permanente absoluta.

Casos de pacientes que solicitan en sede judicial la revisión de la resolución de incapacidad permanente concedida o denegada y consiguen, tras la sentencia de segunda instancia, quedar afectados a incapacidad permanente absoluta.

MATERIAL Y MÉTODO

Grupo B (n=69): Sentencias dictadas en segunda instancia de cuyo veredicto resulta que el paciente está afecto a incapacidad permanente total.

Casos de pacientes que solicitan en sede judicial la revisión de la resolución de incapacidad permanente concedida o denegada y consiguen, tras la sentencia de segunda instancia, quedar afectados a incapacidad permanente total.

Grupo C (n=52): Sentencias dictadas en segunda instancia de cuyo veredicto resulta la no obtención de incapacidad permanente alguna.

Casos de pacientes que solicitan la revisión de la resolución de incapacidad permanente concedida o denegada y no consiguen, tras la sentencia de segunda instancia, quedar afectados a incapacidad permanente alguna.

3.4. VARIABLES ESTUDIADAS.

Factores que influyen en la calificación emitida judicialmente:

-Características de los pacientes: edad, sexo, tipo de trabajo, diagnóstico de la patología del suelo pelviano, con especial hincapié en la incontinencia urinaria, diagnósticos secundarios.

-Grado de incapacidad inicial tras la resolución del expediente administrativo y final, tras la sentencia del recurso de suplicación.

La información recogida en las sentencias de segunda instancia que resuelven recursos de suplicación se codificó de la siguiente forma:

Origen extrajudicial del procedimiento contencioso

Disconformidad con la resolución del grado de incapacidad permanente concedida en el expediente administrativo: 1.

Disconformidad con la revisión del grado de incapacidad permanente concedida en el expediente administrativo: 2.

Tribunal Superior de Justicia

Comunidades Autónomas:

Cataluña-1

Andalucía-2

Madrid-3

Cantabria-4

Asturias-5
País Vasco-6
Murcia-7
Castilla La Mancha-8
Comunidad Valenciana-9
Galicia-10
Aragón-11
Islas Canarias-12
La Rioja-13
Castilla-León-14
Islas Baleares-15
Extremadura-16
Navarra-17

Recurrente

Persona física o jurídica que interpone el recurso en segunda instancia

- El que era demandante en primera instancia-1
- El que era demandado en primera instancia-2
- Ambos-3
- Otros-4

Recurrido

Persona física o jurídica contra la que se interpone el recurso en segunda instancia

- El que era demandante en primera instancia-1
- El que era demandado en primera instancia-2
- Ambos-3
- Otros-4

Demandante

Persona física o jurídica que interpone la demanda

- Persona física-1
- Instituto Nacional de la Seguridad Social-2
- Tesorería General de la Seguridad Social-3

MATERIAL Y MÉTODO

- Mutua-4
- Otras (empresa, por ejemplo)-5

Demandado

Persona física o jurídica contra la que se interpone la demanda

- Persona física-1
- Instituto Nacional de la Seguridad Social-2
- Tesorería General de la Seguridad Social-3
- Mutua-4
- Otras (empresa, por ejemplo)-5

Tipo de incapacidad principal solicitada en primera instancia

- Incapacidad permanente parcial-1
- Incapacidad permanente total-2
- Incapacidad permanente absoluta-3
- Gran invalidez-4

Tipo de incapacidad subsidiaria solicitada en primera instancia

- Incapacidad permanente parcial-1
- Incapacidad permanente total-2
- Incapacidad permanente absoluta-3
- No procede-4

Veredicto recurso de suplicación

- Estimación total del recurso-1
- Estimación parcial del recurso-2
- Desestimación del recurso-3

Veredicto sentencia Primera Instancia

- Estimación total de la demanda-1
- Estimación parcial de la demanda-2
- Desestimación de la demanda-3

Sexo

- Mujer-1
- Varón-2

Régimen de seguridad social

Régimen general-1

Régimen especial: agricultores, futbolistas, personas del mar-2

Autónomos (RETA)-3

Otros-4

NC-5

Incapacidad de partida previa a demanda

Denegación de incapacidad: 1.

Incapacidad parcial: 2.

Incapacidad total: 3.

Incapacidad absoluta: 4.

Incapacidad final obtenida tras la sentencia de segunda instancia

Denegación de incapacidad: 1.

Incapacidad parcial: 2.

Incapacidad total: 3.

Incapacidad absoluta: 4.

Gran invalidez: 5.

Objeto del recurso de suplicación

El recurso de suplicación puede tener por objeto (Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social. «BOE» núm. 245 Publicado en 11/10/2011. Entrada en vigor: 11/12/2011).

a) Reponer los autos al estado en el que se encontraban en el momento de cometerse una infracción de normas o garantías del procedimiento que haya producido indefensión.

b) Revisar los hechos declarados probados, a la vista de las pruebas documentales y periciales practicadas.

c) Examinar las infracciones de normas sustantivas o de la jurisprudencia.

Se codificó como sigue:

1 = a) Reponer los autos al estado en el que se encontraban en el momento de cometerse una infracción de normas o garantías del procedimiento que haya producido indefensión.

MATERIAL Y MÉTODO

2 = b) Revisar los hechos declarados probados, a la vista de las pruebas documentales y periciales practicadas.

3 = c) Examinar las infracciones de normas sustantivas o de la jurisprudencia.

Los diagnósticos clínicos se codificaron como se especifica en la tabla 8.

CONDICIONES de suelo pelviano	Codificación en números
Incontinencia urinaria	1.1.
Incontinencia urinaria de esfuerzo	1.1.1.
Incontinencia urinaria de esfuerzo intervenida y curada	1.1.1.1.
Incontinencia urinaria de esfuerzo intervenida y recidivada	1.1.1.2.
Incontinencia urinaria de urgencia	1.1.2.
Incontinencia urinaria mixta	1.1.3.
Incontinencia urinaria secundaria a cirugía por cáncer de próstata	1.1.4.1.
Incontinencia urinaria secundaria a cirugía por cáncer de próstata más radioterapia	1.1.4.1.1.
Incontinencia urinaria secundaria a radioterapia por cáncer de próstata	1.1.4.1.2.
Incontinencia urinaria secundaria a cirugía por adenoma de próstata	1.1.4.2.
Incontinencia urinaria secundaria a cirugía por otras patologías pelvianas (traumatismos, patología neurológica...)	1.1.4.3.
Incontinencia urinaria por vejiga neurógena	1.1.4.4.
DOLOR en aparato urinario inferior	1.2.
Otras alteraciones miccionales	1.3.
Otras alteraciones miccionales: estenosis de uretra/retención urinaria	1.3.1.
Otras alteraciones miccionales: hematuria	1.3.2.
Otras alteraciones miccionales: infecciones/ITU	1.3.3.
Recidiva cistocele	1.3.4.
Neovejiga	1.3.5.
Cistocele no operado	1.3.6.
Cistocele operado	1.3.6.1.
Incontinencia fecal	1.3.7.

JAVIER DOMÍNGUEZ GARCÍA

DE	1.3.8.
Otros prolapsos	1.3.9.
CONDICIONES MEDICAS	Codificación en números
-Raza	2.2.
-Caucásica	2.2.1.
-Otra	2.2.2.
Negra	2.2.3.
Cáncer	2.3.
Especificar tipo de cáncer	2.3.x.
Cardio-Circulatorio	2.4.
HTA	2.4.1.
Cardiopatía isquémica	2.4.2.
Alteraciones del ritmo cardiaco	2.4.3.
Varices	2.4.4.
Diabetes	2.5.
-Tipo 1	2.5.1.
-Tipo 2	2.5.2.
Trastorno digestivo	2.6.
Trastorno digestivo: gastritis, ulcus	2.6.1.
Trastorno metabólico	2.6.2.
-Dislipemia	2.6.2.1.
-Hipotiroidismo	2.6.2.2.
-Obesidad	2.6.2.3.
Trastorno neurológico	2.7.
Trastorno neurológico central	2.7.1.
Trastorno neurológico periférico	2.7.2.
-radiculopatías	2.7.3.
-poliomielitis	2.7.4.
Próstata	2.8.
-HBP	2.8.1.
-Cáncer	2.8.2.
Psiquiátrico	2.9.
-Ansiedad	2.9.1.
-Depresión	2.9.2.
-Otros trastornos psiquiátricos	2.9.3.
Trastorno respiratorio	2.11.
REUMATOLÓGICO	2.12.
Fibromialgia	2.12.1.
Artritis reumatoide	2.12.2.
Síndrome miofascial	2.12.3.
Fatiga crónica	2.12.4.
Traumatológico	2.13.
-Algias	2.13.1.

MATERIAL Y MÉTODO

- --Algias cervical	2.13.2.
- --Algias dorsal	2.13.3.
- --Algias extremidades superiores	2.13.4.
- - -Algias extremidades inferiores	2.13.5.
- - Articulares	2.13.6.
-Artrosis	2.13.7.
- - Cervical	2.13.8.
- - Dorsal	2.13.9.
- - Otras	2.13.11.
-Impotencia funcional	2.13.12.
- - Movilidad de extrem superiores	2.13.13.
- - Movilidad de extrem inferiores	2.13.14.
- Hernia discal	2.13.15.
- Dismetría de extremidades inferiores	2.13.16.
- Uso de ortesis	2.13.17.
- Otras	2.13.18.
ORL	2.14.
VIH	2.15.
VHB	2.16.
VHC.	2.17.
Otras enfermedades	2.18.
Oftalmológico	2.19.
ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS	3.
Abdominal	3.1.
Neurológico	3.2.
Pelviano	3.3.
-Adenomectomía prostática	3.4.
-Prostatectomía radical	3.5.
-Radioterapia prostática	3.6.
-Fístula perianal	3.7.
-Hemorroidectomía	3.8.
-Quiste pilonidal	3.9.
-Otras intervenciones pelvianas	3.11.
Cirugía respiratorio	3.12.
Otras intervenciones	3.13.
TRATAMIENTOS	4.
DIABETES	4.1.
-Metformina	4.2.
-Otros antidiabéticos orales (sitagliidina)	4.3.
-Insulina	4.4.

JAVIER DOMÍNGUEZ GARCÍA

Analgésico	4.5.
-Primer nivel	4.6.
-Segundo nivel	4.7.
-Tercer nivel	4.8.
Broncodilatador	4.9.
Colesterol-hipolipemiente	4.11.
HTA	4.12.
-ARA 2	4.13.
-Diurético	4.14.
-IECA	4.15.
PRÓSTATA	4.16.
-Alfa-bloqueante	4.17.
-Fitoterapia	4.18.
-Finasteride/dutasteride	4.19.
-Otros descongestivos prostáticos	4.21.
Protector gástrico	4.22.
-Almagato	4.23.
-Omeprazol	4.24.
PSIQUIATRIA	4.25.
-Benzodiazepina	4.26.
-Neuroléptico	4.27.
-Otros psicótrofos	4.28.
Respiratorio-broncodilatador	4.29.
Testosterona	4.31.
Otros tratamientos médicos	4.32.
Alprostadilo (PG E1) intracavernoso	4.33.
Sildenafil vía oral	4.34.
Vardenafil vía oral	4.35.
Tadalafil vía oral	4.36.
Avanafil vía oral	4.37.
Paroxetina vía oral	4.38.
Lidocaína / Prilocaína aplicación tópica	4.39.
Dapoxetina vía oral	4.41.
TOXICOS	5.
-ninguno	5.1.
Fumador-no consta	5.2.
-no	5.3.
-Activo cig/día	5.4.
-exfumador	5.5.
Bebedor: especificar tipo y cantidad de bebida	5.6.
Otras drogas	5.7.

Tabla 8. Codificación de diagnósticos clínicos.

MATERIAL Y MÉTODO

Las profesiones habituales se codificaron basándose en las Guías Jurídicas al respecto (tabla 9) [389]:

BASES DE COTIZACIÓN CONTINGENCIAS COMUNES	
Grupo de cotización	Categorías profesionales
1	Ingenieros y Licenciados. Personal de alta dirección no incluido en el artículo 1.3.c) del Estatuto de los Trabajadores.
2	Ingenieros Técnicos, Peritos y Ayudantes Titulados.
3	Jefes Administrativos y de Taller.
4	Ayudantes no Titulados.
5	Oficiales Administrativos.
6	Subalternos.
7	Auxiliares Administrativos.
8	Oficiales de primera y segunda.
9	Oficiales de tercera y Especialistas.
10	Peones.
11	Trabajadores menores de dieciocho años, cualquiera que sea su categoría profesional.

Tabla 9. Bases de cotización contingencias comunes.

En el listado de las profesiones de los solicitantes, las profesiones se codificaron como muestra la tabla 10.

Profesión habitual	Codificación
Auxiliar de Hostelería	10
Administrativo de Banca	5
Actividad de Comercio e Instancias Informáticas	8
Administración de Lotería	3
Administrativo	7
Agente guardia urbana	5
Agricultor/a por cuenta ajena	9
Agricultor/a por cuenta propia	8
Agricultor/a	8
Albañil	8
Asesora de inversiones bancarias	5
ATS (Ayudante Técnico Sanitario - Enfermero/a)	2
Autónoma	3
Autónoma de Mercería	3
Auxiliar Administrativo	7
Auxiliar de ayuda a domicilio	9
Auxiliar de Cocina	10

JAVIER DOMÍNGUEZ GARCÍA

Auxiliar de enfermería	9
Auxiliar de Gasolinera	10
Auxiliar de Geriatria	9
Auxiliar de hostelería	10
Auxiliar de Mercería	10
Auxiliar de Restauración	10
Ayudante de Cocina	10
Cajera, reponedora	10
Camarero	9
Cerrajero	8
Cocinera	9
Cocinera Autónoma	3
Comercial	8
Comercial de ropa	8
Comercial de Ventas	8
Comercial de Ventas de Ferretería Industrial	8
Comercial por cuenta ajena	8
Conductor de camión	8
Conductor de Furgoneta	8
Conserje en finca urbana	9
Conserje-Telefonista	9
Copropietaria de Bar = Camarera	9
Cuidadora no profesional	10
Dependiente	8
Dependiente colchonería	8
Dependiente de Comercio Textil	8
Dependiente de Frutería	8
Dependiente en Librería-Papelería	8
Dependiente/ventas	9
Educadora infantil	2
Electricista	6
Empleada de Hogar	9
Empleado de banca	5
Empleado de peón agrícola	10
Encargado de Biblioteca	8
Enfermera	2
Especialista de charcutería	9
Esteticista	7
Fontanero	6
Fresador	8
Frigorista	7
Gerente de empresa	1
Ingeniero industrial	1
Ingeniero técnico	1
Ingeniero Técnico de Hormigones	1

MATERIAL Y MÉTODO

Inspector de Medio Ambiente	1
Jefa Administrativa en Empresa de Transporte	5
Jefe de Mantenimiento	3
Jefe de taller de enmarcación	3
Jubilado. Cuya profesión habitual había sido Conductor de Autobús y Conserje.	8
Laboratorio Fotográfico	3
Limpiadora	9
Manipulador	9
Maquinista	6
Montador de Muebles	9
Montador de tuberías	8
Moza de almacén de transporte de mercancías	9
Obrera agrícola	9
Obrero construcción	10
Oficial Administrativo	5
Oficial de fábrica	6
Oficial de la Construcción	6
Oficial de Laboratorio	6
Oficial de Publicidad	6
Oficial electricista	6
Oficial instalador de Fontanería	6
Oficial Metalúrgico	6
Operario de taller	10
Peluquera	6
Peón agrícola	10
Peón de construcción	10
Pinche de Cocina	10
Policía Local	2
Portero	9
Repartidora de Comestibles	9
Repartidora de Pan	9
Repartidora mensajería, conductora	8
Secretaria de dirección	5
Supervisor de Fábrica de Automoción	3
Técnico administrativo	5
Técnico de mantenimiento de Sistemas de Navegación Aérea (Electricista)	8
Tejedora	6
Trabaja por cuenta propia en taller familiar de chapa y pintura	3
Turronera ayudante	8
Vendedora de marisco en plaza	8
Vidriero	6
Vigilante de seguridad	5

Tabla 10. Codificación de la profesión habitual.

4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Se analizan los resultados con estadística descriptiva, t de Student, Chi², test exacto de Fisher, análisis de la varianza ANOVA (con test de Scheffe's para muestras normales y Kruskal Wallis para otras distribuciones), estudios de correlación de Pearson y Spearman.

Se aceptó una significación estadística para $p < 0,05$.

El análisis se realizó mediante la calculadora estadística automática NSSS2006/GESS2007 y mediante la calculadora estadística online Pearson Product Moment Correlation - Ungrouped Data. Servidor 'Herman Ole Andreas Wold' @ wold.wessa.net. Servidor 'Gwilym Jenkins' @ jenkins.wessa.net. Servidor 'George Udny Yule' @ yule.wessa.net. Servidor Gertrude Mary Cox@cox.wessa.net.

5. CONFLICTO DE INTERESES.

El estudio se lleva a cabo sin presentar conflicto de intereses: El investigador principal y los investigadores colaboradores no fueron incentivados. No se realizaron procedimientos adicionales, pruebas adicionales o gastos adicionales en relación a los procesos de los casos. Los gastos originados por el procesamiento de los datos y la logística fueron soportados por el Grupo de Investigación Multidisciplinar del Curso de Doctorado de Cirugía y Odontología del Departamento de Cirugía de la Universidad de Salamanca y por la APFIEQ-CyL (Asociación para la Promoción de la Formación e Investigación en Especialidades Quirúrgicas de Castilla y León).

Aranzadi (2014). ARANZADI Experto Laboral. T. Reuters, Thomson Reuters.
WOLTERS-KLUWER (2016). "Clasificación profesional." GUIAS JURIDICAS.

IV. RESULTADOS

RESULTADOS

1. EDAD.

La edad media de la muestra fue de 58.07 años.

No hubo diferencia en la edad media en la muestra general entre las mujeres (media 57.62 años, SD 6.86, mediana 59 rango 38-71) y los varones (media 58.75 años, SD 6.84, mediana 60 rango 37-69).

La tabla 11 y las figuras 36-40 muestran la edad en GA, GB y GC.

No hubo diferencia en la edad entre grupos ($p=0.0976$).

Edad	Media	Desviación estándar	Mediana	Rango
GA	55.79	7.34	54.5	40-67
GB	59.28	6.46	59	44-71
GC	57.72	6.86	59	37-67

Tabla 11. Edad en GA, GB y GC.

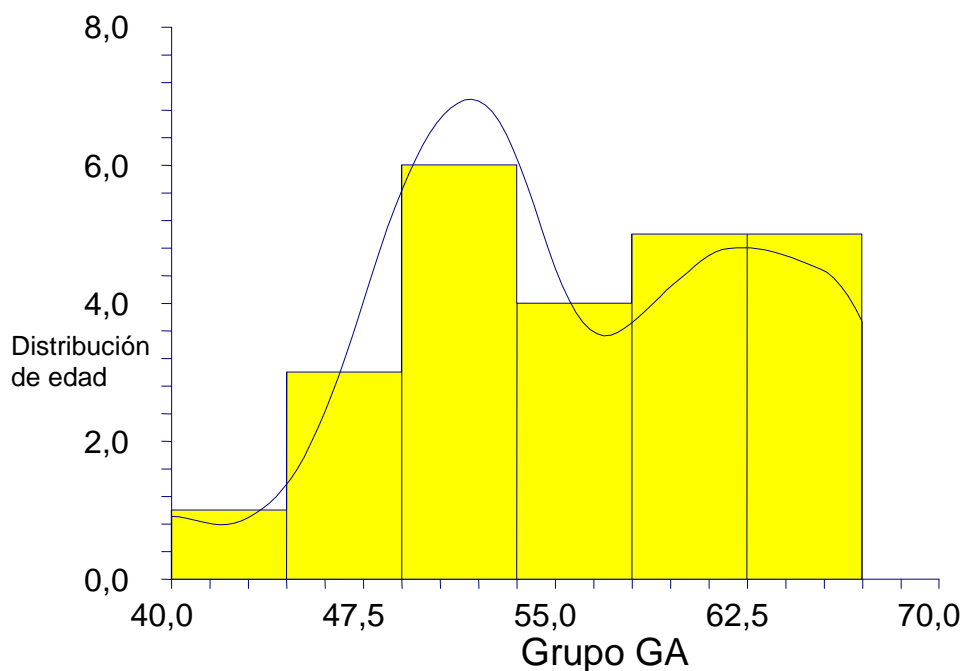


Figura 36. Edad en GA.

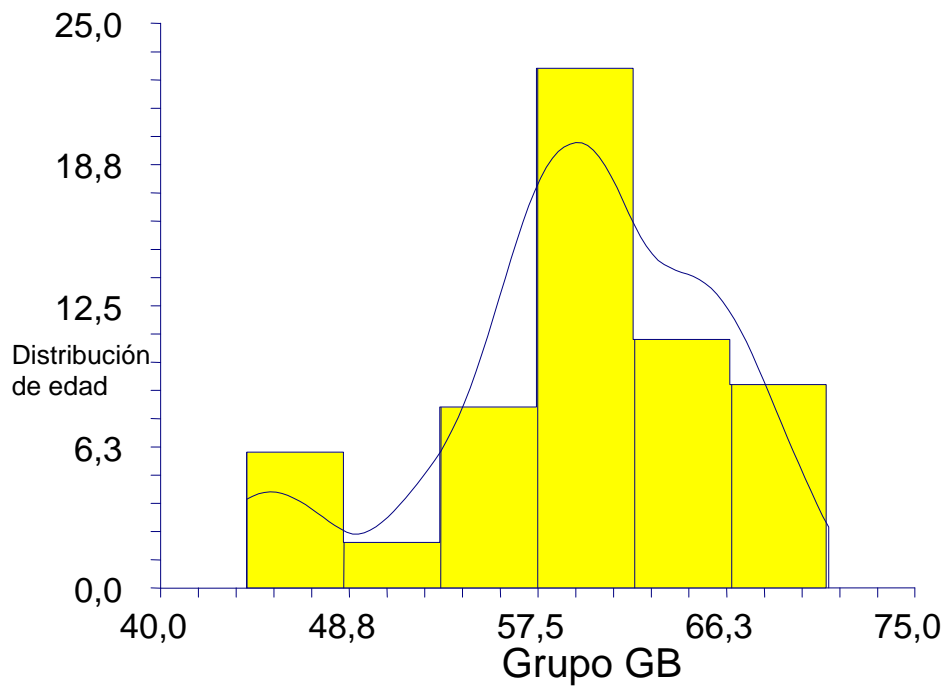


Figura 37. Edad en GB.

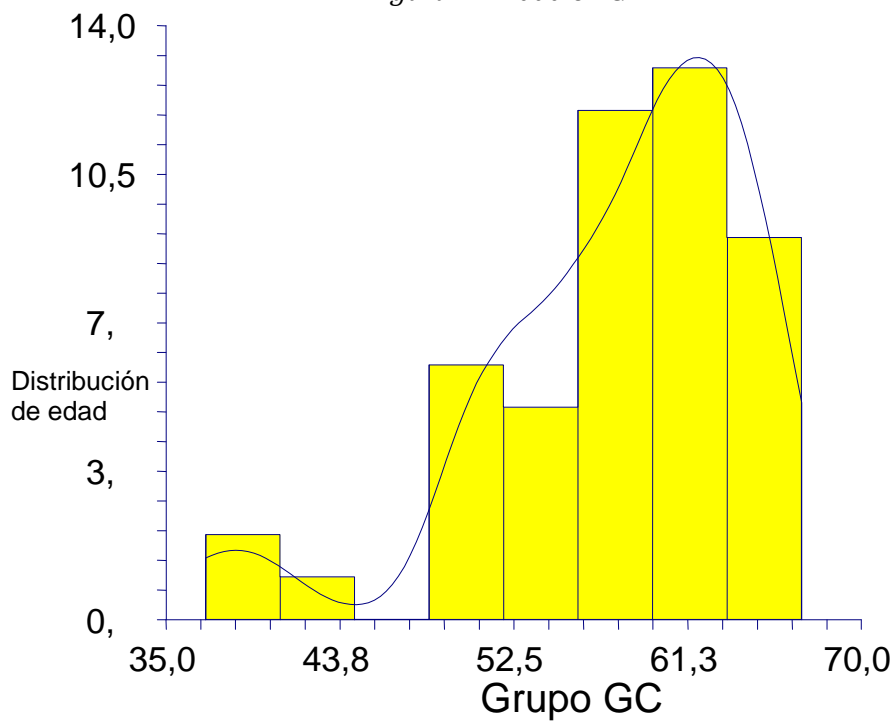


Figura 38. Edad en GC.

RESULTADOS

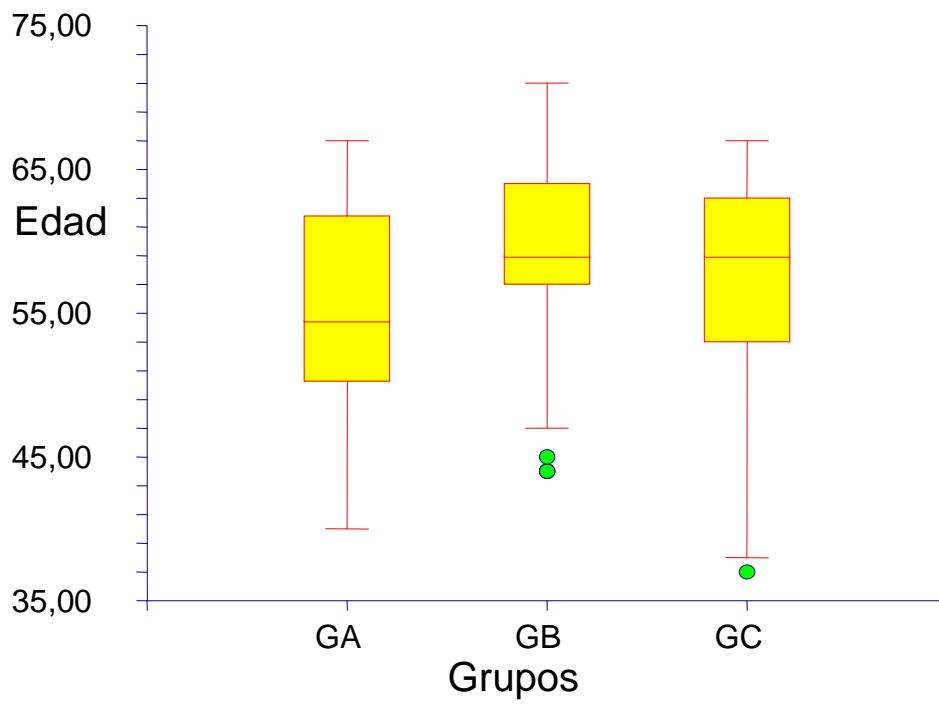


Figura 39. Comparación de edad entre GA, GB y GC.

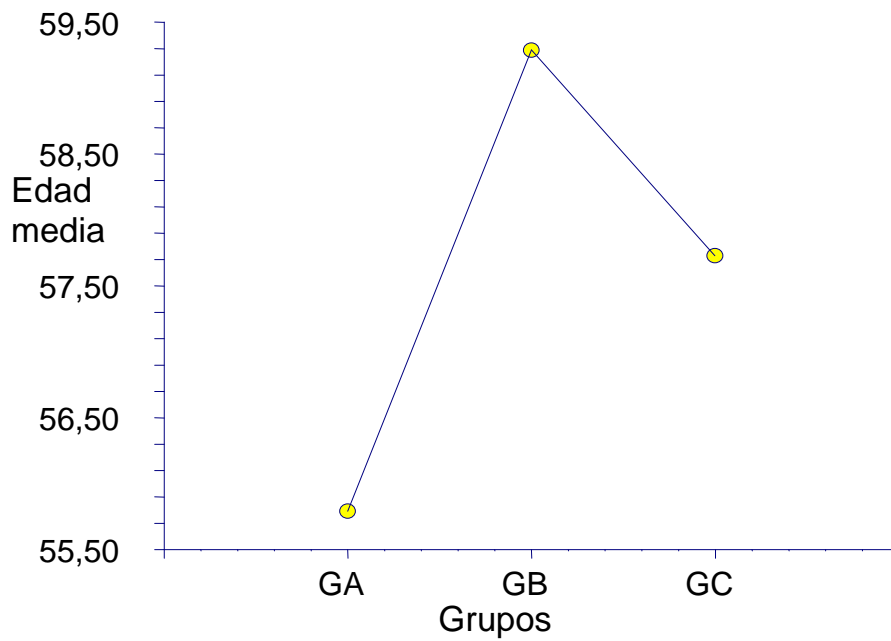


Figura 40. Edad media en GA, GB y GC.

No hubo correlación entre la edad y la calificación final de incapacidad, aunque la tendencia (no significativa estadísticamente) fue negativa: a menor edad, mayor grado de incapacidad obtenida: pendiente -0.1219, correlación -0.0207, coeficiente de variación 0.1184 (figura 41).

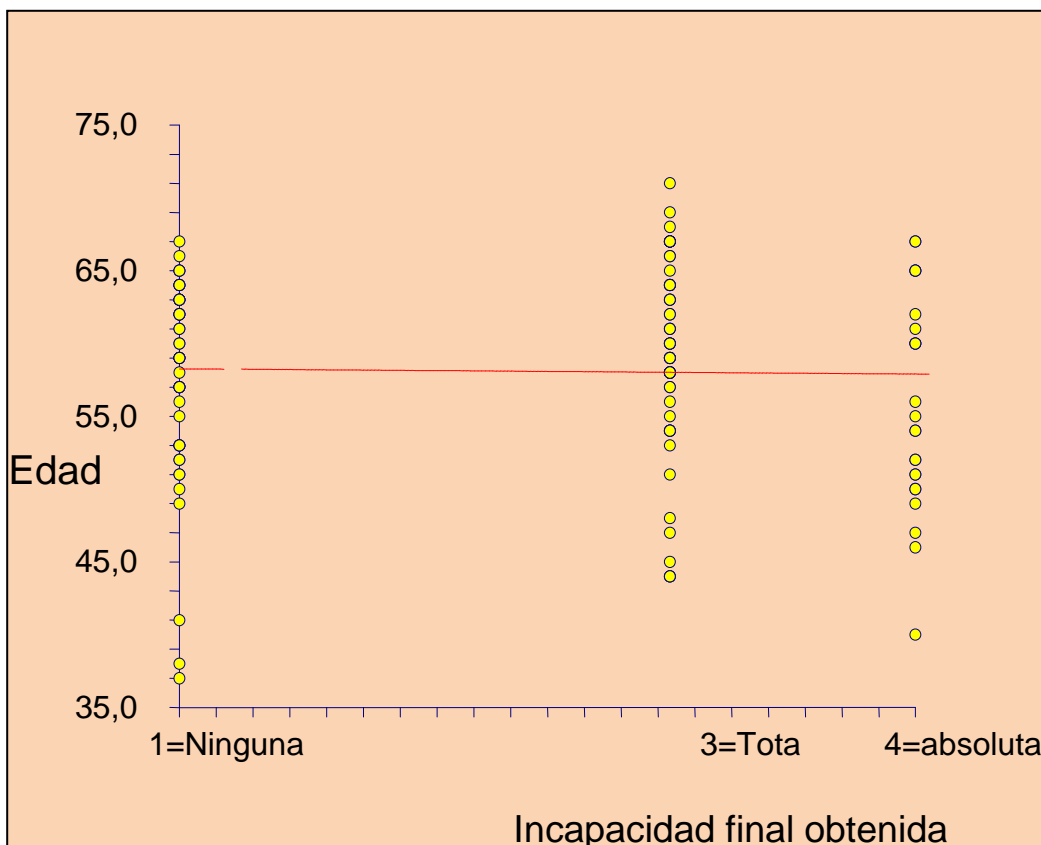


Figura 41. Correlación entre la edad y la incapacidad final obtenida.

2. SEXO

Codificado como:

Mujer=1

Varón=2

En la muestra en general hay 91 mujeres (61.22%) y 56 varones (38.77%).

La tabla 12 y la figura 42 muestran la comparación de la distribución de sexos entre grupos.

RESULTADOS

Sexo	GA n=26		GB n=69		p
	n	%	n	%	
Mujer	9	34.61	43	62.31	0.0209
Varón	17	65.38	26	37.68	0.0209
	GA n=26		GC n=52		
	n	%	n	%	
Mujer	9	34.61	39	75	0.0011
Varón	17	65.38	13	25	0.0011
	GB n=69		GC n=52		
	n	%	n	%	
Mujer	43	62.31	39	75	0.1707
Varón	26	37.68	13	25	0.1707

Tabla 12. Distribución de sexos entre grupos.

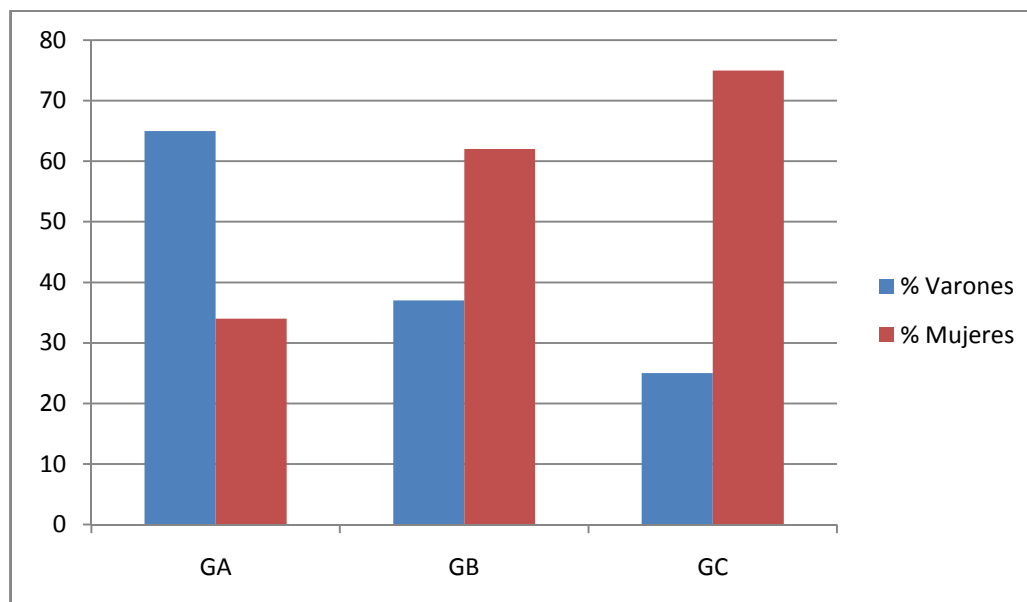


Figura 42. Distribución de sexos entre grupos.

3. GRADO DE INCAPACIDAD INICIAL TRAS LA RESOLUCIÓN DEL EXPEDIENTE ADMINISTRATIVO.

La incapacidad de la que se partía en la resolución prejudicial se codificó como:

Denegación de incapacidad =1.

Incapacidad parcial =2.

Incapacidad total =3.

Incapacidad absoluta =4.

La tabla 13 muestra la incapacidad de partida en la muestra general.

Tipo de incapacidad de partida	1	2	3	4	5
n	85	2	58	1	1

Tabla 13. Incapacidad de partida en la muestra general.

La tabla 14 y la figura 43 muestran la comparación de la distribución de la incapacidad de partida entre grupos.

Incapacidad de partida	GA n=26		GB n=69		P
	n	%	n	%	
1	7	26.92	26	37.68	0.4689
2	1	3.84	1	1.44	0.4746
3	16	61.53	42	60.86	1.0000
4	1	3.84	0	0	0.2737
5	1	3.84	0	0	0.2737
Incapacidad de partida	GA n=26		GC n=52		P
	n	%	n	%	
1	7	26.92	52	100	0.0001
2	1	3.84	0	0	0.3333
3	16	61.53	0	0	0.0001
4	1	3.84	0	0	0.3333
5	1	3.84	0	0	0.3333
Incapacidad de partida	GB n=69		GC n=52		P
	n	%	n	%	
1	26	37.68	52	100	0.0001
2	1	1.44	0	0	1.0000
3	42	60.86	0	0	0.0001
4	0	0	0	0	1.0000
5	0	0	0	0	1.0000

Tabla 14. Distribución de la incapacidad de partida entre grupos.

RESULTADOS

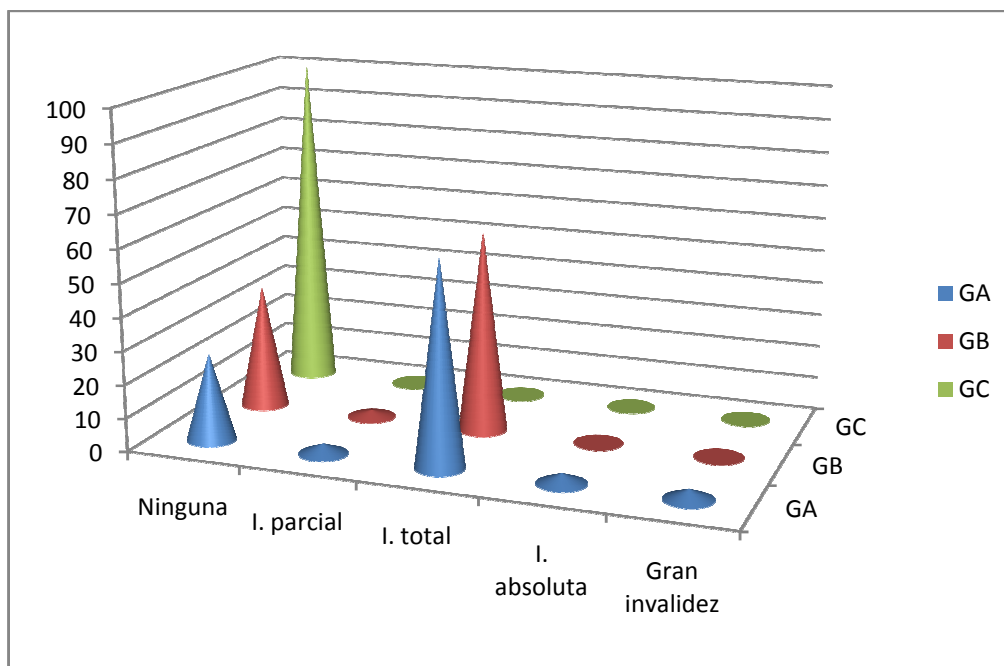


Figura 43. Incapacidad de partida entre grupos.

4. ORIGEN EXTRAJUDICIAL DEL PROCEDIMIENTO

Se codificó como sigue:

Disconformidad con la resolución del grado de incapacidad permanente concedida en el expediente administrativo = 1.

Disconformidad con la revisión de grado de incapacidad permanente concedida en el expediente administrativo =2.

La distribución del origen extrajudicial del procedimiento contencioso en la muestra general fue de 106 casos de disconformidad con la resolución del grado de incapacidad permanente concedida en el expediente administrativo (72.10%) y de disconformidad con la revisión de grado de incapacidad permanente concedida en el expediente administrativo en 41 casos (27.89%).

La tabla 15 muestra la comparación de la distribución del origen extrajudicial del procedimiento contencioso entre grupos.

<u>Origen extrajudicial del procedimiento contencioso</u>	GA n=26		GB n=69		p
	n	%	N	%	
1	16	61.53	40	67.97	0.8180
2	10	38.46	29	42.02	0.8180
<u>Origen extrajudicial del procedimiento contencioso</u>	GA n=26		GC n=52		p
	n	%	n	%	
1	16	61.53	50	96.15	0.0002
2	10	38.46	2	3.84	0.0002
<u>Origen extrajudicial del procedimiento contencioso</u>	GB n=69		GC n=52		p
	n	%	n	%	
1	40	67.97	50	96.15	0.0001
2	29	42.02	2	3.84	0.0001

Tabla 15. Distribución del origen extrajudicial del procedimiento contencioso entre grupos.

5. TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA.

El Tribunal Superior de Justicia se codificó en función de las Comunidades Autónomas (CCAA) como sigue:

CCAA:

Cataluña-1

Andalucía-2

Madrid-3

Cantabria-4

Asturias-5

País Vasco-6

Murcia-7

Castilla La Mancha-8

Comunidad Valenciana-9

Galicia-10

RESULTADOS

Aragón-11
Islas Canarias-12
La Rioja-13
Castilla-León-14
Islas Baleares-15
Extremadura - 16
Navarra - 17

La tabla 16 muestra la distribución de los Tribunales Superiores de Justicia que dictaron sentencia en la muestra general de sentencias analizadas.

TSJ	General	GA	GB	GC
1	53	11	23	19
2	26	2	16	8
3	10		5	5
4	9	2	2	5
5	7		3	4
6	7	1	3	3
7	5	1	2	2
8	9	6	3	
9	4	1	3	
10	6		4	2
11	4		2	2
12	3	1	2	
13				
14	1			1
15	1		1	
16	1	1		
17	1			1

Tabla 16. Distribución de los Tribunales Superiores de Justicia que dictaron sentencia de suplicación.

6. RECURRENTES

La tabla 17 muestra la distribución de los recurrentes.

Los recurrentes se codificaron como sigue:

Persona física o jurídica que interpone recurso en segunda instancia

-El que era demandante-1

-El que era demandado-2

-Ambos-3

- Otros-4

Recurrente	General	GA	GB	GC
1	101	6	46	49
2	39	17	20	2
3	4	1	2	1
4	3	2	1	0

Tabla 17. Distribución de los recurrentes.

En la tabla 18 y en la figura 44 se compran los recurrentes entre GA, GB y GC.

RECURRENTE	GA n=26		GB n=69		p
	n	%	n	%	
1	6	23.07	46	66.66	0.0002
2	17	65.38	20	28.98	0.0019
3	1	3.84	2	2.89	1.0000
4	2	7.69	1	1.44	0.1808
RECURRENTE	GA n=26		GC n=52		p
	n	%	n	%	
1	6	23.07	49	94.23	0.0001
2	17	65.38	2	3.84	0.0001
3	1	3.84	1	1.92	1.0000
4	2	7.69	0	0	0.1082
RECURRENTE	GB n=69		GC n=52		p
	n	%	n	%	
1	46	66.66	49	94.23	0.0002
2	20	28.98	2	3.84	0.0003
3	2	2.89	1	1.92	1.0000
4	1	1.44	0	0	1.0000

Tabla 18. Recurrentes.

RESULTADOS

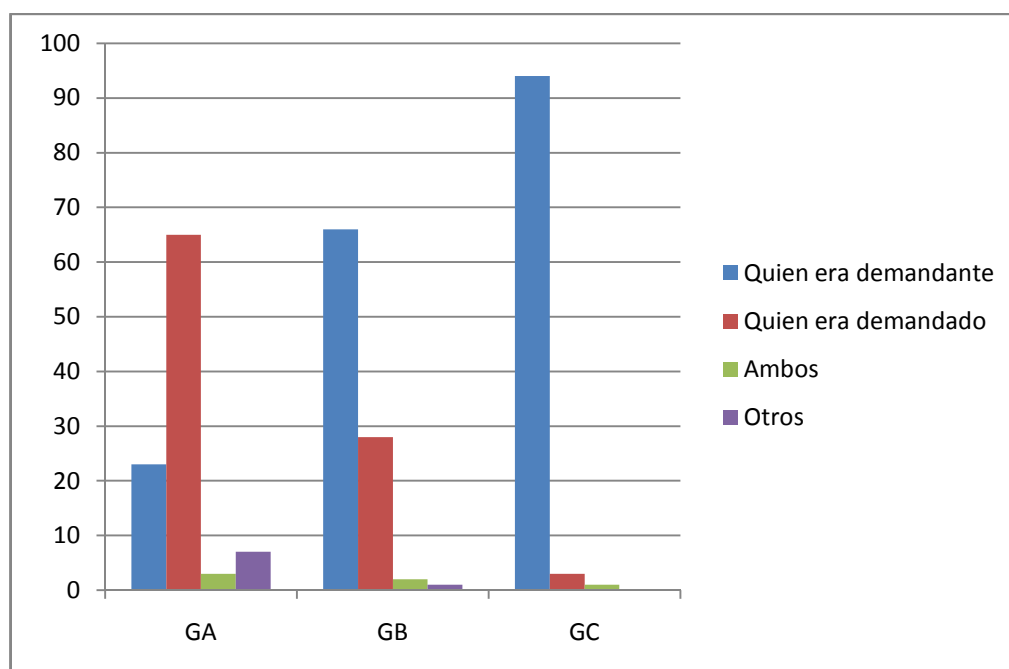


Figura 44. Distribución proporcional de recurrentes.

7. RECURRIDO

La tabla 19 muestra la distribución de los recurridos.

Los recurridos se codificaron como sigue:

- El que era demandante-1
- El que era demandado-2
- Ambos-3
- Otros-4

Recurrido	General	GA	GB	GC
1	33	14	17	2
2	106	8	48	50
3	6	4	2	0
4	2	0	2	0

Tabla 19. Distribución de los recurridos.

En la tabla 20 se compran los recurridos entre GA, GB y GC.

RECURRIDO	GA n=26		GB n=69		p
	n	%	n	%	
1	14	53.84	17	24.63	0.0129
2	8	30.76	48	69.56	0.0009
3	4	15.38	2	2.89	0.0458
4	0	0	2	2.89	1.0000
RECURRIDO	GA n=26		GC n=52		p
	n	%	n	%	
1	14	53.84	2	3.84	0.0001
2	8	30.76	50	96.15	0.0001
3	4	15.38	0	0	0.0105
RECURRIDO	GB n=69		GC n=52		p
	n	%	n	%	
1	17	24.63	2	3.84	0.0019
2	48	69.56	50	96.15	0.0001
3	2	2.89	0	0	0.5058
4	2	2.89	0	0	0.5058

Tabla 20. Comparación de los recurridos entre GA, GB y GC.

8. DEMANDANTE

Los demandantes se codificaron como sigue:

Persona que interpone la demanda.

- Una persona física-1
- Instituto Nacional de la Seguridad Social-2
- Tesorería General de la Seguridad Social-3
- Mutua-4
- Otras (empresa, por ejemplo)-5

En todos los casos excepto en un caso de GA cuyo demandante fue una mutua, el demandante fue una persona física.

9. DEMANDADO

Los demandados se codificaron como sigue:

Persona física o jurídica contra la que se interpone la demanda.

- Una persona física-1

RESULTADOS

- Instituto Nacional de la Seguridad Social-2
- Tesorería General de la Seguridad Social-3
- Mutua-4
- Otras (empresa, por ejemplo)-5.

La tabla 21 muestra la distribución de los demandados.

Demandado	General	GA	GB	GC
1123	1	1	0	0
2	76	12	36	28
23	57	10	26	21
234	3	1	1	1
2345	1	1	0	0
235	6	1	5	0
245	1	0	0	1
25	1	0	0	1
5	1	0	1	0

Tabla 21. Distribución de los demandados.

En la tabla 22 se comparan los demandados entre GA, GB y GC.

DEMANDADO	GA n=26		GB n=69		P
	n	%	n	%	
1123	1	3.84	0	0	0.2737
2	12	46.15	36	52.17	0.6503
23	10	38.46	26	37.68	1.0000
234	1	3.84	1	1.44	0.4746
2345	1	3.84	0	0	0.2737
235	1	3.84	5	7.24	1.0000
5	0	0	1	1.44	1.0000
DEMANDADO	GA n=26		GC n=52		P
	n	%	n	%	
1123	1	3.84	0	0	0.3333
2	12	46.15	28	53.84	0.6323
23	10	38.46	21	40.38	1.0000
234	1	3.84	1	1.92	1.0000
2345	1	3.84	0	0	0.3333
235	1	3.84	0	0	0.3333
245	0	0	1	1.92	1.0000
25	0	0	1	1.92	1.0000

DEMANDADO	GB n=69		GC n=52		p
	n	%	n	%	
2	36	52.17	28	53.84	1.0000
23	26	37.68	21	40.38	0.8511
234	1	1.44	1	1.92	1.0000
235	5	7.24	0	0	0.0696
245	0	0	1	1.92	0.4298
25	0	0	1	1.92	0.4298
5	1	1.44	0	0	1.0000

Tabla 22. Comparación de los demandados entre GA, GB y GC.

10. PROFESIÓN HABITUAL.

Las profesiones habituales se codificaron basándose en las Guías Jurídicas al respecto como se especifica en el apartado Material y Métodos, siguiendo las Guías Jurídicas [389].

La tabla 23 y la figura 45 muestran la distribución general de las profesiones habituales.

Código de la profesión habitual	n	%
1	5	3.47
2	4	2.77
3	9	6.25
5	10	6.94
6	14	9.72
7	6	4.16
8	29	20.13
9	45	31.25
10	22	15.27

Tabla 23. Distribución general de las profesiones habituales.

RESULTADOS

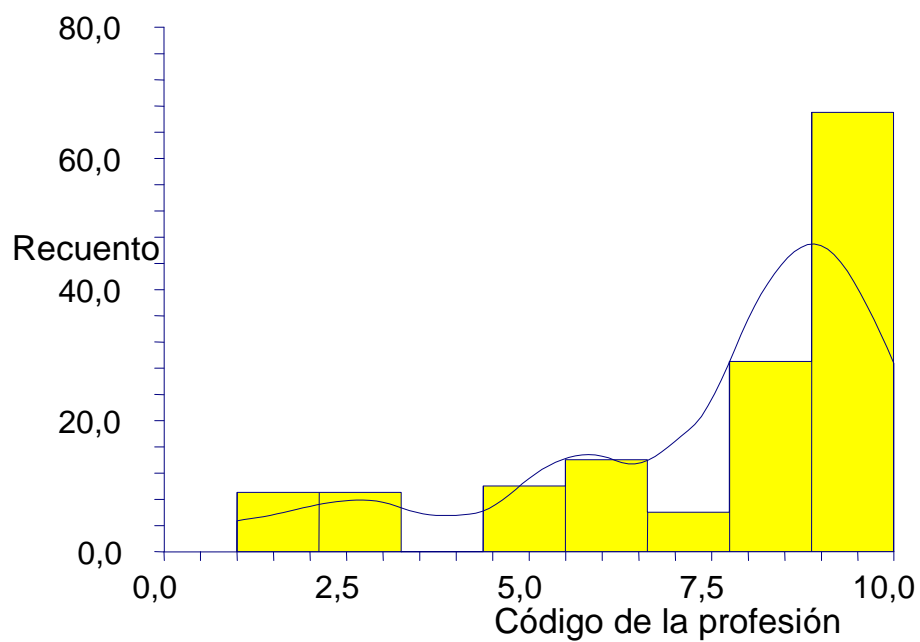


Figura 45. Distribución de las profesiones habituales en la muestra general.

La tabla 24 y la figura 46 muestran la distribución de las profesiones habituales.

Profesión habitual	GA n=26		GB n=69		p
	n	%	N	%	
1	1	3.84	1	1.44	0.4746
2	1	3.84	3	4.34	1.0000
3	0	0	5	7.24	0.3182
5	1	3.84	3	4.34	1.0000
6	5	19.23	7	10.14	0.2995
7	2	7.69	1	1.44	0.1808
8	4	15.38	15	21.73	0.5766
9	8	30.76	21	30.43	1.0000
10	2	7.69	13	18.84	0.2245
Profesión habitual	GA n=26		GC n=52		p
	n	%	N	%	
1	1	3.84	3	5.76	1.0000
2	1	3.84	0	0	0.3333
3	0	0	4	7.69	0.2951
5	1	3.84	6	11.53	0.4139
6	5	19.23	2	3.84	0.0378
7	2	7.69	3	5.76	1.0000
8	4	15.38	10	19.23	0.7636
9	8	30.76	16	30.76	1.0000
10	2	7.69	7	13.46	0.7097
Profesión habitual	GB n=69		GC n=52		p
	n	%	N	%	
1	1	1.44	3	5.76	0.3131
2	3	4.34	0	0	0.2587
3	5	7.24	4	7.69	1.0000
5	3	4.34	6	11.53	0.1706
6	7	10.14	2	3.84	0.2973
7	1	1.44	3	5.76	0.3131
8	15	21.73	10	19.23	0.8225
9	21	30.43	16	30.76	1.0000
10	13	18.84	7	13.46	0.4695

Tabla 24. Distribución de profesiones habituales.

RESULTADOS

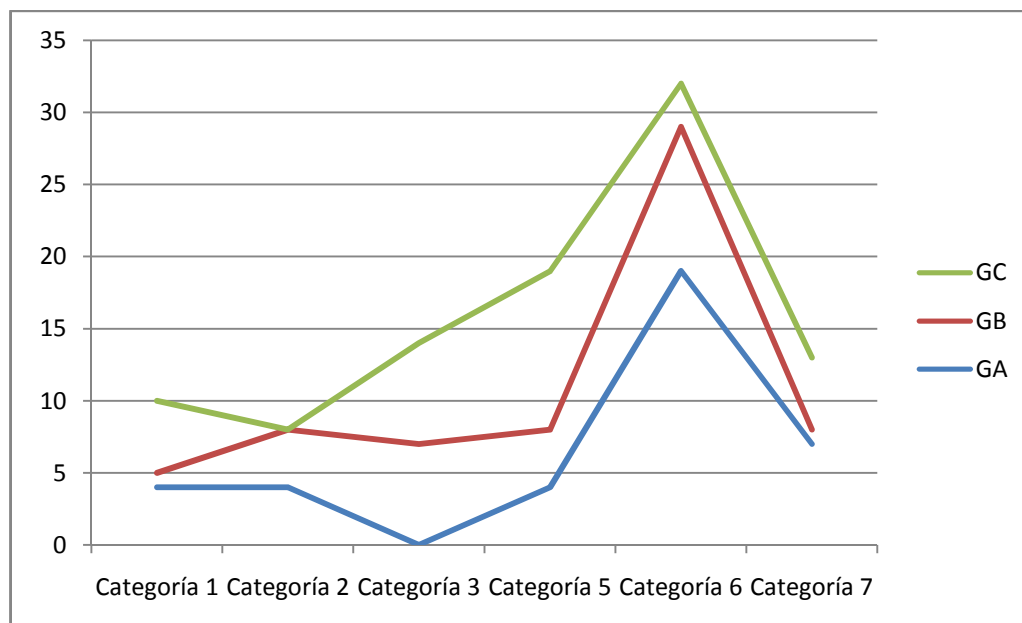


Figura 46. Proporción de profesiones habituales.

11. OBJETO DEL RECURSO DE SUPPLICACIÓN (ORS).

Se codificó como sigue:

1 = a) Reponer los autos al estado en el que se encontraban en el momento de cometerse una infracción de normas o garantías del procedimiento que haya producido indefensión.

2 = b) Revisar los hechos declarados probados, a la vista de las pruebas documentales y periciales practicadas.

3 = c) Examinar las infracciones de normas sustantivas o de la jurisprudencia.

La tabla 25 muestra la distribución del ORS en la muestra general.

Codificación del objeto de recurso de suplicación	n	%
12	1	0.68
123	2	1.36
23	82	55.78
3	62	42.17

Tabla 25. Distribución del ORS en la muestra general.

La tabla 26 y la figura 47 muestran la distribución del ORS entre los grupos.

ORS	GA n=26		GB n=69		GC n=52	
	n	%	n	%	n	%
12	0	0	1	1.44	0	0
123	1	3.8	0	0	1	1.92
23	12	46.15	35	50.72	35	67.30
3	13	50	33	47.82	16	30.76

Tabla 26. Distribución del ORS entre los grupos.

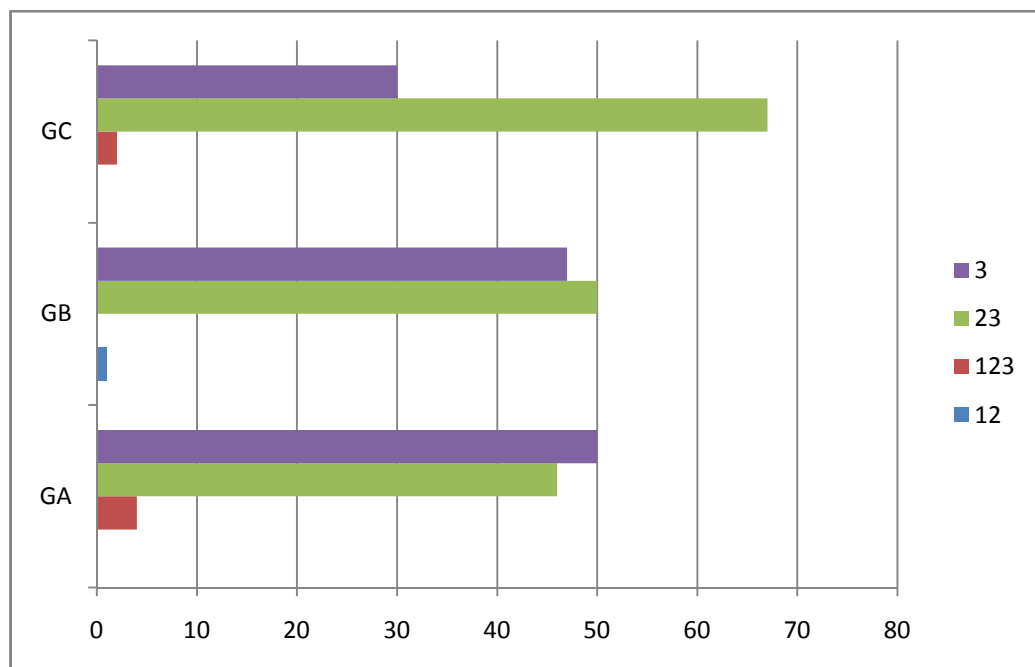


Figura 47. Proporción de ORS entre los grupos.

RESULTADOS

En la tabla 27 se compara la distribución de ORS entre grupos.

ORS	GA n=26		GB n=69		p
	N	%	n	%	
12	0	0	1	1.44	1.0000
123	1	3.8	0	0	0.2737
23	12	46.15	35	50.72	0.8187
3	13	50	33	47.82	1.0000
ORS	GA n=26		GC n=52		p
	N	%	n	%	
12	0	0	0	0	1.0000
123	1	3.8	1	1.92	0.0889
23	12	46.15	35	67.30	0.1362
3	13	50	16	30.76	
ORS	GB n=69		GC n=52		p
	N	%	n	%	
12	1	1.44	0	0	1.0000
123	0	0	1	1.92	0.4298
23	35	50.72	35	67.30	0.0939
3	33	47.82	16	30.76	0.644

Tabla 27. Comparación de la distribución de ORS entre grupos.

La figura 48 muestra la relación entre ORS y la profesión habitual en la muestra general.

Dado que el ORS son en su mayoría 23 y 3, se analizaron estos dos casos: no hubo relación significativa, si bien la tendencia fue a relación negativa: pendiente -0,0658, correlación -0,0268, coeficiente de variación 0,3277.

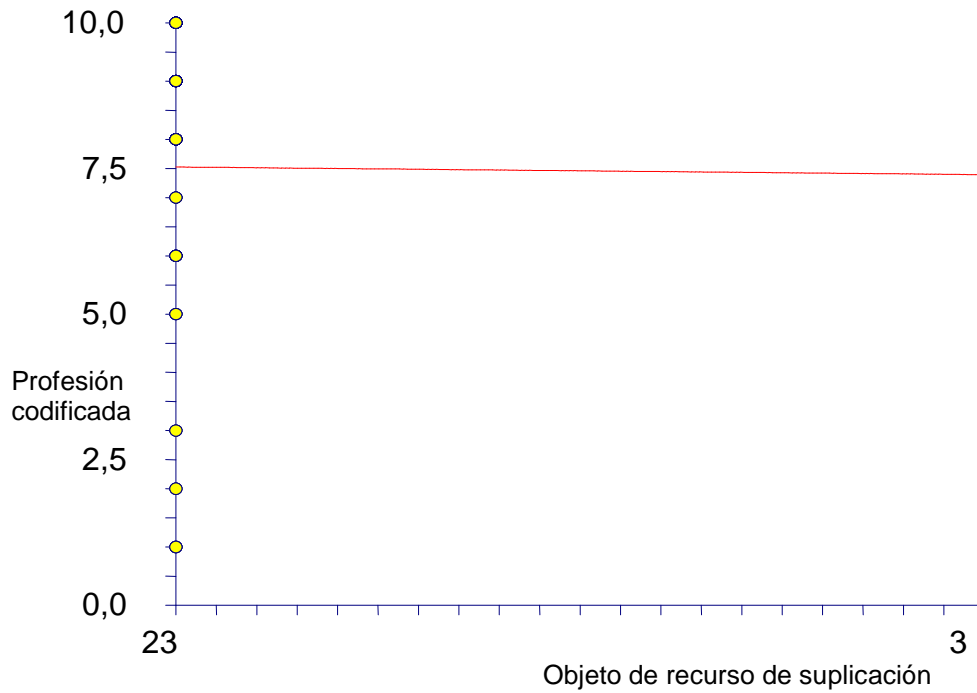


Figura 48. Relación entre ORS y la profesión habitual en la muestra general.

La figura 49 muestra la relación entre ORS y la profesión habitual en GA. La relación es positiva: pendiente 0,8333, correlación 0,3706, coeficiente de variación 0,2974. Es decir, a mayor categoría profesional, más frecuentemente el ORS es compuesto (2+3) frente a un ORS simple (3) en profesiones de menor categoría.

RESULTADOS

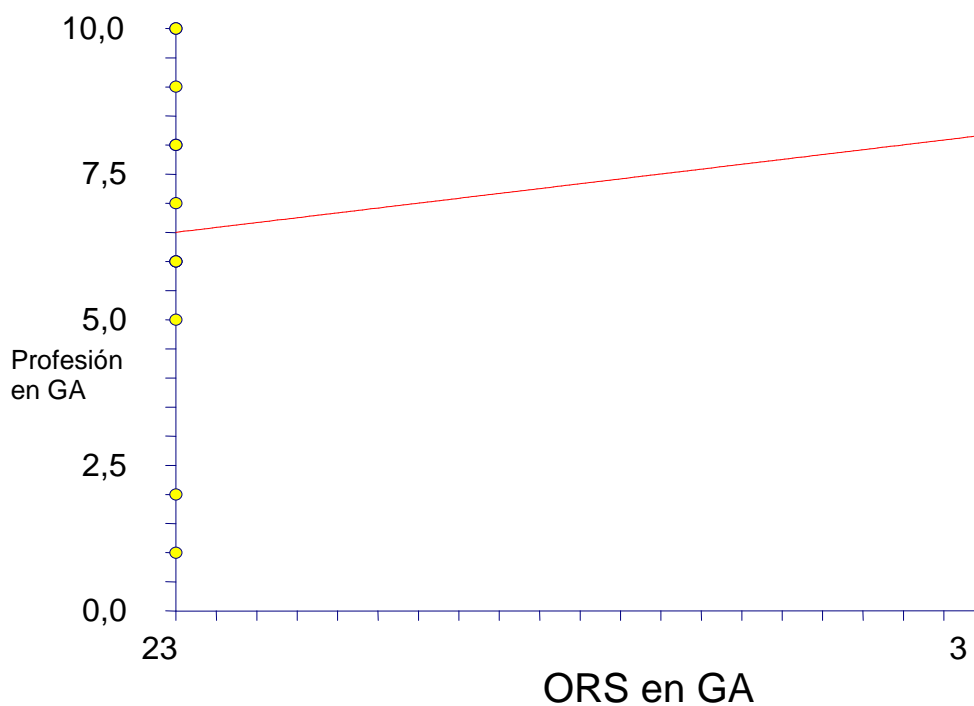


Figura 49. Relación entre ORS y la profesión habitual en GA.

La figura 50 muestra la relación entre ORS y la profesión habitual en GB. La tendencia es negativa: pendiente $-0,2058$, correlación $-0,0854$, coeficiente de variación $0,3201$.

Hay una tendencia contraria en la relación de ORS entre los casos que consiguen incapacidad de mayor grado (GA) frente a los que la consiguen de grado menor (GB). En GB las profesiones de mayor rango demandan ORS 3 frente al 2+3.

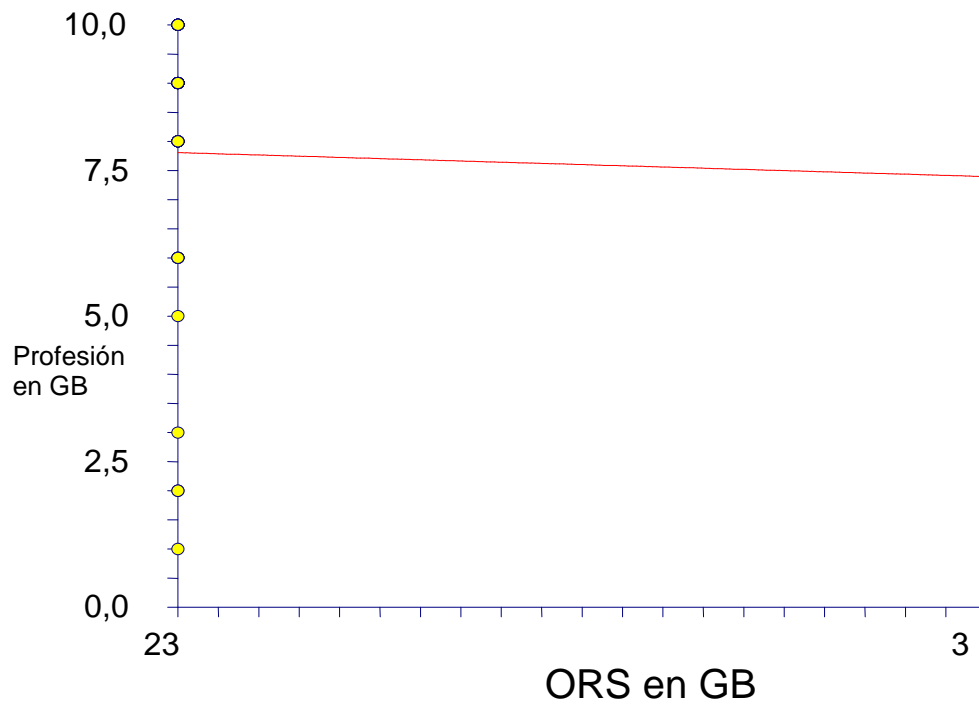


Figura 50. Relación entre ORS y la profesión habitual en GB.

La figura 51 muestra la relación entre ORS y la profesión habitual en GC. La relación es negativa: pendiente $-0,3509$, correlación $-0,1279$, coeficiente de variación $0,3532$.

RESULTADOS

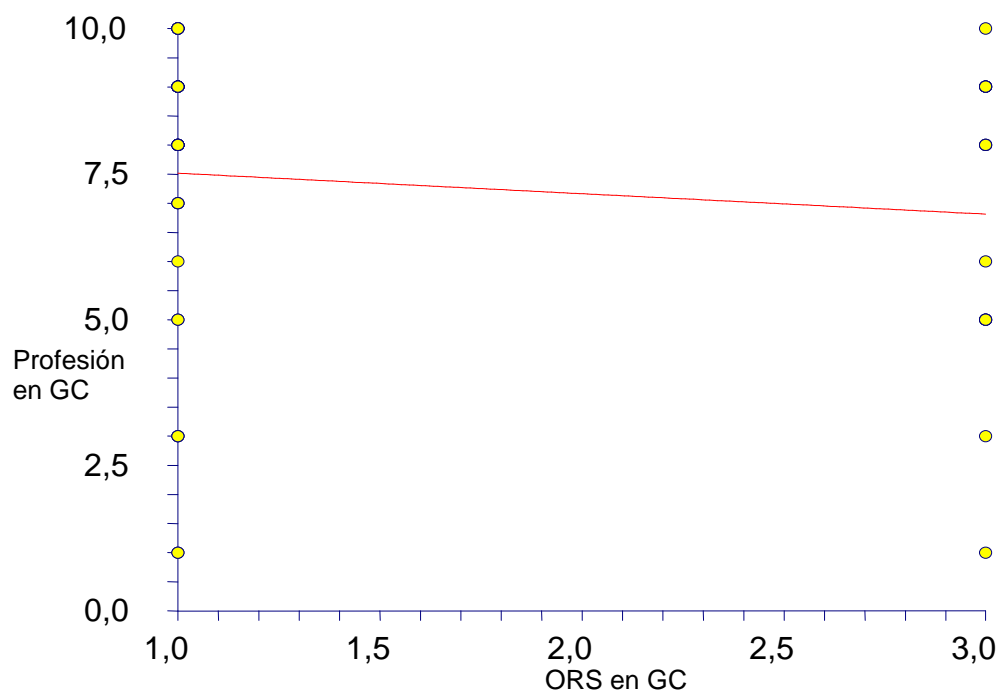


Figura 51. Relación entre ORS y la profesión habitual en GC.

La tabla 28 muestra la relación entre la estimación del recurso en los casos donde el recurrente es una persona física, donde el ORS es 23 frente a cuando el ORS es 3.

Veredicto recurso de suplicación	Recurrente 1 con ORS 2		Recurrente 1 con ORS 3		p
	n	%	n	%	
1	6	8.95	3	9.09	1.0000
2	2	2.98	0	0	1.0000
3	59	88.05	30	90.90	1.0000

Tabla 28. Relación entre la estimación del recurso en los casos donde el recurrente es una persona física.

12. DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS

La tabla 29 muestra los diagnósticos clínicos consignados en los casos en GA, GB y GC.

Presentaron IUE espontánea 66 (72.52%) mujeres, mientras que 24 (26.36%) habían sido intervenidas quirúrgicamente para corregir la IUE, con fracaso en 16 casos.

En 39 varones (69.64%) la IUE se presenta como complicación de tratamientos recibidos bien por patología prostática (36 casos) o por otra iatrogenia en relación con cirugía pélvica (3 casos). En toda la muestra en general se registraron 18 (12.24%) casos de incontinencia por vejiga neurógena.

CONDICIONES de suelo pélvico	Codificación en números	GA n= 26	GB n= 69	GC n= 52
Incontinencia urinaria	1.1.			
Incontinencia urinaria de esfuerzo	1.1.1.	8	25	20
Incontinencia urinaria de esfuerzo intervenida y curada	1.1.1.1.	1	3	5
Incontinencia urinaria de esfuerzo intervenida y recidivada	1.1.1.2.	1	6	9
Incontinencia urinaria de urgencia	1.1.2.		1	1
Incontinencia urinaria mixta	1.1.3.		6	5
Incontinencia urinaria secundaria a cirugía: de próstata u otra	1.1.4.			
Incontinencia urinaria secundaria a cirugía por cáncer de próstata	1.1.4.1.	2	15	6
Incontinencia urinaria secundaria a cirugía por cáncer de próstata más radioterapia	1.1.4.1.1.	2	2	4
Incontinencia urinaria secundaria a radioterapia por cáncer de próstata	1.1.4.1.2.	1		
Incontinencia urinaria secundaria a cirugía por	1.1.4.2.	1	3	

RESULTADOS

adenoma de próstata				
Incontinencia urinaria secundaria a cirugía por otras patologías pelvianas (traumatismos, patología neurológica...)	1.1.4.3.	2		1
Incontinencia urinaria por vejiga neurógena	1.1.4.4.	9	8	1
DOLOR en aparato urinario inferior	1.2.			1
Otras alteraciones miccionales	1.3.	1		2
Otras alteraciones miccionales: estenosis de uretra/retención urinaria	1.3.1.	1	3	1
Otras alteraciones miccionales: hematuria	1.3.2.			
Otras alteraciones miccionales: infecciones/ITU	1.3.3.	1	2	2
Recidiva cistocele	1.3.4.		5	4
Neovejiga	1.3.5.			1
Cistocele no operado	1.3.6.	2	5	5
Cistocele operado	1.3.6.1.		1	1
Incontinencia fecal	1.3.7.	7	5	1
DE	1.3.8.	5	3	1
Otros prolapsos	1.3.9.			1
CONDICIONES MEDICAS	Codificación en números			
Cáncer	2.3.	3	3	2
Especificar tipo de cáncer	2.3.x.	1	2	1
Cardio-Circulatorio	2.4.	1		
HTA	2.4.1.	4	11	3
Cardiopatía isquémica	2.4.2.	3	5	2
Alteraciones del ritmo cardiaco	2.4.3.	1	2	1
Varices	2.4.4.		2	2
Arteriopatía periférica	2.4.5.			
Diabetes	2.5.			
-Tipo 1	2.5.1.	1	1	1
-Tipo 2	2.5.2.		5	5

JAVIER DOMÍNGUEZ GARCÍA

Trastorno digestivo	2.6.		1	
Trastorno digestivo: gastritis, ulcus	2.6.1.		3	2
Trastorno metabólico	2.6.2.	2	6	3
-Dislipemia	2.6.2.1.	3	2	3
-Hipotiroidismo	2.6.2.2.		1	1
-Obesidad	2.6.2.3.	5	4	5
Trastorno neurológico	2.7.			1
Trastorno neurológico central	2.7.1.	1	2	2
Trastorno neurológico periférico	2.7.2.	4	3	
-radiculopatías	2.7.3.	2	9	3
-poliomielitis	2.7.4.		2	
Próstata	2.8.			
-HBP	2.8.1.		2	1
-Cáncer	2.8.2.	2	15	10
Psiquiátrico	2.9.			
-Ansiedad	2.9.1.	3	17	15
-Depresión	2.9.2.	8	27	22
-Otros trastornos psiquiátricos	2.9.3.	4	11	8
Trastorno respiratorio	2.11.	5	10	6
REUMATOLÓGICO	2.12.			
Fibromialgia	2.12.1.	6	12	17
Artritis reumatoide	2.12.2.			3
Síndrome miofascial	2.12.3.		2	1
Fatiga crónica	2.12.4.	3	2	3
Traumatológico	2.13.	1	1	
-Algias	2.13.1.		2	1
- --Algias cervical	2.13.2.	3	12	8
- --Algias dorsal	2.13.3.	1	5	4
- --Algias extremidades superiores	2.13.4.	1	4	5
- - -Algias extremidades inferiores	2.13.5.	1	7	7
- - -Articulares	2.13.6.	2	8	8
-Artrosis	2.13.7.	2	2	7

RESULTADOS

- - Cervical	2.13.8.	5	15	16
- - Dorsal	2.13.9.	2	12	10
- - Otras	2.13.11.	2	14	14
-Impotencia funcional	2.13.12.	5	8	4
- - Movilidad de extrem superiores	2.13.13.	2	6	11
- - Movilidad de extrem inferiores	2.13.14.	5	12	4
- Hernia discal	2.13.15.	8	13	9
- Dismetría de extremidades inferiores	2.13.16.	2	2	
- Uso de ortesis	2.13.17.	2	4	2
- Otras	2.13.18.	5	29	12
ORL	2.14.	1	11	6
VIH	2.15.			
VHB	2.16.			
VHC.	2.17.		1	
Otras enfermedades	2.18.	8	20	15
Oftalmológico	2.19.	1	2	3
ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS	3.			
Abdominal	3.1.	2	2	1
Neurológico	3.2.	4	6	1
Pelviano	3.3.	3	4	3
-Adenomectomía prostática	3.4.		2	
-Prostatectomía radical	3.5.	5	14	8
-Radioterapia prostática	3.6.	3		1
-Fístula perianal	3.7.			1
-Hemorroidectomia	3.8.			1
-Quiste pilonidal	3.9.			
-Otras intervenciones pelvianas	3.11.			
Cirugía respiratorio	3.12.			
Otras intervenciones	3.13.	6	15	11

Tabla 29. Diagnósticos clínicos en GA, GB y GC.

La tabla 30 muestra la comparación de los diagnósticos clínicos entre GA y GB.

CONDICIONES de suelo pelviano	Codificación en números	GA n= 26		GB n= 69		p
		n	%	n	%	
Incontinencia urinaria	1.1.					
Incontinencia urinaria de esfuerzo	1.1.1.	8	30.77	25	36.23	0.8094
Incontinencia urinaria de esfuerzo intervenida y curada	1.1.1.1.	1	3.84	3	4.34	1.0000
Incontinencia urinaria de esfuerzo intervenida y recidivada	1.1.1.2.	1	3.84	6	8.69	0.6695
Incontinencia urinaria de urgencia	1.1.2.	0	0	1	1.45	1.0000
Incontinencia urinaria mixta	1.1.3.	0	0	6	8.69	0.1838
Incontinencia urinaria secundaria a cirugía por cáncer de próstata	1.1.4.1.	2	7.68	15	21.74	0.1409
Incontinencia urinaria secundaria a cirugía por cáncer de próstata más radioterapia	1.1.4.1.1.	2	7.68	2	2.90	0.3005
Incontinencia urinaria secundaria a radioterapia por cáncer de próstata	1.1.4.1.2.	1	3.84	0	0	0.2737
Incontinencia urinaria secundaria a cirugía por adenoma de próstata	1.1.4.2.	1	3.84	3	4.34	1.0000
Incontinencia urinaria secundaria a cirugía por otras patologías pelvianas (traumatismos, patología neurológica...)	1.1.4.3.	2	7.68	0	0	0.0728
“Incontinencia urinaria iatrogénica”		8	30.77	20	28.98	1.0000
Incontinencia urinaria por vejiga neurógena	1.1.4.4.	9	34.61	8	11.59	0.0152
Otras alteraciones	1.3.1.	1	3.84	3	4.34	1.0000

RESULTADOS

miccionales: estenosis de uretra/retención urinaria						
Otras alteraciones miccionales: infecciones/ITU	1.3.3.	1	3.84	2	2.90	1.0000
Recidiva cistocele	1.3.4.	0	0	5	7.24	0.3182
Cistocele no operado	1.3.6.	2	7.68	5	7.24	1.0000
Cistocele operado	1.3.6.1.	0	0	1	1.45	1.0000
Incontinencia fecal	1.3.7.	7	26.92	5	7.24	0.0163
DE	1.3.8.	5	19.23	3	4.34	0.0332
CONDICIONES MEDICAS	Codificación en números					
Cáncer	2.3.	3	11.54	3	4.34	0.3405
Especificar tipo de cáncer	2.3.x.	1	3.84	2	2.90	1.0000
Cardio-Circulatorio	2.4.	1	3.84	0	0	0.2737
HTA	2.4.1.	4	15.36	11	15.94	1.0000
Cardiopatía isquémica	2.4.2.	3	11.54	5	7.24	0.6795
Alteraciones del ritmo cardiaco	2.4.3.	1	3.84	2	2.90	1.0000
Varices	2.4.4.	0	0	2	2.90	1.0000
Diabetes	2.5.					
-Tipo 1	2.5.1.	1	3.84	1	1.45	0.4746
-Tipo 2	2.5.2.	0	0	5	7.24	0.3182
Trastorno digestivo	2.6.	0	0	1	1.45	1.0000
Trastorno digestivo: gastritis, ulcus	2.6.1.	0	0	3	4.34	0.5593
Trastorno metabólico	2.6.2.	2	7.68	6	8.69	1.0000
-Dislipemia	2.6.2.1.	3	11.54	2	2.90	0.1242
-Obesidad	2.6.2.3.	5	19.23	4	5.80	0.1083
Trastorno neurológico	2.7.					
Trastorno neurológico central	2.7.1.	1	3.84	2	2.90	1.0000
Trastorno neurológico periférico	2.7.2.	4	15.36	3	4.34	0.0863
-radiculopatías	2.7.3.	2	7.68	9	13.04	0.7216
-poliomielitis	2.7.4.	0	0	2	2.90	1.0000
Próstata	2.8.					
-HBP	2.8.1.	0	0	2	2.90	1.0000
-Cáncer	2.8.2.	2	7.68	15	21.74	0.1409

JAVIER DOMÍNGUEZ GARCÍA

Psiquiátrico	2.9.					
-Ansiedad	2.9.1.	3	11.54	17	24.63	0.2585
-Depresión	2.9.2.	8	30.77	27	39.13	0.4856
-Otros trastornos psiquiátricos	2.9.3.	4	15.36	11	15.94	1.0000
Trastorno respiratorio	2.11.	5	19.23	10	14.49	0.5453
REUMATOLÓGICO	2.12.					
Fibromialgia	2.12.1.	6	23.07	12	17.39	0.5632
Síndrome miofascial	2.12.3.	0	0	2	2.90	1.0000
Fatiga crónica	2.12.4.	3	11.54	2	2.90	0.1242
“Tipo fibromialgia”		9	34.61	16	23.19	0.3002
Traumatológico	2.13.	1	3.84	1	1.45	0.4746
-Algias	2.13.1.	0	0	2	2.90	1.0000
- --Algias cervical	2.13.2.	3	11.54	12	17.39	0.7530
- --Algias dorsal	2.13.3.	1	3.84	5	7.24	1.0000
- --Algias extremidades superiores	2.13.4.	1	3.84	4	5.80	1.0000
- - -Algias extremidades inferiores	2.13.5.	1	3.84	7	10.14	0.4391
- - Articulares	2.13.6.	2	7.68	8	11.59	0.7224
-Artrosis	2.13.7.	2	7.68	2	2.90	0.3005
- - Cervical	2.13.8.	5	19.23	15	21.74	1.0000
- - Dorsal	2.13.9.	2	7.68	12	17.39	0.3369
- - Otras	2.13.11.	2	7.68	14	20.29	0.2199
-Impotencia funcional	2.13.12.	5	19.23	8	11.59	0.3340
- - Movilidad de extrem superiores	2.13.13.	2	7.68	6	8.69	1.0000
- - Movilidad de extrem inferiores	2.13.14.	5	19.23	12	17.39	1.0000
- Hernia discal	2.13.15.	8	30.77	13	18.84	0.2683
- Dismetría de extremidades inferiores	2.13.16.	2	7.68	2	2.90	0.3005
- Uso de ortesis	2.13.17.	2	7.68	4	5.80	0.6638
- Otras	2.13.18.	5	19.23	29	42.03	0.0543
ORL	2.14.	1	3.84	11	42.30	0.1697
VHC.	2.17.	0	0	1	2.90	1.0000

RESULTADOS

Otras enfermedades	2.18.	8	30.77	20	28.98	1.0000
Oftalmológico	2.19.	1	3.84	2	2.90	1.0000
ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS	3.					
Abdominal	3.1.	2	7.68	2	2.90	0.3005
Neurológico	3.2.	4	15.36	6	8.69	0.4535
Pelviano	3.3.	3	11.54	4	5.80	0.3874
-Adenomectomía prostática	3.4.	0	0	2	2.90	1.0000
-Prostatectomía radical	3.5.	5	19.23	14	20.29	1.0000
-Radioterapia prostática	3.6.	3	11.54	0	0	0.0188
Otras intervenciones	3.13.	6	23.07	15	21.74	1.0000

Tabla 30. Comparación de DC entre GA y GB.

La figura 52 muestra la diferencia de proporción en los diagnósticos en los que sí hubo diferencia entre GA y GB.

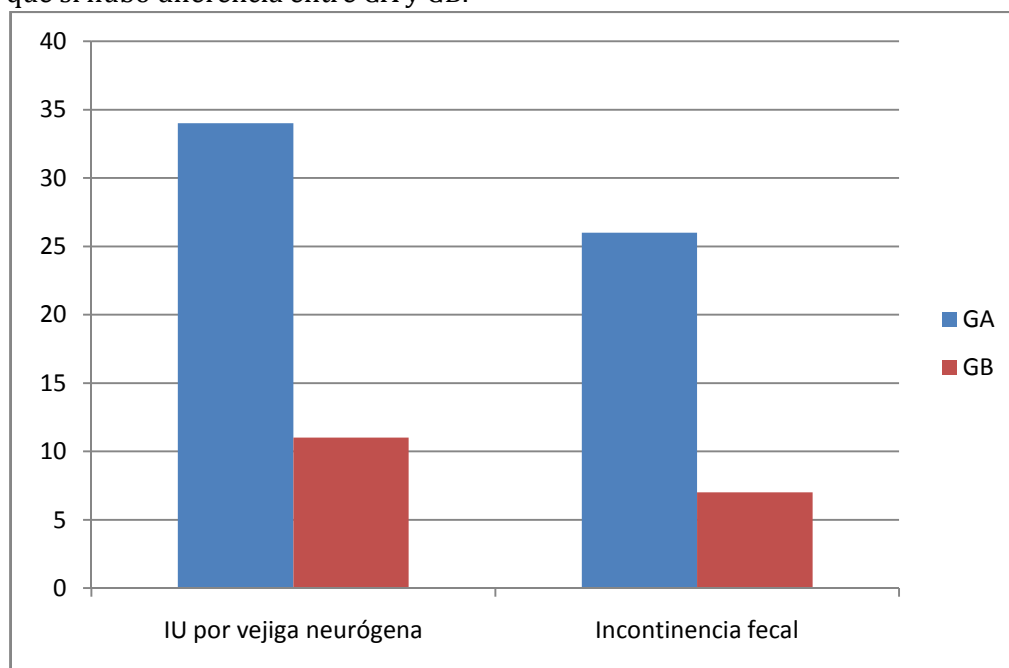


Figura 52. Proporción de patologías en las que sí hubo diferencias entre GA y GB.

En la tabla 31 se comparan DC entre GA y GC.

CONDICIONES de suelo pelviano	Codificación en números	GA n= 26		GC n= 52		p
		n	%	n	%	
Incontinencia urinaria	1.1.					
Incontinencia urinaria de esfuerzo	1.1.1.	8	30.77	20	38.46	0.6190
Incontinencia urinaria de esfuerzo intervenida y curada	1.1.1.1.	1	3.84	5	9.61	0.6574
Incontinencia urinaria de esfuerzo intervenida y recidivada	1.1.1.2.	1	3.84	9	17.30	0.1515
Incontinencia urinaria de urgencia	1.1.2.	0	0	1	1.92	1.0000
Incontinencia urinaria mixta	1.1.3.	0	0	5	9.61	0.1630
Incontinencia urinaria secundaria a cirugía por cáncer de próstata	1.1.4.1.	2	7.68	6	11.54	0.7118
Incontinencia urinaria secundaria a cirugía por cáncer de próstata más radioterapia	1.1.4.1.1.	2	7.68	4	7.69	1.0000
Incontinencia urinaria secundaria a radioterapia por cáncer de próstata	1.1.4.1.2.	1	3.84	0	0	0.3333
Incontinencia urinaria secundaria a cirugía por adenoma de próstata	1.1.4.2.	1	3.84	0	0	0.3333
Incontinencia urinaria secundaria a cirugía por otras patologías pelvianas (traumatismos, patología neurológica...)	1.1.4.3.	2	7.68	1	1.92	0.2563
“Incontinencia urinaria iatrogénica”		8	30.77	11	21.15	0.4066
Incontinencia urinaria por vejiga neurógena	1.1.4.4.	9	34.61	1	1.92	0.0001
DOLOR en aparato urinario inferior	1.2.	0	0	1	1.92	1.0000
Otras alteraciones miccionales	1.3.	1	3.84	2	3.84	1.0000

RESULTADOS

Otras alteraciones miccionales: estenosis de uretra/retención urinaria	1.3.1.	1	3.84	1	1.92	1.0000
Otras alteraciones miccionales: infecciones/ITU	1.3.3.	1	3.84	2	3.84	1.0000
Recidiva cistocele	1.3.4.	0	0	4	7.68	0.2951
Neovejiga	1.3.5.	0	0	1	1.92	1.0000
Cistocele no operado	1.3.6.	2	7.68	5	9.61	1.0000
Cistocele operado	1.3.6.1.	0	0	1	1.92	1.0000
Incontinencia fecal	1.3.7.	7	26.92	1	1.92	0.0015
DE	1.3.8.	5	19.23	1	1.92	0.0142
Otros prolapsos	1.3.9.	0	0	1	1.92	1.0000
CONDICIONES MEDICAS	Codificación en números					
Cáncer	2.3.	3	11.54	2	3.84	0.3264
Especificar tipo de cáncer	2.3.x.	1	3.84	1	1.92	1.0000
Cardio-Circulatorio	2.4.	1	3.84	0	0	0.3333
HTA	2.4.1.	4	15.38	3	5.77	0.2135
Cardiopatía isquémica	2.4.2.	3	11.54	2	3.84	0.3264
Alteraciones del ritmo cardíaco	2.4.3.	1	3.84	1	1.92	1.0000
Varices	2.4.4.	0	0	2	3.84	0.5498
Diabetes	2.5.					
-Tipo 1	2.5.1.	1	3.84	1	1.92	1.0000
-Tipo 2	2.5.2.	0	0	5	9.61	0.1630
Trastorno digestivo	2.6.					
Trastorno digestivo: gastritis, ulcus	2.6.1.	0	0	2	3.84	0.5498
Trastorno metabólico	2.6.2.	2	7.68	3	5.77	1.0000
-Dislipemia	2.6.2.1.	3	11.54	3	5.77	0.3944
-Hipotiroidismo	2.6.2.2.	0	0	1	1.92	1.0000
-Obesidad	2.6.2.3.	5	19.23	5	9.61	0.2873
Trastorno neurológico	2.7.	0	0	1	1.92	1.0000
Trastorno neurológico central	2.7.1.	1	3.84	2	3.84	1.0000
Trastorno neurológico periférico	2.7.2.	4	15.36	0	0	0.0105
-radiculopatías	2.7.3.	2	7.68	3	5.77	1.0000
Próstata	2.8.					
-HBP	2.8.1.	0	0	1	1.92	1.0000

JAVIER DOMÍNGUEZ GARCÍA

-Cáncer	2.8.2.	2	7.68	10	19.23	0.3181
Psiquiátrico	2.9.					
-Ansiedad	2.9.1.	3	11.54	15	28.84	0.1524
-Depresión	2.9.2.	8	30.77	22	42.30	0.4594
-Otros trastornos psiquiátricos	2.9.3.	4	15.36	8	15.38	1.0000
Trastorno respiratorio	2.11.	5	19.23	6	11.54	0.4913
REUMATOLÓGICO	2.12.					
Fibromialgia	2.12.1.	6	23.07	17	32.69	0.4393
Artritis reumatoide	2.12.2.	0	0	3	5.77	0.5468
Síndrome miofascial	2.12.3.	0	0	1	1.92	1.0000
Fatiga crónica	2.12.4.	3	11.54	3	5.77	0.3944
“Tipo fibromialgia”		9	31.61	24	46.15	0.4663
Traumatológico	2.13.	1	3.84	0	0	0.3333
-Algias	2.13.1.	0	0	1	1.92	1.0000
- --Algias cervical	2.13.2.	3	11.54	8	15.38	0.7429
- --Algias dorsal	2.13.3.	1	3.84	4	7.68	0.6598
- --Algias extremidades superiores	2.13.4.	1	3.84	5	9.61	0.6574
- - -Algias extremidades inferiores	2.13.5.	1	3.84	7	13.46	0.2570
- - -Articulares	2.13.6.	2	7.68	8	15.38	0.4817
-Artrosis	2.13.7.	2	7.68	7	13.46	0.7097
- - Cervical	2.13.8.	5	19.23	16	30.77	0.4172
- - Dorsal	2.13.9.	2	7.68	10	19.23	0.3181
- - Otras	2.13.11.	2	7.68	14	26.92	0.0727
-Impotencia funcional	2.13.12.	5	19.23	4	7.69	0.1510
- - Movilidad de extrem superiores	2.13.13.	2	7.68	11	21.15	0.1998
- - Movilidad de extrem inferiores	2.13.14.	5	19.23	4	7.68	0.1510
- Hernia discal	2.13.15.	8	30.77	9	17.30	0.2446
- Dismetría de extremidades inferiores	2.13.16.	2	7.68	0	0	0.1082
- Uso de ortesis	2.13.17.	2	7.68	2	3.84	0.5972
- Otras	2.13.18.	5	19.23	12	23.07	0.7783
ORL	2.14.	1	3.84	6	11.54	0.4139

RESULTADOS

Otras enfermedades	2.18.	8	30.77	15	28.84	1.0000
Oftalmológico	2.19.	1	3.84	3	5.77	1.0000
ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS	3.					
Abdominal	3.1.	2	7.68	1	1.92	0.2563
Neurológico	3.2.	4	15.36	1	1.92	0.0399
Pelviano	3.3.	3	11.54	3	5.77	0.3944
-Prostatectomía radical	3.5.	5	19.23	8	15.38	0.7506
-Radioterapia prostática	3.6.	3	11.54	1	1.92	0.1053
-Fístula perianal	3.7.	0	0	1	1.92	1.0000
-Hemorroidectomía	3.8.	0	0	1	1.92	1.0000
-Quiste pilonidal	3.9.					
-Otras intervenciones pelvianas	3.11.					
Cirugía respiratorio	3.12.					
Otras intervenciones	3.13.	6	23.07	11	21.15	1.0000

Tabla 31. Compara DC entre GA y GC.

La figura 53 muestra la diferencia de proporción en los diagnósticos en los que sí hubo diferencia entre GA y GC.

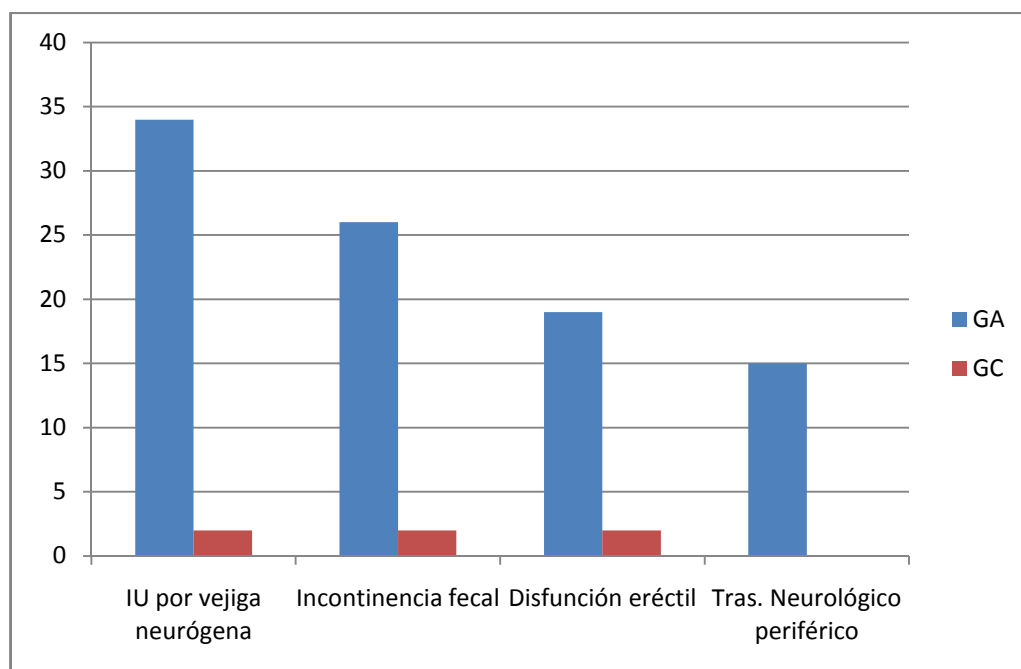


Figura 53. Proporción de patologías en las que sí hubo diferencias entre GA y GC.

La tabla 32 compara DC entre GB y GC.

CONDICIONES de suelo pelviano	Codificación en números	GB n= 69		GC n= 52		p
		n	%	n	%	
Incontinencia urinaria	1.1.					
Incontinencia urinaria de esfuerzo	1.1.1.	25	36.23	20	38.46	0.8506
Incontinencia urinaria de esfuerzo intervenida y curada	1.1.1.1.	3	4.34	5	9.61	0.2872
Incontinencia urinaria de esfuerzo intervenida y recidivada	1.1.1.2.	6	8.69	9	17.30	0.1737
Incontinencia urinaria de urgencia	1.1.2.	1	1.45	1	1.92	1.0000
Incontinencia urinaria mixta	1.1.3.	6	8.69	5	9.61	1.0000
Incontinencia urinaria secundaria a cirugía: de próstata u otra	1.1.4.					
Incontinencia urinaria secundaria a cirugía por cáncer de próstata	1.1.4.1.	15	21.74	6	11.54	0.1559
Incontinencia urinaria secundaria a cirugía por cáncer de próstata más radioterapia	1.1.4.1.1.	2	2.90	4	7.69	0.4005
Incontinencia urinaria secundaria a radioterapia por cáncer de próstata	1.1.4.1.2.					
Incontinencia urinaria secundaria a cirugía por adenoma de próstata	1.1.4.2.	3	4.34	0	0	0.2587
Incontinencia urinaria secundaria a cirugía por otras patologías pelvianas (traumatismos, patología neurológica...)	1.1.4.3.	0	0	1	1.92	0.4298
"Incontinencia urinaria iatrogénica"		20	28.98	11	21.15	0.4021
Incontinencia urinaria	1.1.4.4.	8	11.59	1	1.92	0.0762

RESULTADOS

por vejiga neurógena						
DOLOR en aparato urinario inferior	1.2.	0	0	1	1.92	0.4298
Otras alteraciones miccionales	1.3.	0	0	2	3.84	0.1826
Otras alteraciones miccionales: estenosis de uretra/retención urinaria	1.3.1.	3	4.34	1	1.92	0.6338
Otras alteraciones miccionales: infecciones/ITU	1.3.3.	2	2.90	2	3.84	1.0000
Recidiva cistocele	1.3.4.	5	7.24	4	7.68	1.0000
Neovejiga	1.3.5.	0	0	1	1.92	0.4298
Cistocele no operado	1.3.6.	5	7.24	5	9.61	0.7435
Cistocele operado	1.3.6.1.	1	1.45	1	1.92	1.0000
Incontinencia fecal	1.3.7.	5	7.24	1	1.92	0.2352
DE	1.3.8.	3	4.34	1	1.92	0.6338
Otros prolapsos	1.3.9.	0	0	1	1.92	0.4298
CONDICIONES MEDICAS	Codificación en números					
Cáncer	2.3.	3	4.34	2	3.84	1.0000
Especificar tipo de cáncer	2.3.x.	2	2.90	1	1.92	1.0000
Cardio-Circulatorio	2.4.					
HTA	2.4.1.	11	15.94	3	5.77	0.0945
Cardiopatía isquémica	2.4.2.	5	7.24	2	3.84	0.6974
Alteraciones del ritmo cardíaco	2.4.3.	2	2.90	1	1.92	1.0000
Varices	2.4.4.	2	2.90	2	3.84	1.0000
Diabetes	2.5.					
-Tipo 1	2.5.1.	1	1.45	1	1.92	1.0000
-Tipo 2	2.5.2.	5	7.24	5	9.61	0.7435
Trastorno digestivo	2.6.	1	1.45	0	0	1.0000
Trastorno digestivo: gastritis, ulcus	2.6.1.	3	4.34	2	3.84	1.0000
Trastorno metabólico	2.6.2.	6	8.69	3	5.77	0.7307
-Dislipemia	2.6.2.1.	2	2.90	3	5.77	0.6505
-Hipotiroidismo	2.6.2.2.	1	1.45	1	1.92	1.0000
-Obesidad	2.6.2.3.	4	5.79	5	9.61	0.4962
Trastorno neurológico	2.7.	0	0	1	1.92	0.4298

JAVIER DOMÍNGUEZ GARCÍA

Trastorno neurológico central	2.7.1.	2	2.90	2	3.84	1.0000
Trastorno neurológico periférico	2.7.2.	3	4.34	0	0	0.2587
-radiculopatías	2.7.3.	9	13.04	3	5.77	0.2300
-poliomielitis	2.7.4.	2	2.90	0	0	0.5058
Próstata	2.8.					
-HBP	2.8.1.	2	2.90	1	1.92	1.0000
-Cáncer	2.8.2.	15	21.74	10	19.23	0.8225
Psiquiátrico	2.9.					
-Ansiedad	2.9.1.	17	24.63	15	28.84	0.6788
-Depresión	2.9.2.	27	39.13	22	42.30	0.8518
-Otros trastornos psiquiátricos	2.9.3.	11	15.94	8	15.38	1.0000
Trastorno respiratorio	2.11.	10	14.49	6	11.54	0.7881
REUMATOLÓGICO	2.12.					
Fibromialgia	2.12.1.	12	17.39	17	32.69	0.0566
Artritis reumatoide	2.12.2.	0	0	3	5.77	0.0767
Síndrome miofascial	2.12.3.	2	2.90	1	1.92	1.0000
Fatiga crónica	2.12.4.	2	2.90	3	5.77	0.6505
“Tipo fibromialgia”		16	23.19	24	46.15	0.0110
Traumatológico	2.13.	1	1.45	0	0	1.0000
-Algias	2.13.1.	2	2.90	1	1.92	1.0000
- --Algias cervical	2.13.2.	12	17.39	8	15.38	0.8099
- --Algias dorsal	2.13.3.	5	7.24	4	7.69	1.0000
- --Algias extremidades superiores	2.13.4.	4	5.80	5	9.61	0.4962
- - -Algias extremidades inferiores	2.13.5.	7	10.14	7	13.46	0.5806
- - -Articulares	2.13.6.	8	11.59	8	15.38	0.5946
-Artrosis	2.13.7.	2	2.90	7	13.46	0.0377
- - Cervical	2.13.8.	15	21.74	16	30.77	0.2967
- - Dorsal	2.13.9.	12	17.39	10	19.23	0.8157
- - Otras	2.13.11.	14	20.29	14	26.92	0.5141
-Impotencia funcional	2.13.12.	8	11.59	4	7.69	0.5519
- - Movilidad de extrem superiores	2.13.13.	6	8.69	11	21.15	0.0656
- - Movilidad de	2.13.14.	12	17.39	4	7.69	0.1752

RESULTADOS

extrem inferiores						
- Hernia discal	2.13.15.	13	18.84	9	17.30	1.0000
- Dismetría de extremidades inferiores	2.13.16.	2	2.90	0	0	0.5058
- Uso de ortesis	2.13.17.	4	5.80	2	3.84	0.6987
- Otras	2.13.18.	29	42.03	12	23.07	0.0340
ORL	2.14.	11	15.94	6	11.54	0.6011
VHC.	2.17.	1	1.45	0	0	1.0000
Otras enfermedades	2.18.	20	28.98	15	28.84	1.0000
Oftalmológico	2.19.	2	2.90	3	5.77	0.6505
ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS	3.					
Abdominal	3.1.	2	2.90	1	1.92	1.0000
Neurológico	3.2.	6	8.69	1	1.92	0.2367
Pelviano	3.3.	4	5.80	3	5.77	1.0000
-Adenomectomía prostática	3.4.	2	2.90	0	0	0.5058
-Prostatectomía radical	3.5.	14	20.29	8	15.38	0.6350
-Radioterapia prostática	3.6.	0	0	1	1.92	0.4298
-Fístula perianal	3.7.	0	0	1	1.92	0.4298
-Hemorroidectomía	3.8.	0	0	1	1.92	0.4298
Otras intervenciones	3.13.	15	21.74	11	21.15	1.0000

La figura 54 muestra la diferencia de proporción en los diagnósticos en los que sí hubo diferencia entre GB y GC.

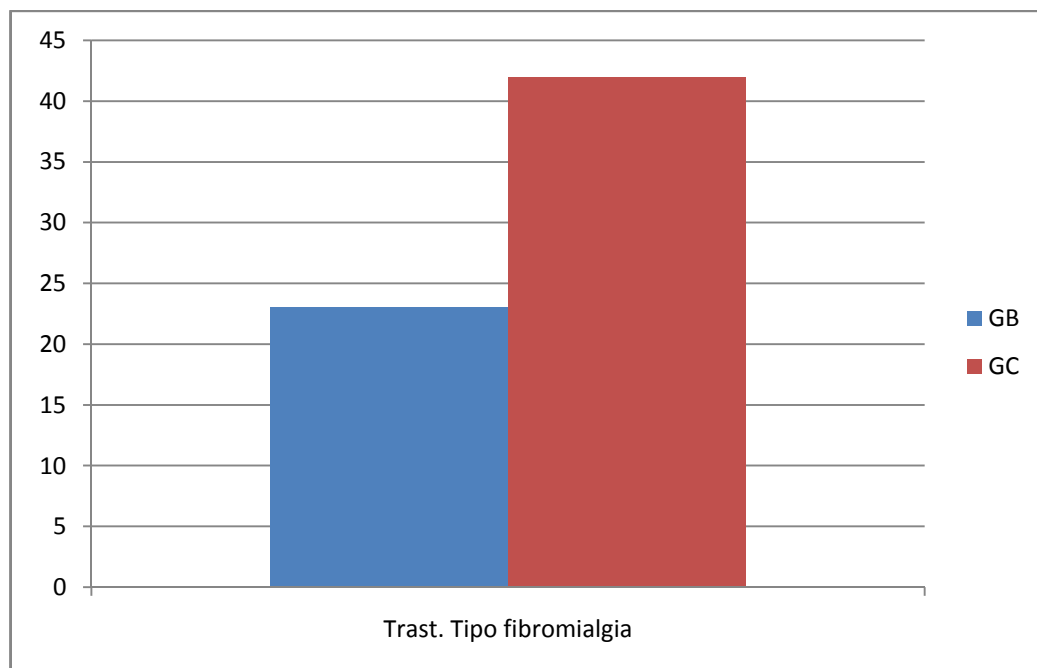


Figura 54. Proporción de patologías en las que sí hubo diferencias entre GB y GC.

Bibliografía

WOLTERS-KLUWER (2016). "Clasificación profesional." GUIAS JURIDICAS.

V. DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

Todas las resoluciones expresas o resoluciones equivalentes, previo cumplimiento de los requisitos significados en la Ley de Jurisdicción Social, dictadas por los Directores Provinciales del Instituto Nacional de la Seguridad Social, ya sea en procedimiento de revisión por mejoría o agravamiento de la incapacidad permanente previamente concedida, o como consecuencia de la finalización del procedimiento de solicitud de prestación de incapacidad permanente, son recurribles, en primera instancia, ante los Juzgados de lo Social. Contra las Sentencias dictadas por los Juzgados de lo Social anteriormente significados, cabe interponer, en plazo y forma, recurso de suplicación que se sustanciará y resolverá ante la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia respectivo.

No obstante lo anterior, no cabe duda de que habrá numerosas resoluciones contra las que no se recurre ni en primera ni en segunda instancia. Así, el interesado solicitante de la incapacidad permanente o interesado en la revisión de grado, puede optar por aquietarse con la resolución administrativa dictada. Otro tanto puede predicarse respecto del Demandante y del Demandado contra la sentencia de primera instancia.

Señalado lo anterior, el interesado, *prima facie*, recurrirá las resoluciones expresas o resoluciones equivalentes en las que se deniegue la incapacidad permanente o entienda que la incapacidad permanente concedida es inferior a la incapacidad permanente padecida. También recurrirá las revisiones de grado desfavorables por agravamiento y las resoluciones de grado favorables por mejoría. Así mismo, recurrirá las Sentencias de primera instancia que entienda desfavorables, ya sea por desestimación total de la demanda o por estimación parcial de la misma.

Por su parte, la parte o partes demandantes podrán recurrir las sentencias en las que se estime totalmente la incapacidad pretendida por el solicitante o en las que se estime parcialmente la demanda presentada.

Conforme a los diferentes grados de incapacidad laboral permanente regulados en el artículo 137 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad de 1994, han de tenerse en cuenta previamente varias cuestiones de especial trascendencia que se detallan a continuación.

En primer lugar es necesario tener presente que las circunstancias fácticas concurrentes en cada uno de los casos estudiados, así como la individualización concreta de las distintas situaciones ante un reconocimiento o revisión de incapacidad permanente (edad del presunto incapaz, profesión habitual, desempeño de funciones concretas de su profesión, enfermedades que padece, diverso desarrollo de las mismas) hacen que se torne difícil la existencia de supuestos idénticos. En base a lo anterior, en materia de calificación del grado de incapacidad laboral permanente la invocación de precedentes

jurisprudenciales resulta altamente inefectiva, no alcanzando el grado de doctrina vinculante en cuanto que cada caso singularmente entendido requiere una decisión individualizada. Debido precisamente a lo anterior, el Tribunal Supremo, en el ámbito del recurso para unificación de doctrina ha limitado considerablemente la admisión de los mismos en estos supuestos, significando incluso que: "más que de incapacidades puede hablarse de incapacitados" (STS 30-1-89, por todas); dificultad que también ha sido puesta de relieve por el Tribunal Constitucional, en sentencia de 26-3-1996, núm. 53/1996, recaída en Recurso de Amparo núm. 3622/1994.

En segundo lugar, se valoran más las limitaciones funcionales que la naturaleza de los diversos padecimientos origen de aquellos, siendo aquellas limitaciones las que van a impedir o dificultar a cualquier persona desarrollar su concreto trabajo o cualquier trabajo. Desde esta perspectiva algunas limitaciones harán imposible realizar una función o tarea concreta en un oficio o, ser intrascendentes en otros trabajos, pese a padecer las mismas lesiones.

1. EDAD

Conforme a la tabla 11 no se observan diferencias estadísticamente significativa entre las edades en lo que respecta a la variable edades de los pacientes que tras el recurso de suplicación obtuvieron alguna incapacidad laboral permanente o no obtuvieron ningún grado de incapacidad permanente.

Ello puede ser debido a que conforme al artículo 14 de nuestra Carta Magna, los españoles son iguales ante la ley, no pudiendo ser discriminados, entre otras cuestiones por razón de edad, siendo un claro reflejo de no discriminación el acceso a la tutela judicial efectiva, ex artículo 24 de nuestra Constitución.

Como se observa en la antedicha tabla, los rangos de edad pueden relacionarse con los requisitos exigidos en el TRLGSS 1994. Así en la modalidad contributiva se exigen, además de los particulares de cada incapacidad permanente, estar afiliadas y en alta en este Régimen o en situación asimilada al alta, al sobrevenir la contingencia o situación protegida, salvo disposición legal expresa en contrario (artículo 124.1 TRLGSS 1994) cierto periodo de cotización mínima que es significado en el artículo 138.2 del TRLGSS 1994:

“a) Si el sujeto causante tiene menos de treinta y un años de edad, la tercera parte del tiempo transcurrido entre la fecha en que cumplió los dieciséis años y la del hecho causante de la pensión.

b) Si el causante tiene cumplidos treinta y un años de edad, la cuarta parte del tiempo transcurrido entre la fecha en que se haya cumplido los veinte años y el día en que se hubiese producido el hecho causante, con un mínimo, en todo caso, de cinco años. En este supuesto, al menos la quinta parte del período de cotización

DISCUSIÓN

exigible deberá estar comprendida dentro de los diez años inmediatamente anteriores al hecho causante.

En los supuestos en que se acceda a la pensión de incapacidad permanente desde una situación de alta o asimilada al alta, sin obligación de cotizar, el período de los diez años, dentro de los cuales deba estar comprendido, al menos, la quinta parte del período de cotización exigible, se computará, hacia atrás, desde la fecha en que cesó la obligación de cotizar.

En los casos a que se refiere el párrafo anterior, y respecto de la determinación de la base reguladora de la pensión, se aplicará lo establecido, respectivamente, en los apartados 1, 2 y 4 del artículo 140.

3. No obstante lo establecido en el apartado 1 de este artículo, las pensiones de invalidez permanente en los grados de incapacidad permanente absoluta para todo trabajo o gran invalidez derivadas de contingencias comunes podrán causarse aunque los interesados no se encuentren en el momento del hecho causante en alta o situación asimilada a la de alta.

En tales supuestos, el período mínimo de cotización exigible será, en todo caso, de quince años, distribuidos en la forma prevista en el último inciso del apartado 2.b) de este artículo.

4. Para causar pensión en el Régimen General y en otro u otros del sistema de la Seguridad Social, en los casos a que se refiere el apartado anterior, será necesario que las cotizaciones acreditadas en cada uno de ellos se superpongan, al menos, durante quince años". Sin perjuicio de lo anterior el art. 124.4 TRLGSS 19944 preceptúa que no se exigirán períodos previos de cotización para el derecho a las prestaciones que se deriven de accidente, sea o no de trabajo, o de enfermedad profesional, salvo disposición legal expresa en contrario.

La figura 41, que correlaciona las variables edad e incapacidad final obtenida, refleja cierta tendencia no significativa estadísticamente conforme a la cual a menor edad del solicitante mayor tendencia existente en la obtención de mayor grado de incapacidad obtenida, probablemente derivada del mayor acceso a información jurídica disponible así como a la facilidad en la búsqueda de asesoramiento jurídico especializado.

2. SEXO

En lo que respecta a la variable sexo, siendo la muestra general de 147 sentencias de suplicación es significativo que más de la mitad de las sentencias estudiadas, concretamente un 61.22% del total del muestreo sean mujeres, frente al 38,77% del muestreo sean hombres. Ello puede ser debido a la mayor incidencia en las mujeres de incontinencia urinaria de esfuerzo como consecuencia de causas que no coexisten en el hombre, ad exemplum las

derivadas de la maternidad, así como de cánceres asociados al aparato genital femenino.

De la tabla 12 y la figura 42 que muestra la comparación de la distribución de sexos entre grupos es señalable la especial significación por sexos al comparar tanto el grupo GA con el grupo GB así como al comparar el grupo GA con el grupo GC. Las diferencias GA con los otros dos grupos GB y GC bien pudiere ser al menor número de casos en que finalmente hombres y mujeres consiguen el grado de incapacidad absoluta laboral.

Tanto en hombre como en mujer conforme a la tabla 12 el mayor número de casos porcentuales se da en incapacidad permanente total, tanto en número de casos totales como en número de casos según género, pudiendo conjeturarse la exigencia mayor de requisitos exigidos en incapacidad permanente absoluta, y la tendencia a no otorgar ninguna incapacidad permanente por incumplimiento de los requisitos exigibles.

3. INCAPACIDAD DE PARTIDA

La tabla 13 referida a la incapacidad de partida prejudicial es mayoritariamente (57,83%) la denegación de incapacidad permanente, ya sea por denegación inicial de incapacidad o por denegación de solicitud por agravamiento, siendo la disconformidad en la incapacidad de grado total con un 39.45% la segunda, siendo las demás variables de partida residuales, bien porque en la incapacidad parcial las personas pueden dedicarse a otro oficio, bien por el incumplimiento y exigencias marcadas en la legislación vigente para la gran invalidez.

Por otra parte sobresale el porcentaje de pacientes que consiguieron finalmente obtener la incapacidad absoluta partiendo de una incapacidad total, pudiendo debitarse a la mayor facilidad probática documental.

No está exenta de dificultad la obtención de incapacidad permanente puesto que de los 85 casos de partida en que se denegó de inicio cualquier incapacidad permanente, sólo en 33 se otorgó alguna incapacidad permanente, tal y como se aprecia en la tabla xxx, distribución de la incapacidad de partida entre grupos.

Conforme a lo literalmente señalado en las sentencias estudiadas, coincidentes con la doctrina científica, son notas características de la INCAPACIDAD PERMANENTE las siguientes:

1ª.-Grave alteración de la salud, haciendo referencia a la valoración integrada de las distintas enfermedades padecidas singularmente y su toma en consideración en conjunto, de tal forma que, aunque los diversos padecimientos integrantes del estado patológico considerados aisladamente no determinen

DISCUSIÓN

ningún grado de incapacidad, si pueden ser determinantes de la afección a grado de incapacidad siempre que se ponderen conjuntamente, independientemente del origen.

2ª.-Tratamiento médico previo y alta en el precitado.

3ª.-Las reducciones funcionales o anatómicas sean susceptibles de determinación objetiva, implicando la necesidad de fijación de un claro diagnóstico médico conciso. Habrán de constatarse médicamente de forma indudable, no basándose en la mera manifestación subjetiva del interesado.

4ª.-Las lesiones sean permanentes y que previsiblemente sean definitivas, es decir, irreversibles e incurables. La irreversibilidad no puede entenderse como certeza absoluta, al no ser la Ciencia Médica una ciencia exacta e inmutable. En este sentido el artículo 136.1 del TRLGSS 1994 señala que: “No obstará a tal calificación la posibilidad de recuperación de la capacidad laboral del inválido, si dicha posibilidad se estima médicamente como incierta o a largo plazo”.

5ª.-Incidencia laboral de la gravedad de las lesiones hasta el punto de que anulen o disminuyan la capacidad laboral en relación a la profesión habitual y grado de incapacidad solicitada.

4. ORIGEN EXTRAJUDICIAL DEL PROCEDIMIENTO

El superior porcentaje de pacientes cuyo origen extrajudicial es la disconformidad con el procedimiento inicial frente al inferior de pacientes disconformes con la resolución por revisión puede encontrarse en que la mayoría de los pacientes sometidos a revisión, ya sea por mejoría o por agravamiento, son confirmados en su incapacidad permanente inicial o bien, a una mayor aquiescencia con la incapacidad permanente tras la resolución final anterior a la revisión o, en su caso, por la no necesidad de revisión, o por pasar la referida prestación de incapacidad permanente a prestaciones por jubilación.

Conforme al párrafo segundo del artículo 143 del TRLGSS 1994, toda resolución ya sea inicial o de revisión, en las que se reconozca el derecho a prestaciones por incapacidad laboral permanente, cualquiera que fuere su grado o la confirmación de otro preexistente, hará constar necesariamente el plazo a partir del cual se podrá instar la revisión, ya fuere por mejoría o por agravamiento, siendo este plazo vinculante para todas las partes. En todo caso, las revisiones fundadas en error de diagnóstico podrán llevarse a cabo en cualquier momento.

Así, cuando el objeto del recurso se circunscribe al reconocimiento del grado de absoluta de la incapacidad permanente de la actora, por agravación de la incapacidad permanente total que le había sido reconocida con anterioridad,

en aplicación del artículo anteriormente meritado, reiterada doctrina del Tribunal Supremo ha considerado que la agravación del grado de incapacidad permanente reconocido requiere que las dolencias primitivas hayan empeorado, o que, por la concurrencia de éstas con otras aparecidas con posterioridad, el cuadro clínico del trabajador sea más grave que cuando se le reconoció el grado de incapacidad que se pretenda modificar, así como que tal agravación sea de entidad suficiente para subsumirlo en el nuevo grado invalidante postulado (sentencias del Tribunal Supremo de 20 de noviembre de 1.985 , 15 de diciembre de 1.986 y 1 de octubre de 1.987). La Jurisprudencia ha venido exigiendo que tal agravación se haya producido "independientemente del acierto en la calificación del grado de incapacidad efectuado la primera vez" (sentencias del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana de 2 de diciembre de 1.997 y 24 de enero de 2.011). Del mismo modo, la doctrina de diversas Salas de los Tribunales Superiores de Justicia han determinado que la incapacidad permanente merecerá la calificación de absoluta por agravación, cuando ésta sea trascendente respecto de las lesiones anteriormente declaradas que produzcan "como efecto un cambio en la calificación, de forma que al trabajador no le reste capacidad alguna (STS 29-9-87), debiéndose de realizar la valoración de las capacidades residuales atendiendo a las limitaciones funcionales derivadas de los padecimientos sufridos (STS 6-11-87") (sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Catalunya de 17 de febrero de 2.012). Lo anteriormente significado conforme lo significan *in litteris* las Sentencias estudiadas.

5. TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA

Todas las Comunidades Autónomas, en mayor o menor medida, están presentes en las sentencias dictadas en recursos de suplicación.

Las tres Comunidades autónomas con mayor número de sentencias estudiadas son Cataluña, Andalucía y Madrid, correspondiéndose a las tres mayores Comunidades Autónomas a nivel poblacional. Sin perjuicio de lo anterior, el sesgo existente puede haberse originado a las personas que eligen las sentencias publicables en las bases de datos privadas en relación a su vecindad y/o al lugar sede de la editorial correspondiente.

6. RECURRENTES

La mayoría de los recurrentes en suplicación coinciden con los demandantes en primera instancia, es decir, los pacientes, en un alto porcentaje 101 casos de 147.

Es reseñable que los demandados en primera instancia recurran más frecuentemente cuando la incapacidad final obtenida fue la incapacidad

DISCUSIÓN

absoluta, respondiendo plausiblemente a las directrices dadas a los letrados de la Seguridad Social en orden a las prioridades en sede recursos de suplicación, así como a la mayor cuantía prestacional de dichas incapacidades.

Estando tasados el objeto del recurso de suplicación, en todas las sentencias se excluyen ex artículo 193 LJS el primero de los motivos, es decir, la reposición de los autos al estado en el que se encontraban en el momento de cometerse una infracción de normas o garantías del procedimiento que haya producido indefensión.

En todas las sentencias estudiadas, el objeto del recurso es el examen del derecho aplicado en la resolución combatida (errores in iudicando) al fondo del litigio, por inaplicación o aplicación indebida o interpretación errónea en relación con la jurisprudencia del Tribunal Supremo que los interpreta, fundamentalmente los artículos 136, 137 del TRLGSS 1994, así como, además, el artículo 143 del mismo cuerpo legal en las revisiones de grado.

En relación al concepto que deba darse a la incapacidad absoluta y su diferencia con la incapacidad total las sentencias estudiadas hacen especial y reiterativo hincapié en que:

-La incapacidad permanente absoluta para todo trabajo es aquel grado de incapacidad laboral que impide la realización de toda profesión u oficio, y de la incapacidad permanente total para la profesión habitual que impide llevar a cabo todas o las fundamentales tareas de la misma, pudiéndose dedicar el trabajador al ejercicio de otra actividad.

-Las normas sustantivas reguladoras de los diferentes grados de incapacidad lo integran únicamente las patologías actualizadas y las consecuencias funcionales que sean susceptibles de causarle a quien las padece.

-Que conforme al artículo 3 del Código Civil, las normas se interpretarán según el sentido propio de sus palabras, en relación con el contexto, los antecedentes históricos y legislativos, y la realidad social del tiempo en que han de ser aplicadas, atendiendo fundamentalmente al espíritu y finalidad de aquellas.

-No sólo debe ser reconocida la incapacidad absoluta al trabajador que carezca de toda posibilidad física para realizar cualquier quehacer laboral, sino también a aquel que, aún con aptitudes para algunas actividades, no tenga facultades reales para consumir, con cierta eficacia, las tareas que componen una cualquiera de las variadas ocupaciones que ofrece el ámbito laboral.

- La incapacidad permanente en grado de total requiere que las lesiones padecidas por el trabajador le inhabiliten para todas o las fundamentales tareas de su profesión habitual, entendiendo por tal, la que fundamentalmente

realizaba antes de la enfermedad, o la desempeñada normalmente antes del accidente, siempre que no se halle impedido para ejercer otra actividad.

- La incapacidad permanente total viene definida como la situación de quien, por enfermedad o accidente, presenta unas reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que inhabilitan al trabajador para el ejercicio de todas o las fundamentales tareas de su profesión, siempre que le deje una aptitud psicofísica suficiente para desempeñar las de otra distinta. Esa valoración de la capacidad laboral residual tiene que verificarse teniendo en cuenta que la prestación de un trabajo o actividad debe ser realizado conforme a las exigencias de continuidad, dedicación y eficacia que son exigibles en condiciones normales de habitualidad, con el fin de obtener el rendimiento que sea exigible, con un esfuerzo normal, (SSTS de 11 de octubre de 1979 , 21 de febrero de 1981; 22 de septiembre de 1989, y 7 de marzo de 1990). Tal incapacidad también ha de ser declarada, aunque teóricamente pueda desempeñarse las tareas habituales de la profesión, cuando esta sea incompatible con un ambiente determinado. Teniendo en cuenta que la profesión habitual, a efectos de reconocer este grado de incapacidad, es aquella a la que el trabajador dedicaba su actividad fundamental durante el tiempo anterior a la iniciación de la invalidez, lo que obliga asimismo a realizar una valoración concreta de todas las circunstancias en las que se desenvolvía la actividad laboral, incluida la compatibilidad con un ambiente determinado (SSTS de 18 de enero de 1988 y 30 de enero de 1989).

En las sentencias estudiadas en que se solicita además revisar la versión judicial de los hechos (errores in facto), mediante la adición de nuevos hechos probados o la modificación de hechos probados, sólo se accede a dicha revisión si se cumplen los requisitos jurisprudenciales dado el carácter extraordinario del recurso de suplicación que impide a las partes, no sólo alegar o probar hechos nuevos, sino tan siquiera modificar los hechos declarados probados por el Juez a quo , lo que deriva del hecho de que hay una sola instancia y, por consiguiente, el único juez competente para valorar en su plenitud la prueba es el que celebró el juicio, ya que lo contrario sería tanto como subrogarse la parte en lo que constituye labor jurisdiccional, sin que pueda sustituirse la misma por la valoración de la parte voluntaria y subjetiva, confundiendo éste recurso excepcional y con motivos tasados en una nueva instancia (SSTS 18 de noviembre de 1999 , 25 de mayo de 2000 ; 7 de marzo de 2003 ; 3 de mayo de 2001 ; o 10 de febrero de 2002); salvo que se muestre el error en la valoración de la prueba, para lo cual según la jurisprudencia (por todas SSTS 11 de junio de 1993 ; 15 y 26 de julio ; 26 de septiembre de 1995 ; 2 y 11 de noviembre de 1998 ; 2 de febrero de 2000 ; 24 de octubre de 2002 ; ó 12 de mayo de 2003).

Los requisitos jurisprudenciales pacíficamente admitidos en las sentencias de estudio son:

DISCUSIÓN

1º.- Que se señale con precisión cuál es el hecho afirmado, negado u omitido, que el recurrente considera equivocado, contrario a lo acreditado o que consta con evidencia y no ha sido incorporado al relato fáctico.

2º.- Que se ofrezca un texto alternativo concreto para figurar en la narración fáctica calificada de errónea, bien sustituyendo a alguno de sus puntos, bien complementándolos.

3º.- Que se citen pormenorizadamente los documentos o pericias de los que se considera se desprende la equivocación del juzgador, sin que sea dable admitir su invocación genérica, ni plantearse la revisión de cuestiones fácticas no discutidas a lo largo del proceso; señalando la ley que el error debe ponerse de manifiesto precisamente merced a las pruebas documentales o periciales practicadas en la instancia.

4º.- Que esos documentos o pericias pongan de manifiesto, el error de manera clara, evidente, directa y patente; sin necesidad de acudir a conjeturas, suposiciones o argumentaciones más o menos lógicas, naturales y razonables, de modo que sólo son admisibles para poner de manifiesto el error de hecho, los documentos que ostenten un decisivo valor probatorio, tengan concluyente poder de convicción por su eficacia, suficiencia, fehaciencia o idoneidad.

5º. Que la revisión pretendida sea trascendente a la parte dispositiva de la sentencia, con efectos modificadores de ésta, pues el principio de economía procesal impide incorporar hechos cuya inclusión a nada práctico conduciría, si bien cabrá admitir la modificación fáctica cuando no siendo trascendente es esta instancia pudiera resultarlo en otras superiores.

En las revisiones fácticas pretendidas, ante la existencia de dictámenes médicos contradictorios, es doctrina pacífica que si el Magistrado de instancia a quien corresponde valorar la prueba practicada, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo 2º del artículo 97 de la Ley Reguladora de la Jurisdicción Social, llegó a una determinada conclusión sobre los padecimientos que sufre el trabajador, la misma ha de prevalecer sobre la interpretación subjetiva de cualquiera de las partes, máxime si tenemos en cuenta la reiterada doctrina jurisprudencial según la cual ante la disparidad de diagnósticos, ha de aceptarse normalmente el que ha servido de base a la resolución que se recurre, debiendo resaltarse que el órgano de instancia podía optar conforme al artículo 348 de la vigente Ley de Enjuiciamiento Civil por el dictamen que estime conveniente y le ofrezca mayor credibilidad, sin que contra la apreciación conjunta de la prueba quepa la consideración aislada de alguno de sus elementos y solo pudiendo rectificarse aquel criterio por vía de recurso si el dictamen que se opone tiene mayor fuerza de convicción o rigor científico que el que ha servido de base a la resolución recurrida, cosa que no consta ocurra en el supuesto de autos.

La valoración conjunta del acervo probatorio corresponde al Magistrado de instancia que es quien tiene la plena inmediación en la práctica de la prueba, por lo que no puede desvirtuarse dicho criterio, salvo que existan elementos que indefectiblemente lleven a la conclusión del error de la instancia y en el mismo sentido y con relación al recurso de suplicación, la doctrina del Tribunal Constitucional ha venido señalando - sentencias 294/2003 y 105/2008 , entre otras - que no es un recurso de apelación ni una segunda instancia, sino un recurso extraordinario, de objeto limitado, en el que el Tribunal "ad quem" no puede valorar "ex novo" toda la prueba practicada, a lo que cabe añadir que la cita global y genérica de documentos carece de valor y operatividad a los efectos del recurso de suplicación - sentencias de 14/7/1995 y 23/6/1988 , entre otras - de manera que el recurrente está obligado a determinar con exactitud y precisión, no solo el documento o documentos concretos y particularizados en que se apoya su pretensión revisora, sino que además ha de exponer en forma adecuada las razones por las que esos documentos acreditan o evidencian la existencia de ese error que se denuncia, siendo ineficaz, la mera enumeración o cita de tales documentos -sentencia de 15/7/1995- de manera que la parte recurrente debe señalar de modo preciso la evidencia del error en cada uno de los documentos sin referencias genéricas -sentencias de 26/9/1995 y 27/2/1989- esto es, la parte recurrente debe señalar el punto específico del contenido de cada documento que pone de relieve el error alegado, razonando así la pertinencia del motivo, mediante un análisis que muestre la correspondencia entre la declaración contenida en el documento y la rectificación que se propone - sentencia de 23/9/1998 no pudiendo la actora limitarse a la reseña de diversos informes médicos emitidos en fechas diversas, no siendo facultad de la parte sustituir por su propio e interesado parecer el objetivo criterio de la Juzgadora "a quo" que valoró la prueba practicada en uso de las facultades que le son propias y con arreglo a la sana crítica.

Por último sí se admiten patologías que aunque declaradas como hechos probados sean más detalladas conforme a la documental y pericial presentadas.

7. PROFESIÓN HABITUAL

El art. 137.2 TRLGSS 1994 en su redacción original trató de configurar un concepto legal de profesión habitual al señalar que "se entenderá por profesión habitual, en caso de accidente, sea o no de trabajo, la desempeñada normalmente por el trabajador al tiempo de sufrirlo. En caso de enfermedad común o profesional, aquélla a la que el trabajador dedicaba su actividad fundamental durante el período de tiempo, anterior a la iniciación de la incapacidad, que reglamentariamente se determine".

La doctrina ha mantenido que, a falta de otra norma reglamentaria, debía aplicarse lo dispuesto en la OM de 15 de abril de 1969, en cuyo art. 11.2 se

DISCUSIÓN

ordena que "se entenderá por profesión habitual, en caso de accidente, sea o no de trabajo, la desempeñada normalmente por el trabajador al tiempo de sufrirlo, y en caso de enfermedad, común o profesional, aquella a la que el trabajador dedicaba su actividad fundamental durante los doce meses anteriores a la fecha en que se hubiese iniciado la incapacidad laboral transitoria de la que se derive la invalidez".

La jurisprudencia, entre otras, en la sentencia de la Sala Cuarta del Tribunal Supremo de 7 de febrero de 2002 (rec. 1595/01), ha precisado en cuanto a la "profesión habitual" a tener en cuenta, en caso de cambio de actividad profesional, y del período de tiempo a partir del cual una nueva profesión se convierte en la habitual para valorar la pérdida de capacidad de trabajo que constituye tal situación, que "los doce meses de la profesión nueva que la convierten en "profesión habitual" a los efectos de la declaración de incapacidad permanente total no deben incluir en un supuesto como el aquí enjuiciado de transición de trabajo por cuenta ajena a trabajo autónomo, el tiempo de intervalo de desempleo, durante el cual no se ha ejercitado en realidad profesión alguna".

Ciertamente, el mismo Alto Tribunal, entre otras, en las sentencias de 9 de diciembre de 2002 (rec. 1197/02) y 26 septiembre 2007 (rec. 4277/05), ha mantenido que la profesión "habitual" es la ejercida prolongadamente, y no la residual a cuyo ejercicio ha podido haber conducido la situación invalidante.

La aptitud laboral no puede interpretarse, conforme a reiterada doctrina jurisprudencial, como la mera posibilidad de realizar alguna tarea esporádica, superflua, o marginal, sino que ha de referirse a la posibilidad de realizar una actividad con el rendimiento normalmente exigible, así como con la habitualidad necesaria, habiendo precisado la Sala Cuarta del Tribunal Supremo que la definición legal de la incapacidad absoluta "no puede entenderse en sentido literal y estricto, pues la experiencia muestra que, por grave que pueda ser el estado del incapacitado, siempre resta una capacidad de trabajo residual que puede ser utilizada, incluso de forma regular en determinados empleos" , lo que hace que la calificación de la incapacidad permanente absoluta sea "un juicio problemático de las expectativas de empleo del trabajador" (Sentencias del Tribunal Supremo de 2 de marzo de 1.979 , 6 de marzo de 1.989 , 14 de octubre de 2.009 , y 1 de diciembre de 2.009 -cita literal-, y 6 de marzo de 1.989). En todo caso, tal como ha reiterado la doctrina del Alto Tribunal, al valorar la incapacidad permanente absoluta ha de tenerse en cuenta que la realización de una actividad por cuenta ajena tiene que ajustarse a unas exigencias de profesionalidad con cumplimiento de unos mínimos de continuidad, dedicación, y eficacia, en la prestación del trabajo (Sentencias del Tribunal Supremo de 11 de noviembre de 1.986, 9 de febrero de 1.987 , 21 de marzo de 1.988 , y 9 de marzo de 1.989).

8. DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS

La doctrina científica más autorizada explica que por "reducción anatómica" se entiende la amputación de un miembro o parte del mismo o la extracción de un órgano, mientras que la "reducción funcional" implica la pérdida de la funcionalidad de una parte del cuerpo que afecte a la capacidad completa del individuo. El TRLGSS 1994 exige que esta reducción anatómica o funcional sea 1) grave, 2) susceptible de determinación objetiva, 3) previsiblemente definitiva y 4) que disminuya o anule su capacidad laboral, habiendo hecho hincapié el Tribunal Supremo en la "apreciación conjunta" de las secuelas para la calificación de un grado de invalidez (sentencias del Tribunal Supremo de 9-6-1987 y 15-3-1989): la totalidad de los padecimientos han de ser tenidos en consideración para conseguir el calificativo adecuado al estado real del trabajador (sentencia del Tribunal Supremo de 15-3-1989).

Llama la atención que a pesar de el menoscabo en la calidad de vida que ocasiona la incontinencia urinaria de esfuerzo, tanto primaria como iatrogénica, no hay diferencias en la incapacidad permanente obtenida tras el veredicto de segunda instancia. Encontramos diferente proporción de incontinencia urinaria por vejiga neurógena, así como de incontinencia fecal en en la incapacidad permanente obtenida tras el veredicto de segunda instancia.

Es de señalar que el término de "incontinencia urinaria de esfuerzo" puede conducir a confusión a los operadores jurídicos, sin conocimientos médicos específicos: el paciente puede presentar la IU sin realizar esfuerzo alguno, justamente en el caso más severo, calificado por la Sociedad Internacional de Continencia como incontinencia urinaria de esfuerzo grado 3.

Cabe meritar la situación de incontinencia urinaria de esfuerzo secundaria a tratamientos de la próstata, concretamente en el caso del cáncer de próstata. Debido a que estos pacientes, de edad media, están en su gran mayoría, asintomáticos, y por supuesto continentes antes de los mencionados tratamientos. No hay diferencia en la proporción de pacientes con IU iatrogénica entre los que finalmente obtuvieron o no algún grado de incapacidad permanente.

En nuestros días, gracias a los avances tecnológicos en la corrección de la precitada IU iatrogénica, probablemente se reconsidere la calificación de IU irreversible, en posteriores revisiones de la incapacidad permanente obtenida.

VI. CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

1. El perfil del paciente disconforme con la valoración administrativa de incapacidad permanente que incluye el diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo es una persona de 58 años de edad media, con profesión habitual en el 66% de los casos no especializada, sin estudios superiores y trabajador por cuenta ajena.

2. Las pacientes de sexo femenino disconformes con la valoración administrativa de incapacidad permanente en relación a la incontinencia urinaria de esfuerzo presentan IUE espontánea en el 72.52% de casos, en el 26.36% han sido intervenidas quirúrgicamente para corregir la IUE.

3. Los pacientes de sexo masculino disconformes con la valoración administrativa de incapacidad permanente en relación a la incontinencia urinaria de esfuerzo presentan en el 69.64% de los casos la IUE como complicación de tratamientos recibidos bien por patología prostática o por otra iatrogenia en relación con cirugía pelviana.

4. Los pacientes disconformes con la valoración administrativa de incapacidad permanente en relación a la incontinencia urinaria presentan en el 12.24% de los casos incontinencia por vejiga neurógena.

5. Los pacientes que obtienen incapacidad permanente absoluta presentan más incontinencia urinaria por vejiga neurógena y más incontinencia fecal que los que obtienen incapacidad total o ninguna después del veredicto en segunda instancia.

6. Existe disparidad jurisprudencial en las sentencias dictadas por Tribunales Superiores de Justicia, Sala de lo Social, en recursos de suplicación contra las sentencias judiciales dictadas por los juzgados de lo social sobre incapacidad laboral permanente que incluyen el diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo, fundamentándose en que las circunstancias fácticas concurrentes en cada uno de los casos estudiados, así como la individualización concreta de las distintas situaciones ante un reconocimiento o revisión de incapacidad permanente (edad del presunto incapaz, profesión habitual, desempeño de funciones concretas de su profesión, enfermedades que padece, diverso desarrollo de las mismas) hacen que se torne difícil la existencia de supuestos idénticos.

7. Existe disparidad jurisprudencial en las sentencias dictadas por Tribunales Superiores de Justicia, Sala de lo Social, en recursos de suplicación contra las sentencias judiciales dictadas por los juzgados de lo social sobre incapacidad laboral permanente que incluyen el diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo: se valoran más las limitaciones funcionales que la naturaleza de los diversos padecimientos origen de aquellos.

JAVIER DOMÍNGUEZ GARCÍA

8. No existen factores médicos relativos a la incontinencia urinaria de esfuerzo que repercutan en la disparidad jurisprudencial de las sentencias judiciales dictadas en recursos de suplicación en la calificación del grado de incapacidad permanente.

VII. ANEXOS

ANEXO 1. Abreviaturas utilizadas en el texto.

AMS©: American Medical System.
APFIEQ-CyL: Asociación para la Promoción de la Formación e Investigación en Especialidades Quirúrgicas de Castilla y León.
BOE: Boletín Oficial del Estado.
C: Constitución española.
Cc: Código Civil.
CCAA: Comunidades Autónomas.
CGPJ: Consejo General del Poder Judicial.
CUMS: cistouretrografía miccional secuencial .
DC: diagnóstico clínico.
DLegis: Decreto Legislativo.
ET: Estatuto de los Trabajadores.
EVI: Equipo de valoración de incapacidades.
HIFU: High-Intensity Focused Ultrasound.
HTA: hipertension arterial.
ICIQ-LUTSQOL: International Consultation on Incontinence Questionnaire Lower Urinary Tract Symptoms Quality of Life.
ICIQ-SF: International Consultation on Incontinence Questionnaire – short form.
ICS: International Continence Society.
IIQ : Incontinence Impact Questionnaire.
IMC: Índice de Masa Corporal.
INSS: Instituto Nacional de la Seguridad Social.
IPA: Incapacidad permanente absoluta.
IPP: Incapacidad permanente parcial.
IPT: Incapacidad permanente total.
IPREM: Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples.
I-QOL: Incontinence Quality of Life.
ITU: Infección del tracto urinario.
IU: Incontinencia urinaria.
IUE: Incontinencia urinaria de esfuerzo.
IUM: Incontinencia urinaria mixta.
IUU: Incontinencia urinaria de urgencia.
J: Juzgado.
L: Ley.

LC: Ley Concursal.
LEC: Ley de Enjuiciamiento Civil.
LJS: Ley de Jurisdicción Social.
LOPJ: Ley Orgánica del Poder Judicial.
LPL: Ley de Procedimiento Laboral.
OMS: Organización Mundial de la Salud.
ORS: Objeto del recurso de suplicación.
Q máx: flujo máximo.
Q med: flujo medio.
RD: Real Decreto.
RDL: Real Decreto Ley.
RMN: Resonancia Magnética Nuclear.
RT: radioterapia.
RTUp: resección transuretral prostática.
RS: rabdoesfínter.
SEGO: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.
SMI: Salario mínimo interprofesional.
SNC: Sistema Nervioso Central.
SOVI: Seguro obligatorio de vejez e invalidez.
STC: Sentencia del Tribunal Constitucional.
STS: Sentencia del Tribunal Supremo.
STSJ: Sentencia del Tribunal Superior de Justicia.
TAC: Tomografía Axial Computerizada.
TC: Tribunal Constitucional.
TGSS: Tesorería General de la Seguridad Social.
TOT: Transobturador tape.
TQ: tiempo de flujo.
TQ máx: tiempo de flujo máximo.
TRLGSS: Texto Refundido Ley General de la Seguridad Social.
TS: Tribunal Supremo.
TSJ: Tribunal Superior de Justicia.
TVT: Transvaginal tape.
UIV: urografía intravenosa.
V: Volumen.

ANEXO 2. Leyenda de figuras

- Figura 1. Representación de Da Vinci del aparato urinario.
- Figura 2. Esquema de la intervención de Frank.
- Figura 3. Plicatura de Kelly.
- Figura 4. Banda suburetral de fascia de músculo piramidal de Stoeckel.
- Figura 5. Comparación de la intervención de Marshall-Marchetti-Krantz y de Burch.
- Figura 6. Receptores nerviosos de la vejiga urinaria.
- Figura 7. Anatomía de la uretra. Figura 7a: Anatomía de la uretra aislada en una sección transversal. Figura 7b: Cuello vesical y anatomía uretral.
- Figura 8. Corte sagital de la pelvis y sus ligamentos.
- Figura 9. Ligamentos de sostén pélvico femeninos.
- Figura 10. Niveles de sostén integrados de DeLancey.
- Figura 11. Vista abdominal de la musculatura del suelo pélvico.
- Figura 12. Vista inferior del suelo pélvico.
- Figura 13. Esquema de la histología de la uretra.
- Figura 14. Representación esquemática del sostén uretral y el mecanismo esfinteriano.
- Figura 15. Representación de la dinámica de apertura y cierre de la uretra según Petros.
- Figura 16. Dermatomas de S₃ y S₄.
- Figura 17. Flujometría normal.
- Figura 18. Electromiografía.
- Figura 19. Cistomanometría normal.
- Figura 20. Estudio videourodinámico.
- Figura 21. Esfínter uretral en un plano axial.
- Figura 22. Hallazgos ecográficos típicos en IUE.
- Figura 23. Vascularización periuretral.
- Figura 24. Banda suburetral inserta en la porción media de la uretra.
- Figura 25. RMN: la flecha señala un defecto del segmento pubovisceral del músculo elevador del ano.
- Figura 26. Pesario vaginal.

- Figura 27. Dispositivo portátil de electroestimulación del suelo pélvico.
- Figura 28. Conos vaginales.
- Figura 29. Colposuspensión abierta.
- Figura 30. Tejido sintético macroporo.
- Figura 31. TVT.
- Figura 32. TOT.
- Figura 33. Inserción fuera-dentro (A) y dentro-fuera (B).
- Figura 34. Cinta suburetral de incisión única.
- Figura 35. Distribución anatómica de los complejos esfinterianos prostáticos.
- Figura 36. Edad en GA.
- Figura 37. Edad en GB.
- Figura 38. Edad en GC.
- Figura 39. Comparación de edad entre GA, GB y GC.
- Figura 40. Edad media en GA, GB y GC.
- Figura 41. Correlación entre la edad y la incapacidad final obtenida.
- Figura 42. Distribución de sexos entre grupos.
- Figura 43. Incapacidad de partida entre grupos.
- Figura 44. Distribución proporcional de recurrentes.
- Figura 45. Distribución de las profesiones habituales en la muestra general.
- Figura 46. Proporción de profesiones habituales.
- Figura 47. Proporción de ORS entre los grupos.
- Figura 48. Relación entre ORS y la profesión habitual en la muestra general.
- Figura 49. Relación entre ORS y la profesión habitual en GA.
- Figura 50. Relación entre ORS y la profesión habitual en GB.
- Figura 51. Relación entre ORS y la profesión habitual en GC.
- Figura 52. Proporción de patologías en las que sí hubo diferencias entre GA y GB.
- Figura 53. Proporción de patologías en las que sí hubo diferencias entre GA y GC.
- Figura 54. Proporción de patologías en las que sí hubo diferencias entre GB y GC.

ANEXOS

ANEXO 3. Leyenda de tablas

- Tabla 1. Cuestionario ICIQ-IU-SF.
- Tabla 2. ICIQ-LUTSQOL.
- Tabla 3. Cuestionario I-QOL.
- Tabla 4. Versión corta del cuestionario: IIQ-7.
- Tabla 5. Escala de Oxford.
- Tabla 6. Escala PERFECT.
- Tabla 7. Diario miccional.
- Tabla 8. Codificación de diagnósticos clínicos.
- Tabla 9. Bases de cotización contingencias comunes.
- Tabla 10. Codificación de la profesión habitual.
- Tabla 11. Edad en GA, GB y GC.
- Tabla 12. Distribución de sexos entre grupos.
- Tabla 13. Incapacidad de partida en la muestra general.
- Tabla 14. Distribución de la incapacidad de partida entre grupos.
- Tabla 15. Distribución del origen extrajudicial del procedimiento contencioso entre grupos.
- Tabla 16. Distribución de los Tribunales Superiores de Justicia que dictaron sentencia de suplicación.
- Tabla 17. Distribución de los recurrentes.
- Tabla 18. Recurrentes.
- Tabla 19. Distribución de los recurridos.
- Tabla 20. Comparación de los recurridos entre GA, GB y GC.
- Tabla 21. Distribución de los demandados.
- Tabla 22. Comparación de los demandados entre GA, GB y GC.
- Tabla 23. Distribución general de las profesiones habituales.
- Tabla 24. Distribución de profesiones habituales.
- Tabla 25. Distribución del ORS en la muestra general.
- Tabla 26. Distribución del ORS entre los grupos.
- Tabla 27. Comparación de la distribución de ORS entre grupos.

Tabla 28. Relación entre la estimación del recurso en los casos donde el recurrente es una persona física.

Tabla 29. Diagnósticos clínicos en GA, GB y GC.

Tabla 30. Comparación de DC entre GA y GB.

Tabla 31. Compara DC entre GA y GC.

ANEXOS

ANEXO 4. CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS

Edad

Sexo.

Tipo de trabajo.

Diagnóstico de la patología del suelo pelviano.

Diagnósticos secundarios.

Origen extrajudicial del procedimiento contencioso

Tribunal Superior de Justicia

Recurrente

Recurrido

Demandante

Demandado

Tipo de incapacidad principal solicitada en primera instancia

Tipo de incapacidad subsidiaria solicitada en primera instancia

Veredicto recurso de suplicación

Veredicto sentencia Primera Instancia

Régimen de seguridad social

Incapacidad de partida previa a demanda

Incapacidad final obtenida tras la sentencia de segunda instancia

Objeto del recurso de suplicación

ANEXOS

ANEXO 5. LISTADO DE SENTENCIAS ANALIZADAS

STSJ	Madrid	389/2014
STSJ	Cataluña	3575/2014
STSJ	Cataluña	3098/2014
STSJ	Cataluña	603/2014
STSJ	Cantabria	472/2014
STSJ	Cataluña	1138/2014
STSJ	Cantabria	428/2014
STSJ	Cantabria	443/2014
STSJ	País Vasco	1138/2014
STSJ	Cantabria	347/2014
STSJ	Cataluña	684/2014
STSJ	Aragón	319/2014
STSJ	Andalucía	382/2014
STSJ	Cataluña	719/2014
STSJ	Aragón	271/2014
STSJ	Cataluña	226/2014
STSJ	País Vasco	264/2014
STSJ	Cataluña	4914/2013
STSJ	Asturias	207/2014
STSJ	Cataluña	5302/2013
STSJ	Murcia	556/2013
STSJ	Andalucía	2711/2013
STSJ	País Vasco	2062/2013
STSJ	Cataluña	3992/2013
STSJ	Asturias	1870/2013
STSJ	Andalucía	2018/2013
STSJ	Andalucía	1142/2013
STSJ	Andalucía	1694/2013
STSJ	Murcia	201/2013
STSJ	Cantabria	444/2013
STSJ	Castilla-León	954/2013
STSJ	Madrid	5379/2012
STSJ	Cataluña	3686/2012
STSJ	Cataluña	3473/2012

JAVIER DOMÍNGUEZ GARCÍA

STSJ	Madrid	3873/2012
STSJ	Madrid	3789/2012
STSJ	Cataluña	4554/2012
STSJ	Asturias	3086/2012
STSJ	Asturias	2823/2012
STSJ	Andalucía	1045/2012
STSJ	Andalucía	1891/2012
STSJ	Andalucía	1901/2012
STSJ	Cataluña	4339/2011
STSJ	Madrid	1327/2012
STSJ	Cataluña	5263/2011
STSJ	Cataluña	7287/2010
STSJ	Cataluña	4023/2011
STSJ	Navarra	46/2012
STSJ	Galicia	4625/2011
STSJ	Galicia	3694/2011
STSJ	Cataluña	4237/2011
STSJ	Cataluña	2858/2011
STSJ	Cataluña	3527/2014
STSJ	Madrid	336/2014
STSJ	Cataluña	3685/2014
STSJ	Galicia	5240/2012
STSJ	País Vasco	1477/2014
STSJ	Murcia	978/2013
STSJ	Castilla La Mancha	333/2014
STSJ	Asturias	1571/2014
STSJ	Asturias	1445/2014
STSJ	Cataluña	6002/2013
STSJ	Madrid	1683/2013
STSJ	Madrid	1946/2013
STSJ	Murcia	937/2013
STSJ	Madrid	1650/2013
STSJ	Cataluña	589/2014
STSJ	Cataluña	145/2014
STSJ	Cantabria	229/2014
STSJ	Cataluña	4633/2014

ANEXOS

STSJ	Andalucía	283/2014
STSJ	Islas Canarias	583/2014
STSJ	Andalucía	535/2014
STSJ	Comunidad Valenciana	2216/2013
STSJ	Andalucía	1736/2013
STSJ	Aragón	99/2014
STSJ	Andalucía	1688/2013
STSJ	Cataluña	6272/2013
STSJ	Comunidad Valenciana	1911/2013
STSJ	Cataluña	595/2013
STSJ	Galicia	3345/2012
STSJ	Cataluña	7202/2012
STSJ	Andalucía	1690/2013
STSJ	Cataluña	1406/2013
STSJ	Islas Canarias	843/2012
STSJ	Andalucía	555/2013
STSJ	Cantabria	425/2013
STSJ	Cataluña	5034/2012
STSJ	Madrid	5831/2012
STSJ	Cataluña	4015/2012
STSJ	Cataluña	5334/2012
STSJ	Cataluña	5457/2012
STSJ	Comunidad Valenciana	61/2013
STSJ	País Vasco	831/2013
STSJ	Castilla La Mancha	1774/2012
STSJ	Cataluña	4751/2012
STSJ	Andalucía	315/2013
STSJ	Cataluña	3495/2012
STSJ	Galicia	679/2012
STSJ	Islas Baleares	696/2012
STSJ	Cataluña	2546/2012
STSJ	Andalucía	1714/2012
STSJ	Andalucía	2304/2012
STSJ	Asturias	2728/2012

JAVIER DOMÍNGUEZ GARCÍA

STSJ	Andalucía	2253/2012
STSJ	País Vasco	2643/2012
STSJ	Cataluña	5565/2011
STSJ	Cataluña	5941/2011
STSJ	Castilla La Mancha	750/2012
STSJ	Cataluña	5035/2011
STSJ	Andalucía	218/2012
STSJ	Andalucía	130/2012
STSJ	Aragón	249/2012
STSJ	Andalucía	2066/2012
STSJ	Cataluña	3939/2011
STSJ	Galicia	4192/2008
STSJ	Andalucía	454/2012
STSJ	Cataluña	1033/2012
STSJ	Cataluña	3293/2010
STSJ	Andalucía	2397/2011
STSJ	Andalucía	2615/2011
STSJ	Cataluña	6226/2013
STSJ	Cataluña	762/2014
STSJ	Cataluña	3111/2013
STSJ	Cataluña	5434/2013
STSJ	Cataluña	2990/2013
STSJ	Comunidad Valenciana	1560/2013
STSJ	Cataluña	4485/2013
STSJ	Castilla La Mancha	371/2013
STSJ	Islas Canarias	145/2013
STSJ	Murcia	47/2013
STSJ	Castilla La Mancha	110/2013
STSJ	Castilla La Mancha	165/2013
STSJ	Andalucía	614/2013
STSJ	Andalucía	351/2013
STSJ	Cataluña	6468/2012
STSJ	Cataluña	3561/2012
STSJ	Cataluña	2091/2012
STSJ	Extremadura	523/2012

ANEXOS

STSJ	Cantabria	669/1012
STSJ	Cantabria	709/2012
STSJ	Cataluña	6333/2011
STSJ	País Vasco	1810/2012
STSJ	Castilla La Mancha	514/2012
STSJ	Castilla La Mancha	1448/2011
STSJ	Castilla La Mancha	1424/2011
STSJ	Cataluña	853/2011

VIII. BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

1. Gomá-Salcedo, J., *Parte general y derechos reales. Instituciones de derecho civil común y foral.*, in *La persona y la Personalidad*, Bosch, Editor. 2004. p. 191-206.
2. Constitución-española., *Artículo 10*, B.O.d.E.n.d.d.s.d. 1978., Editor. 1987.
3. Boletín-Oficial-del-Estado, *Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil*, in 206. 1889.
4. Urzainqui, F.F., *Códigos con Jurisprudencia.*, in *Código Civil*, S.A. Editorial Aranzadi, Editor. 2006: Navarra. p. 144-146.
5. Boletín-Oficial-del-estado, *Ley 20/2011, de 21 de julio*, in 175, R. Civil., Editor. 2011.
6. C Martínez-de-Aguirre Aldaz and A.C. Laso, *Comentarios al artículo 30.*, in *Código Civil* S.A. Editorial Aranzadi, Editor. 2011: Navarra. p. 279-284.
7. Instrumento-de-Ratificación-de-España-de-la-Convención-sobre-los-Derechos-del-Niño, *Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989*. Boletín Oficial del Estado., 1990. **313**.
8. Instrumento-de-Ratificación-de-España-del-Pacto-Internacional-de-Derechos-Civiles-y-Políticos, *Instrumento de Ratificación de España del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, hecho en Nueva York el 19 de diciembre de 1966*. Boletín Oficial del Estado, 1977. **103**.
9. Salcedo, J.G., *Capacidad de la persona física.*, in *Parte general y derechos reales. Instituciones de derecho civil común y foral*, E. Bosch, Editor. 2004: Barcelona. p. 207-223.
10. Martínez, J.R., *Sucesión Mortis causa.*, in *Derecho de sucesiones común y foral*, S.L. Editorial Dykinson, Editor. 2005: Madrid. p. 9-68.
11. Colona, A.R., *Capacidad, incapacidad e incapacitación*. 1 ed, ed. S.A. Editorial Reus. 2013, Madrid.
12. Torres, M.D.-A. and M.P. González, in *Diccionario de derecho Civil.*, E. Comares, Editor. 1999: Granada. p. 183-192.
13. Boletín-Oficial-del-Estado, *Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.*, n.d.d.o.d.A.y. 7, Editor. 2015.
14. Pérez, L.A.D., *Textos legales básicos.*, in *Constituciones y Leyes*, E. Revisada., Editor. 2014: Madrid.
15. Constitución-española., *Boletín Oficial del Estado número 311, de 29 de septiembre de 1978*. 1978.
16. Constitución-española., *Boletín Oficial del Estado número 311, de 29 de septiembre de 1978. Artículo 10.2*. 1978.
17. Constitución-española., *Boletín Oficial del Estado número 311, de 29 de septiembre de 1978. Artículo 96.1*. 1978.

18. Constitución-española., *Boletín Oficial del Estado* número 311, de 29 de septiembre de 1978. Artículo 41.
. 1978.
19. Constitución-española., *Boletín Oficial del Estado* número 311, de 29 de septiembre de 1978. Artículo 43. 1978.
20. Constitución-española., *Boletín Oficial del Estado* número 311, de 29 de septiembre de 1978. Artículo 53.1.
. 1978.
21. Constitución-española., *Boletín Oficial del Estado* número 311, de 29 de septiembre de 1978. Artículo 53.3. 1978.
22. Constitución-española., *Boletín Oficial del Estado* número 311, de 29 de septiembre de 1978. Artículo 149.1.7ª. 1978.
23. *Boletín-Oficial-del-Estado, Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, que aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social*, in número 154 de 29 de junio de 1994. 1994.
24. Constitución-española., *Boletín Oficial del Estado* número 311, de 29 de septiembre de 1978. Artículo 82.5. 1978.
25. *Boletín-Oficial-del-Estado, Real Decreto Legislativo 8/2015 por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social*, in nº 261 de 30 de octubre de 2015. 2015.
26. R Roquetas Buj and C.F. Prats, *La incapacidad Temporal*, in *La incapacidad para trabajar*, S.A. Wolters Kluwer España, Editor. 2014: Madrid. p. 39-70.
27. *Boletín-Oficial-del-Estado, Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, que aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social*, in Nº 154 de 29 de junio de 1994. Artículo 128. 1994.
28. *Boletín-Oficial-del-Estado, Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, que aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social*, in número 154 de 29 de junio de 1994. Artículo 115. 1994.
29. *Boletín-Oficial-del-Estado, Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, que aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social*, in número 154 de 29 de junio de 1994. Artículo 116. 1994.
30. *Boletín-Oficial-del-Estado, Real Decreto 1150/2015, de 18 de diciembre, por el que se modifica el Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro*, in número 303. 2015.
31. *Boletín-Oficial-del-Estado, Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro*, in número 302. 2006.

BIBLIOGRAFÍA

32. Boletín-Oficial-del-Estado, *Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, que aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social*, in número 154 de 29 de junio de 1994 Artículo 117. 2014.
33. Boletín-Oficial-del-Estado, *Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, que aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social*, in número 154 de 29 de junio de 1994. Artículo 129. 1994.
34. Boletín-Oficial-del-Estado, *Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, que aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social*, in número 154 de 29 de junio de 1994. Artículo 124. 1994.
35. Boletín-Oficial-del-Estado, *Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, que aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social*, in número 154 de 29 de junio de 1994. Artículo 131. 1994.
36. Boletín-Oficial-del-Estado, *Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, que aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social*, n.d.d.j.d.A. bis, Editor. 1994.
37. Boletín-Oficial-del-Estado, *Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, que aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social*, in número 154 de 29 de junio de 1994. Artículo 132. 1994.
38. Boletín-Oficial-del-Estado, *Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, que aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social*. *Boletín Oficial del Estado número 154 de 29 de junio de 1994*. Boletín Oficial del Estado 1994.
39. Roquetas-Buj, R. and C. Fernández-Prats, *La incapacidad Temporal*, in *La incapacidad para trabajar. 1ª Edición*. Madrid. Wolters Kluwer España, S.A. 2014, 335-400, R. Roquetas-Buj, Editor. 2014, Wolters Kluwer España, S.A.: Madrid. p. 335-400.
40. Boletín-Oficial-del-Estado, *Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, que aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social*, in número 154 de 29 de junio de 1994. Artículo 136.1. 1994.
41. Boletín-Oficial-del-Estado, *Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, que aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social*, in número 154 de 29 de junio de 1994. Artículo 136.2. 1994.
42. Boletín-Oficial-del-Estado, *Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, que aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social*, in número 154 de 29 de junio de 1994. Artículo 137. 1994.
43. Boletín-Oficial-del-Estado, *Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, que aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social*, in número 154 de 29 de junio de 1994. Artículo 137.2. 1994.
44. Boletín-Oficial-del-Estado, *Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, que aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social*, in número 154 de 29 de junio de 1994. Artículo 138. 1994.

45. Boletín-Oficial-del-Estado, *Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, que aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social*, in número 154 de 29 de junio de 1994. Artículo 139. 1994.
46. Boletín-Oficial-del-Estado, *Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, que aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social*, in número 154 de 29 de junio de 1994. Artículo 139.4. 1994.
47. Boletín-Oficial-del-Estado, *Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, que aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social*, in número 154 de 29 de junio de 1994. Artículo 139.5. 1994.
48. Boletín-Oficial-del-Estado, *Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, que aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social*, in número 154 de 29 de junio de 1994. Artículo 144. 1994.
49. Boletín-Oficial-del-Estado, *Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, que aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social*, in número 154 de 29 de junio de 1994. Artículo 148. 1994.
50. Boletín-Oficial-del-Estado, *Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, que aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social*, in número 154 de 29 de junio de 1994. Artículo 145. 1994.
51. Estado, B.O.d., *Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, que aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social*, in número 154 de 29 de junio de 1994. Artículo 147.2. 1994.
52. Boletín-Oficial-del-Estado, *Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, que aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social*, in número 154 de 29 de junio de 1994. Artículo 145.4. 1994.
53. Boletín-Oficial-del-Estado, *Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, que aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social*, in número 154 de 29 de junio de 1994. Artículos 143 y 148. 1994.
54. Boletín-Oficial-del-Estado, *Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio, por el que se desarrolla, en materia de incapacidades laborales del sistema de la Seguridad Social, la Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social.*, in número 198, de 19 de agosto de 1995. 1995.
55. Boletín-Oficial-del-Estado, *Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, que aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social*, in número 154 de 29 de junio de 1994. Artículo 143. 1994.
56. Boletín-Oficial-del-Estado, *Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio, por el que se desarrolla, en materia de incapacidades laborales del sistema de la Seguridad Social, la Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social.*, in número 198, de 19 de agosto de 1995. Preámbulo. 1995.
57. Boletín-Oficial-del-Estado, *Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio, por el que se desarrolla, en materia de incapacidades laborales del sistema de la Seguridad Social, la Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social.*, in número 198, de 19 de agosto de 1995. Artículo 1. 1995.

BIBLIOGRAFÍA

58. Boletín-Oficial-del-Estado, *Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio, por el que se desarrolla, en materia de incapacidades laborales del sistema de la Seguridad Social, la Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social*, in número 198, de 19 de agosto de 1995. Artículo 2. 1995.
59. Boletín-Oficial-del-Estado, *Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio, por el que se desarrolla, en materia de incapacidades laborales del sistema de la Seguridad Social, la Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social.*, in número 198, de 19 de agosto de 1995. Artículo 3. 1995.
60. Boletín-Oficial-del-Estado, *Ley 30/1992, 26 de diciembre, de Régimen jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común.*, in número 285, de 27 de noviembre de 1992. 1992.
61. Gómez, J.C. and J.M. Martín, *Psiquiatría y derecho laboral*, in *Tratado de psiquiatría legal y forense.*, S.A. La Ley. Wolters Kluver España, Editor. 2010: Madrid. p. 798-872.
62. Boletín-Oficial-del-Estado, número 22, de 26 de enero de 2000, in *Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía.* 2000.
63. Boletín-Oficial-del-Estado, *Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor.*, in número 267, de 5 de noviembre de 2004. 2004.
64. Borobia-Fernández, C., *Valoración médica de la incapacidad para el trabajo. Informe Pericial.*, in *Valoración médica y jurídica de la incapacidad laboral*, S.A. La Ley. Wolters Kluver España, Editor. 2007: Madrid.
65. Boletín-Oficial-del-Estado, *Ley 30/1992, 26 de diciembre, de Régimen jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común.*, in número 285, de 27 de noviembre de 1992. Artículo 87.1 y 92. 1992.
66. Boletín-Oficial-del-Estado, *Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social.*, in número 245, de 11 de octubre de 2011. 2011.
67. López, M.F., *Incapacidad permanente y lesiones permanentes no invalidantes.*, in *Solicitudes, reclamaciones, demandas y recursos laborales.* , P.d.A.P.y.f. Deusto, S.L, Editor. 2009: Barcelona. p. 249-272.
68. Alemañ-Cano, J., *Los actos previos y actos preparatorios.*, in *Manual de derecho procesal laboral.*, S.L. Editorial Bomarzo, Editor. 2015: Albacete. p. 147-168.
69. Boletín-Oficial-del-Estado, *Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social.* , in número 245, de 11 de octubre de 2011. Artículos 71 a 73. 2011.
70. Boletín-Oficial-del-Estado, *Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.*, in número 285 de 27 de noviembre de 1992. Artículos 120 a 126. 1992.
71. Boletín-Oficial-del-Estado, *Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social.*, in número 245, de 11 de octubre de 2011. Artículo 71. 2011.

72. Boletín-Oficial-del-Estado, *Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social*, in número 245, de 11 de octubre de 2011. Artículo 73. 2011.
73. Melgal, A.M., *Procesos en materia de seguridad social*, in *Curso de procedimiento laboral*, G.A. Editorial Tecnos, S.A., Editor. 2012: Madrid. p. 248-259.
74. Boletín-Oficial-del-Estado, *Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social*, in número 245, de 11 de octubre de 2011. Artículo 71.6. 2011.
75. Boletín-Oficial-del-Estado, *Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial*, in número 157 de 2 de julio de 1985. Artículo 9.5. 1985.
76. Boletín-Oficial-del-Estado, *Constitución-Española*, in número 311 de 29 de diciembre de 1978. Artículo 117.3. 1978.
77. Boletín-Oficial-del-Estado, *Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social*, in número 245, de 11 de octubre de 2011. Artículo 2.o y 2.s. 2011.
78. Boletín-Oficial-del-Estado, *Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social*, in número 245, de 11 de octubre de 2011. Artículo 6. 2011.
79. Boletín-Oficial-del-Estado, *Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social*, in número 245, de 11 de octubre de 2011. Artículo 10.4. 2011.
80. Boletín-Oficial-del-Estado, *Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social*, in número 245, de 11 de octubre de 2011. Artículo 7. 2011.
81. Boletín-Oficial-del-Estado, *Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil*, in número 7, de 8 de enero de 2000. Artículos 6 y 7. 2000.
82. Boletín-Oficial-del-Estado, *Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social*, in número 245, de 11 de octubre de 2011. Artículo 16. 2011.
83. Boletín-Oficial-del-Estado, *Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social*, in número 245, de 11 de octubre de 2011. Artículo 17. 2011.
84. Boletín-Oficial-del-Estado, *Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial*, in número 157 de 2 de julio de 1985. Artículo 551. 1985.
85. Boletín-Oficial-del-Estado, *Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social*, in número 245, de 11 de octubre de 2011. Artículo 22.2. 2011.
86. Boletín-Oficial-del-Estado, *Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social*, in número 245, de 11 de octubre de 2011. Artículo 18. 2011.
87. Boletín-Oficial-del-Estado, *Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social*, in número 245, de 11 de octubre de 2011. Artículo 21. 2011.
88. Boletín-Oficial-del-Estado, *Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social*, in número 245, de 11 de octubre de 2011. Artículo 140.2. 2011.
89. Boletín-Oficial-del-Estado, *Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social*, in número 245, de 11 de octubre de 2011. Artículo 102.1. 2011.
90. Boletín-Oficial-del-Estado, *Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social*, in número 245, de 11 de octubre de 2011. Artículo 80. 2011.

BIBLIOGRAFÍA

91. Boletín-Oficial-del-Estado, *Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social*, in número 245, de 11 de octubre de 2011. Artículo 143. 2011.
92. Boletín-Oficial-del-Estado, *Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social*, in número 245, de 11 de octubre de 2011. Artículo 82.1. 2011.
93. Boletín-Oficial-del-Estado, *Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social*, in número 245, de 11 de octubre de 2011. Artículo 82.4. 2011.
94. Boletín-Oficial-del-Estado, *Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social*, in número 245, de 11 de octubre de 2011. Artículo 87. 2011.
95. Boletín-Oficial-del-Estado, *Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social*, in número 245, de 11 de octubre de 2011. Artículo 93. 2011.
96. Boletín-Oficial-del-Estado, *Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social*, in número 245, de 11 de octubre de 2011. Artículo 95.4. 2011.
97. González, A.G., *El recurso de suplicación*. . 2ª Edición. ed. 2010, Valladolid: Lex nova, S.A.U. .
98. Boletín-Oficial-del-Estado, *Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social*, in número 245, de 11 de octubre de 2011. Artículo 97. 2011.
99. Boletín-Oficial-del-Estado, *Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social*, in número 245, de 11 de octubre de 2011. Artículo 191.3.c. 2011.
100. Boletín-Oficial-del-Estado, *Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social*, in número 245, de 11 de octubre de 2011. Artículo 191.2.g. 2011.
101. Boletín-Oficial-del-Estado, *Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social*, in número 245, de 11 de octubre de 2011. Artículo 192. 2011.
102. Boletín-Oficial-del-Estado, *Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social*, in número 245, de 11 de octubre de 2011. Artículo 193. 2011.
103. Boletín-Oficial-del-Estado, *Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social*, in número 261, 31 de octubre de 2015. 2015.
104. Boletín-Oficial-del-Estado, *Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, que aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social*, in número 154, de 29 de junio de 1994. 1994.
105. Boletín-Oficial-del-Estado, in número 311 de 29 de diciembre de 1998. 1998.
106. Boletín-Oficial-del-Estado, in número 234 de 30 de septiembre de 2003. 2003.
107. Boletín-Oficial-del-Estado, in número 160 de 5 de julio de 2007. 2007.
108. Boletín-Oficial-del-Estado, in número 254, de 21 de octubre de 2011. 2011.
109. Abrams, P., et al., *The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society*. *Neurourol Urodyn*, 2002. **21**(2): p. 167-78.

110. Haylen, B.T., et al., *An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction*. International Urogynecology Journal, 2010. **21**(1): p. 5-26.
111. Hanafy, H.M., S.M. Saad, and M.M. Al-Ghorab, *Ancient Egyptian medicine: contribution to urology*. Urology, 1974. **4**(1): p. 114-120.
112. Schultheiss, D., *A brief history of urinary and faecal incontinence and pelvic organ prolapse*, in *INCONTINENCE 4th International Consultation on Incontinence*, P. Abrams, et al., Editors. 2009: París. p. 19-34. Figure 12, Retropubic pyramidalis muscle-fascia sling according to Walter Stoeckel (1917); p. 29.
113. Bloom, D.A., M.T. Milen, and J.C. Heining, *Claudius Galen: from a 20th century genitourinary perspective*. The Journal of Urology, 1999. **161**(1): p. 12-19.
114. Da Vinci, L., *Leonardo da Vinci (Vinci 1452-Amboise 1519) - Recto: The bladder. Verso: The lungs*. 1452, Royal Collection Trust/Her Majesty Queen Elizabeth II: United Kingdom.
115. Paré, A., *Dix livres de la chirurgie*. 1564: Lean le Royer.
116. Heister, L., *Chirurgie*. 1747, Nürnberg.
117. Hahnemann, S., *Die chronischen Krankheiten : ihre eigenthümliche Natur und homöopathische Heilung*. 1828: Dresden ; Leipzig : Arnold. 324.
118. Brown, T., *Case of incontinency of urine, with the description and figure of an instrument by which it was relieved*. Edimburg Medical and Surgical Journal, 1826. **26**.
119. Frank, *Über die operative Behandlung der Incontinentia urinae beim Weibe*. 1882. **6**(9): p. 129-136.
120. Schultheiss, D., *A brief history of urinary and faecal incontinence and pelvic organ prolapse*, in *INCONTINENCE 4th International Consultation on Incontinence*, P. Abrams, et al., Editors. 2009: París. p. 19-34. Figure 10, Narrowing of the female urethra by transvaginal excisión of a wedge of urethral wall and plication of the vaginal wall at the bladder neck according to Frank (1882); p. 27.
121. Winckel, F., *Eine illustration zu den operativen Curmethoden der nach Harnröhrendilatation beim Weibe entstandenen Incontientia urinae*. 1886. **33**(1): p. 1-2.
122. Gersuny, R., *Eine neue Operation zur Heilung der Incontinentia urinae*. 1889. **16**(26): p. 433-437.
123. Kelly, H.A. and W.M. Dumm, *Urinary incontinence in women, without manifest injury to the bladder*. 1914. International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction, 1998. **9**(3): p. 158-164.
124. Wheelless, C.R. and M.L. Roenneburg, *Fig 8: adicional Kelly plication sutures are placed*.

BIBLIOGRAFÍA

125. Young, H.H., *An operation for the cure of incontinence of urine*. 1919. **28**: p. 89-90.
126. Giordano, D., *Guerison par autoplastie musculo-nerveuse d'une incontinence vesicale, suite de bifida spina*. 1907. **20**.
127. Goebell, R., *Zur operativen Beseitigung der angeborenen Incontinentia vesicae*. 1910. **2**.
128. Frangenheim, P., *Zur operativen Behandlung der Inkontinenz der männlichen Harnröhre*. 1914. **43**.
129. Stoeckel, W., *Über die Verwendung der Musculi pyramidalis bei der operativen Behandlung der Incontinentia urinae*. 1917. **41**: p. 11-19.
130. Schultheiss, D., *A brief history of urinary and faecal incontinence and pelvic organ prolapse*, in *INCONTINENCE 4th International Consultation on Incontinence*, P. Abrams, et al., Editors. 2009: París. p. 19-34.
131. Aldridge, A.H., *Transplantation of fascia for relief of urinary stress incontinence*. American Journal of Obstetrics & Gynecology, 1942. **44**(3): p. 398-411.
132. Millin, T., *Retropubic Urinary Surgery*. 1947, Edimburg: E.&S. Livingston.
133. Marshall, V.F., A.A. Marchetti, and K.E. Krantz, *The correction of stress incontinence by simple vesicourethral suspension*. Surgery, Gynecology & Obstetrics, 1949. **88**(4): p. 509-518.
134. Burch, J.C., *Urethrovaginal fixation to Cooper's ligament for correction of stress incontinence, cystocele, and prolapse*. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 1961. **81**: p. 281-290.
135. Wheelless, C.R. and M.L. Roenneburg, *Fig 10 a (Marshall-Marchetti-Krantz) & 10b (Burch)*.
136. Tizzano, A.P., *Hitos históricos en la cirugía de la pelvis femenina, la ginecología y la urología femenina*, in *Uroginecología y Cirugía reconstructiva de la pelvis*. 2008, Elsevier España: Barcelona. p. 3-14.
137. Milsom, et al., *Epidemiology of Urinary and Faecal Incontinence and Pelvic Organ Prolapse*, in *Incontinence, 4th Edition*, P. Abrams, et al., Editors. 2009, Health Publications Ltd: Paris. p. 35-111.
138. CuBeau, C.E., *Epidemiology, risk factors, and pathogenesis of urinary incontinence*, in *UpToDate*, L. Brubaker, K.E. Schmader, and L. Park, Editors. 2014, UpToDate: Whaltam, MA.
139. Nygaard, I., *Prevalence of Symptomatic Pelvic Floor Disorders in US Women*. JAMA, 2008. **300**(11): p. 1311.
140. Matthews, C.A., et al., *Risk factors for urinary, fecal, or dual incontinence in the Nurses' Health Study*. Obstetrics and Gynecology, 2013. **122**(3): p. 539-545.
141. Offermans, M.P.W., et al., *Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in nursing home residents: a systematic review*. Neurourology and Urodynamics, 2009. **28**(4): p. 288-294.

142. Morrison, A. and R. Levy, *Fraction of nursing home admissions attributable to urinary incontinence*. Value in Health: The Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research, 2006. **9**(4): p. 272-274.
143. Hunskaar, S., T. Ostbye, and M.J. Borrie, *The prevalence of urinary incontinence in elderly Canadians and its association with dementia, ambulatory function, and institutionalization*. 1998. **8**(177).
144. Mohide, E.A., et al., *Prevalence of urinary incontinence in patients receiving home care services*. CMAJ: Canadian Medical Association Journal, 1988. **139**(10): p. 953-956.
145. Tennstedt, S.L., et al., *Prevalence of and risk factors for urine leakage in a racially and ethnically diverse population of adults: the Boston Area Community Health (BACH) Survey*. American Journal of Epidemiology, 2008. **167**(4): p. 390-399.
146. Burgio, K.L., et al., *Urinary incontinence in the 12-month postpartum period*. Obstetrics and Gynecology, 2003. **102**(6): p. 1291-1298.
147. Coyne, K.S., et al., *The impact of overactive bladder, incontinence and other lower urinary tract symptoms on quality of life, work productivity, sexuality and emotional well-being in men and women: results from the EPIC study*. BJU international, 2008. **101**(11): p. 1388-1395.
148. Dubeau, C.E., S.E. Simon, and J.N. Morris, *The effect of urinary incontinence on quality of life in older nursing home residents*. Journal of the American Geriatrics Society, 2006. **54**(9): p. 1325-1333.
149. Brown, J.S., et al., *Urinary incontinence: does it increase risk for falls and fractures? Study of Osteoporotic Fractures Research Group*. Journal of the American Geriatrics Society, 2000. **48**(7): p. 721-725.
150. Abrams, P., et al., *Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence*. Neurourol Urodyn, 2010. **29**(1): p. 213-40.
151. Herzog, A.R., et al., *Urinary incontinence as a risk factor for mortality*. Journal of the American Geriatrics Society, 1994. **42**(3): p. 264-268.
152. Hu, T.-W., et al., *Costs of urinary incontinence and overactive bladder in the United States: a comparative study*. Urology, 2004. **63**(3): p. 461-465.
153. Litwin, M.S., et al., *Urologic diseases in America Project: analytical methods and principal findings*. The Journal of Urology, 2005. **173**(3): p. 933-937.
154. Thom, D.H., I.E. Nygaard, and E.A. Calhoun, *Urologic diseases in America Project: urinary incontinence in women-national trends in hospitalizations, office visits, treatment and economic impact*. The Journal of Urology, 2005. **173**(4): p. 1295-1301.
155. Stepp, K.J. and M.D. Walters, *Anatomía de las vías urinarias inferiores, el recto y el suelo pélvico*, in *Uroginecología y Cirugía reconstructiva de la pelvis*, M.D. Walters and M.M. Karram, Editors. 2008, Elsevier España: Barcelona. p. 17-29. Figura 2-10, Niveles de sostén integrados; p. 27.

BIBLIOGRAFÍA

156. Iglesias, X. and M.B. Espuña, *Anatomía del tracto urinario inferior, vagina, recto y suelo pélvico*, in *Tratado de Uroginecología. incontinencia urinaria*, M. Espuña and J. Salinas, Editors. 2004, ARS MEDICA: Barcelona. p. 3-16.
157. Rahn, D.D. and S.M. Roshanravan, *Pathophysiology of Urinary Incontinence, Voiding Dysfunction, and Overactive Bladder*. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 2009. **36**(3): p. 463-474.
158. Wai, C., *Urinary incontinence*, in *Williams Gynecology*, J. Schorge, J. Schaffer, and L. Halvorson, Editors. 2008, McGraw Hill Medical: New York. p. 517.
159. Corton, M.M., *Anatomy of Pelvic Floor Dysfunction*. *Obstetrics and Gynecology Clinics*. **36**(3): p. 401-419.
160. Herschorn, S., *Female Pelvic Floor Anatomy: The Pelvic Floor, Supporting Structures, and Pelvic Organs*. *Reviews in Urology*, 2004. **6**(Suppl 5): p. S2-S10.
161. Monkhouse, W.S., *Anatomy: A Regional Atlas of the Human Body, 4th edn. By Carmine D. Clemente. (Pp. xii+620; 576 plates; £34.95 paperback; ISBN 0 683 23100 6.) Baltimore and London: Williams & Wilkins. 1997. Journal of Anatomy*, 1998. **192**(3): p. 473-476.
162. Rogers, Jr, R., et al., *Female Genital System*, in *Skandalakis' Surgical Anatomy*, J. Skandalakis, et al., Editors. 2004, Paschalidis Medical Publications, Ltd.: Atenas (Grecia).
163. Barber, M.D., et al., *Innervation of the female levator ani muscles*. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2002. **187**(1): p. 64-71.
164. Reina, E. and D. Villasboas, *Anatomía topográfica del suelo pelviano*, in *Tratado de Uroginecología. incontinencia urinaria*, M. Espuña and J. Salinas, Editors. 2004, ARS MEDICA: Barcelona. p. 17-30.
165. Feneis, H. and W. Dauber, *Pocket Atlas of Human Anatomy Based on the International Nomenclature*. 4th ed. 2000: Thieme.
166. Parks, A.G., N.H. Porter, and J. Melzak, *Experimental study of the reflex mechanism controlling the muscles of the pelvic floor*. *Diseases of the Colon & Rectum*, 1962. **5**(6): p. 407-414.
167. DeLancey, J., *Anatomy and physiology of the urinary continence*. *Clin Obstet Gynecol*, 1990. **33**: p. 298.
168. Suárez, C., S. Bustamante, and L. Menéndez, *Neurofisiología del tracto urinario inferior y suelo pélvico*, in *Tratado de Uroginecología. incontinencia urinaria*, M. Espuña and J. Salinas, Editors. 2004, ARS MEDICA: Barcelona. p. 17-29.
169. Abrams, P., et al., *Incontinence. 4th International Consultation on Incontinence. Paris, July 5-8, 2008*. 4th ed. International Consultation on Urological Diseases 2009, Plymouth: Health Publication Ltd.
170. Stepp, K.J. and M.D. Walters, *Anatomía de las vías urinarias inferiores, el recto y el suelo pélvico*, in *Uroginecología y Cirugía reconstructiva de la pelvis*, M.D. Walters and M.M. Karram, Editors. 2008, Elsevier España: Barcelona. p. 17-29.

171. Iglesias, X. and M. Espuña, *Anatomía del tracto urinario inferior, vagina, recto y suelo pélvico.*, in *Tratado de Uroginecología incontinencia urinaria*, M. Espuña and J. Salinas, Editors. 2004, ARS MEDICA: Barcelona. p. 3-16.
172. Ulmsten, U. and N. Stormby, *Evaluation of the urethral mucosa before and after estrogen treatment in postmenopausal women with a new sampling technique.* Gynecologic and Obstetric Investigation, 1987. **24**(3): p. 208-211.
173. Gill, B., et al., *Urinary Incontinence Relevant Anatomy* emedicine.medscape, 2013: p. <http://emedicine.medscape.com/article/1988009-overview>.
174. Oelrich, T.M., *The striated urogenital sphincter muscle in the female.* The Anatomical Record, 1983. **205**(2): p. 223-232.
175. Arañó, P., *Fundamentos anatomofuncionales para el tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria*, in *Manual de anatomía funcional y quirúrgica del suelo pélvico*, M. Espuña and O. Porta, Editors. 2010, Marge medica books: Barcelona. p. 31-40.
176. DeLancey, J.O., *Correlative study of paraurethral anatomy.* Obstetrics and Gynecology, 1986. **68**(1): p. 91-97.
177. DeLancey, J.O., *Structural aspects of the extrinsic continence mechanism.* Obstetrics and Gynecology, 1988. **72**(3 Pt 1): p. 296-301.
178. DeLancey, J.O.L., *Pubovesical ligament: A separate structure from the urethral supports ("pubo-urethral ligaments").* Neurourology and Urodynamics, 1989. **8**(1): p. 53-61.
179. Petros, P., *The anatomy and Dynamics of Pelvic Floor Function and Dysfunction*, in *The female pelvic floor: Function, Dysfunction and Management According to the Integral Theory.* 2007, Springer: Heidelberg. p. 14-50. Figure 2-16, Smooth muscle in the dynamics of urethral opening and closure; p. 26.
180. Blaivas, J.G. and C.A. Olsson, *Stress incontinence: classification and surgical approach.* The Journal of Urology, 1988. **139**(4): p. 727-731.
181. Koelbl, H., et al., *Pathophysiology of Urinary Incontinence, Faecal Incontinence and Pelvic Organ Prolapse*, in *Incontinence, 4th Edition*, P. Abrams, et al., Editors. 2009, Health Publications Ltd: Paris. p. 255-329.
182. Rekers, H., et al., *Urinary incontinence in women from 35 to 79 years of age: prevalence and consequences.* European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology, 1992. **43**(3): p. 229-234.
183. Hannestad, Y.S., et al., *A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: The Norwegian EPINCONT Study.* Journal of Clinical Epidemiology, 2000. **53**(11): p. 1150-1157.
184. Staskin, D.R., *Age-related physiologic and pathologic changes affecting lower urinary tract function.* Clinics in Geriatric Medicine, 1986. **2**(4): p. 701-710.
185. Diokno, A.C., et al., *Clinical and cystometric characteristics of continent and incontinent noninstitutionalized elderly.* The Journal of Urology, 1988. **140**(3): p. 567-571.

BIBLIOGRAFÍA

186. Viktrup, L., et al., *The symptom of stress incontinence caused by pregnancy or delivery in primiparas*. *Obstetrics and gynecology*, 1992. **79**(6): p. 945-949.
187. Viktrup, L. and G. Lose, *The risk of stress incontinence 5 years after first delivery*. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2001. **185**(1): p. 82-87.
188. Ege, E., et al., *Prevalence of urinary incontinence in the 12-month postpartum period and related risk factors in Turkey*. *Urologia Internationalis*, 2008. **80**(4): p. 355-361.
189. Rortveit, G., et al., *Age- and Type-Dependent Effects of Parity on Urinary Incontinence: The Norwegian EPINCONT Study*. *Obstetrics & Gynecology* December 2001, 2001. **98**(6): p. 1004-1010.
190. Persson, J., P. Wolner-Hanssen, and H. Rydhstroem, *Obstetric risk factors for stress urinary incontinence: a population-based study*. *Obstetrics and Gynecology*, 2000. **96**(3): p. 440-445.
191. Goldberg, R.P., et al., *Urinary incontinence among mothers of multiples: the protective effect of cesarean delivery*. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2003. **188**(6): p. 1447-1450; discussion 1450-1453.
192. Rortveit, G., et al., *Urinary Incontinence after Vaginal Delivery or Cesarean Section*. *New England Journal of Medicine*, 2003. **348**(10): p. 900-907.
193. Pregazzi, R., et al., *Postpartum urinary symptoms: prevalence and risk factors*. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 2002. **103**(2): p. 179-182.
194. MacLennan, A.H., et al., *The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery*. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 2000. **107**(12): p. 1460-1470.
195. Osborn, D.J., et al., *Obesity and female stress urinary incontinence*. *Urology*, 2013. **82**(4): p. 759-763.
196. Han, M.O., N.Y. Lee, and H.S. Park, *Abdominal obesity is associated with stress urinary incontinence in Korean women*. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, 2006. **17**(1): p. 35-39.
197. Krause, M.P., et al., *Urinary incontinence and waist circumference in older women*. *Age and Ageing*, 2010. **39**(1): p. 69-73.
198. Jackson, R.A., et al., *Urinary incontinence in elderly women: findings from the Health, Aging, and Body Composition Study*. *Obstetrics and Gynecology*, 2004. **104**(2): p. 301-307.
199. Townsend, M.K., et al., *Body mass index, weight gain, and incident urinary incontinence in middle-aged women*. *Obstetrics and Gynecology*, 2007. **110**(2 Pt 1): p. 346-353.
200. Burgio, K.L., et al., *Changes in urinary and fecal incontinence symptoms with weight loss surgery in morbidly obese women*. *Obstetrics and gynecology*, 2007. **110**(5): p. 1034-1040.

201. Grady, D., et al., *Postmenopausal hormones and incontinence: the Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study*. *Obstetrics and Gynecology*, 2001. **97**(1): p. 116-120.
202. Hendrix, S.L., et al., *Effects of estrogen with and without progestin on urinary incontinence*. *JAMA*, 2005. **293**(8): p. 935-948.
203. Lifford, K.L., et al., *Type 2 diabetes mellitus and risk of developing urinary incontinence*. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2005. **53**(11): p. 1851-1857.
204. Brown, J.S., et al., *Prevalence and risk factors for urinary incontinence in women with type 2 diabetes and impaired fasting glucose: findings from the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 2001-2002*. *Diabetes Care*, 2006. **29**(6): p. 1307-1312.
205. Ebbesen, M.H., et al., *Diabetes and urinary incontinence – prevalence data from Norway*. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 2007. **86**(10): p. 1256-1262.
206. Bregendahl, S., et al., *Female urinary and sexual dysfunction after resection with and without preoperative radiotherapy for rectal cancer: a population-based cross-sectional study*. *Colorectal Disease: The Official Journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*, 2014.
207. Katepratoom, C., T. Manchana, and N. Amornwichee, *Lower urinary tract dysfunction and quality of life in cervical cancer survivors after concurrent chemoradiation versus radical hysterectomy*. *International Urogynecology Journal*, 2014. **25**(1): p. 91-96.
208. Parys, B.T., K.A. Woolfenden, and K.F. Parsons, *Bladder dysfunction after simple hysterectomy: urodynamic and neurological evaluation*. *European Urology*, 1990. **17**(2): p. 129-133.
209. Thom, D.H., S.K. van den Eeden, and J.S. Brown, *Evaluation of parturition and other reproductive variables as risk factors for urinary incontinence in later life*. *Obstetrics and Gynecology*, 1997. **90**(6): p. 983-989.
210. Hansen, B.M., et al., *Changes in symptoms and colpo-cystourethrography in 35 patients before and after total abdominal hysterectomy: a prospective study*. *Urologia Internationalis*, 1985. **40**(4): p. 224-226.
211. Coughlan, B.M., J.M. Smith, and C.T. Moriarity, *Does simple hysterectomy affect lower urinary tract function--a urodynamic investigation*. *Irish Journal of Medical Science*, 1989. **158**(8): p. 215-216.
212. Moore, E.E., et al., *Urinary incontinence and urinary tract infection: temporal relationships in postmenopausal women*. *Obstetrics and Gynecology*, 2008. **111**(2 Pt 1): p. 317-323.
213. Brandeis, G.H., et al., *The prevalence of potentially remediable urinary incontinence in frail older people: a study using the Minimum Data Set*. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1997. **45**(2): p. 179-184.

BIBLIOGRAFÍA

214. Stenzelius, K., et al., *Symptoms of urinary and faecal incontinence among men and women 75+ in relations to health complaints and quality of life*. Neurourology and Urodynamics, 2004. **23**(3): p. 211-222.
215. Aggazzotti, G., et al., *Prevalence of urinary incontinence among institutionalized patients: a cross-sectional epidemiologic study in a midsized city in northern Italy*. Urology, 2000. **56**(2): p. 245-249.
216. Hunskaar, S., T. Ostbye, and M.J. Borrie, *The prevalence of urinary incontinence in elderly Canadians and its association with dementia, ambulatory function, and institutionalization*. 1988. **8**.
217. Rait, G., et al., *Prevalence of cognitive impairment: results from the MRC trial of assessment and management of older people in the community*. Age and Ageing, 2005. **34**(3): p. 242-248.
218. Moghaddas, F., et al., *Prevalence of urinary incontinence in relation to self-reported depression, intake of serotonergic antidepressants, and hormone therapy in middle-aged women: a report from the Women's Health in the Lund Area study*. Menopause (New York, N.Y.), 2005. **12**(3): p. 318-324.
219. Nygaard, I., et al., *Urinary incontinence and depression in middle-aged United States women*. Obstetrics and Gynecology, 2003. **101**(1): p. 149-156.
220. Iosif, C.S. and Z. Bekassy, *Prevalence of genito-urinary symptoms in the late menopause*. Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica, 1984. **63**(3): p. 257-260.
221. Nygaard, I., et al., *Is urinary incontinence a barrier to exercise in women?* Obstetrics and Gynecology, 2005. **106**(2): p. 307-314.
222. Van Oyen, H. and P. Van Oyen, *Urinary incontinence in Belgium; prevalence, correlates and psychosocial consequences*. Acta Clinica Belgica, 2002. **57**(4): p. 207-218.
223. Danforth, K.N., et al., *Physical activity and urinary incontinence among healthy, older women*. Obstetrics and Gynecology, 2007. **109**(3): p. 721-727.
224. Østbye, T., et al., *A 10-year follow-up of urinary and fecal incontinence among the oldest old in the community: the Canadian Study of Health and Aging*. Canadian Journal on Aging = La Revue Canadienne Du Vieillissement, 2004. **23**(4): p. 319-331.
225. Smith, M.D., A. Russell, and P.W. Hodges, *The relationship between incontinence, breathing disorders, gastrointestinal symptoms, and back pain in women: a longitudinal cohort study*. The Clinical Journal of Pain, 2014. **30**(2): p. 162-167.
226. Bump, R.C. and D.K. McClish, *Cigarette smoking and urinary incontinence in women*. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 1992. **167**(5): p. 1213-1218.
227. Tampakoudis, P., et al., *Cigarette smoking and urinary incontinence in women--a new calculative method of estimating the exposure to smoke*. European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology, 1995. **63**(1): p. 27-30.
228. Nusbaum, n., et al., *Smoke alarm: a review of the clinical impact of smoking on women*. Primary Care Update for Ob/Gyns, 2000. **7**(5): p. 207-214.

229. Holtedahl, K. and S. Hunskaar, *Prevalence, 1-year incidence and factors associated with urinary incontinence: a population based study of women 50-74 years of age in primary care*. *Maturitas*, 1998. **28**(3): p. 205-211.
230. Melville, J.L., et al., *Urinary incontinence in US women: a population-based study*. *Archives of Internal Medicine*, 2005. **165**(5): p. 537-542.
231. Arya, L.A., D.L. Myers, and N.D. Jackson, *Dietary caffeine intake and the risk for detrusor instability: a case-control study*. *Obstetrics and Gynecology*, 2000. **96**(1): p. 85-89.
232. Segal, S., E.K. Saks, and L.A. Arya, *Self-assessment of fluid intake behavior in women with urinary incontinence*. *Journal of Women's Health (2002)*, 2011. **20**(12): p. 1917-1921.
233. Maserejian, N.N., et al., *Treatment status and risk factors for incidence and persistence of urinary incontinence in women*. *International Urogynecology Journal*, 2014. **25**(6): p. 775-782.
234. Teleman, P.M., et al., *Overactive bladder: prevalence, risk factors and relation to stress incontinence in middle-aged women*. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 2004. **111**(6): p. 600-604.
235. Hannestad, Y.S., et al., *Are smoking and other lifestyle factors associated with female urinary incontinence? The Norwegian EPINCONT Study*. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 2003. **110**(3): p. 247-254.
236. Bortolotti, A., et al., *Prevalence and risk factors for urinary incontinence in Italy*. *European Urology*, 2000. **37**(1): p. 30-35.
237. Mushkat, Y., I. Bukovsky, and R. Langer, *Female urinary stress incontinence--does it have familial prevalence?* *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1996. **174**(2): p. 617-619.
238. Ertunc, D., et al., *Is stress urinary incontinence a familial condition?* *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 2004. **83**(10): p. 912-916.
239. Rohr, G., et al., *Genetic and environmental influences on urinary incontinence: a Danish population-based twin study of middle-aged and elderly women*. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 2004. **83**(10): p. 978-982.
240. Dietz, H.P., et al., *Bladder neck mobility is a heritable trait*. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 2005. **112**(3): p. 334-339.
241. Peri, L., R. Álvarez-Vijande, and A. Franco de Castro, *¿Cómo se estudia a la mujer con síntomas de incontinencia?*, in *Incontinencia urinaria femenina*, J. Salinas, A. Franco de Castro, and M.B. Espuña, Editors. 2011, Elsevier España. p. 9-33.
242. Ortega, J.A., *Historia clínica, diario miccional, test de la compresa*, in *Tratado de Uroginecología. incontinencia urinaria*, M.B. Espuña and J. Salinas, Editors. 2004, ARS MEDICA: Barcelona. p. 65-76.
243. Martínez Bustelo, S., et al., *Entrevista clínica y valoración funcional del suelo pélvico*. *Fisioterapia*, 2014. **36**(06): p. 266-280.

BIBLIOGRAFÍA

244. Staskin, D., et al., *Patient-Reported Outcome Assessment*, in *Incontinence, 4th Edition*, P. Abrams, et al., Editors. 2009, Health Publications Ltd: Paris. p. 363-522.
245. Lucas, M.G., et al., *European Association of Urology, Guidelines on Urinary Incontinence*. 2013.
246. Espuña Pons, M., et al., *Validación de la versión española del International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form. Un cuestionario para evaluar la incontinencia urinaria*. Medicina Clínica, 2005. **124**(20): p. 772-774.
247. Badia Llach, X., D. Castro Díaz, and J. Conejero Sugrañes, *Validez del cuestionario King's Health para la evaluación de la calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria*. Medicina Clínica, 2000. **114**(17): p. 647-652.
248. Bushnell, D.M., et al., *Quality of life of women with urinary incontinence: cross-cultural performance of 15 language versions of the I-QOL*. Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation, 2005. **14**(8): p. 1901-1913.
249. Rioja Toro, J., A. González Rebollo, and P. Estévez Poy, *Pruebas de evaluación en la incontinencia urinaria femenina*. Rehabilitación, 2005. **39**(6): p. 358-371. Tabla 3, Cuestionario I-QOL de calidad de vida en incontinencia urinaria; p. 369.
250. Shumaker, S.A., et al., *Health-related quality of life measures for women with urinary incontinence: the Incontinence Impact Questionnaire and the Urogenital Distress Inventory*. Continence Program in Women (CPW) Research Group. Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation, 1994. **3**(5): p. 291-306.
251. Ruiz de Viñaspre Hernández, R., C. Tomás Aznar, and E. Rubio Aranda, *Validación de la versión española de las formas cortas del Urogenital Distress Inventory (UDI-6) y del Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7) en mujeres embarazadas*. Gaceta Sanitaria, 2011. **25**(5): p. 379-384. Anexo. Versión española de los cuestionarios; p. 384.
252. Font, A., *Exploración física, valoración muscular del suelo pelviano*, in *Tratado de Uroginecología. incontinencia urinaria*, M.B. Espuña and J. Salinas, Editors. 2004, ARS MEDICA: Barcelona. p. 89-97.
253. Martínez Bustelo, S., et al., *Entrevista clínica y valoración funcional del suelo pélvico*. Fisioterapia, 2014. **36**(06): p. 266-280. Figura 12, Dermatomas de S3 y S4; p. 278.
254. Laycock, J. and D. Jerwood, *Pelvic Floor Muscle Assessment: The PERFECT Scheme*. Physiotherapy, 2001. **87**(12): p. 631-642.
255. Miyazaki, F.S., *The Bonney test: a reassessment*. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 1997. **177**(6): p. 1322-1328; discussion 1328-1329.
256. Crystle, C.D., L.S. Charme, and W.E. Copeland, *Q-tip test in stress urinary incontinence*. Obstetrics and Gynecology, 1971. **38**(2): p. 313-315.
257. Salinas, J. and M. Esteban, *Urodinámica ilustrada*. 1998, Madrid.

258. Virseda, M. and J. Salinas, *Estudios Urodinámicos*, in *Tratado de Uroginecología. incontinencia urinaria*, M.B. Espuña and J. Salinas, Editors. 2004, ARS MEDICA: Barcelona. p. 99-115.
259. Adot Zurbano, J.M., et al., *Técnicas diagnósticas en la exploración de la lesión los elementos de la inervación vesicouretral*, in *Compendio de la vejiga neurógena traumática*, J. Salinas Casado and M. Esteban Fuertes, Editors. 2010, Astra Tech: Hospitalet de Llobregat. p. 59-93.
260. Al Afraa, T., et al., *Normal lower urinary tract assessment in women: I. Uroflowmetry and post-void residual, pad tests, and bladder diaries*. International Urogynecology Journal, 2012. **23**(6): p. 681-685.
261. de Jong, T.P.V.M. and A.J. Klijn, *Urodynamic studies in pediatric urology*. Nature Reviews Urology, 2009. **6**(11): p. 585-594. Figure 4; p 589.
262. Mahfouz, W., et al., *Normal urodynamic parameters in women: Part II—invasive urodynamics*. International Urogynecology Journal, 2012. **23**(3): p. 269-277.
263. Romero Maroto, J. and L. Prieto Chaparro, *Técnica y actualidad de la urodinámica: Problemas y retos*. Actas Urológicas Españolas, 2003. **27**(2): p. 75-91.
264. Tan, T.L., et al., *Stop test or pressure-flow study? Measuring detrusor contractility in older females*. Neurourology and Urodynamics, 2004. **23**(3): p. 184-189.
265. Jain, A., *Videourodynamics*. 2014: New Delhi.
266. Hosker, et al., *Dynamic Testing*, in *Incontinence*, P. Abrams, et al., Editors. 2009, Health Publications Ltd: Paris. p. 413-522.
267. Lose, G., et al., *Standardisation of urethral pressure measurement: report from the Standardisation Sub-Committee of the International Continence Society*. Neurourology and Urodynamics, 2002. **21**(3): p. 258-260.
268. Tubaro, A., et al., *Imaging and other investigations*, in *Incontinence*, P. Abrams, et al., Editors. 2009, Health Publications Ltd: Paris. p. 541-630.
269. Athanasiou, S., et al., *Imaging the urethral sphincter with three-dimensional ultrasound*. Obstetrics and Gynecology, 1999. **94**(2): p. 295-301. Figure 2, Ultrasonographic transverse section of the middle urethra; 297.
270. Peschers, U.M., et al., *Bladder neck mobility in continent nulliparous women*. BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology, 2001. **108**(3): p. 320-324.
271. Dietz, H.P., *Ultrasound imaging of the pelvic floor. Part II: three-dimensional or volume imaging*. Ultrasound in Obstetrics & Gynecology: The Official Journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology, 2004. **23**(6): p. 615-625.
272. Chen, G.D., T.H. Su, and L.Y. Lin, *Applicability of perineal sonography in anatomical evaluation of bladder neck in women with and without genuine stress incontinence*. Journal of clinical ultrasound: JCU, 1997. **25**(4): p. 189-194.

BIBLIOGRAFÍA

273. Pregazzi, R., et al., *Perineal ultrasound evaluation of urethral angle and bladder neck mobility in women with stress urinary incontinence*. BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology, 2002. **109**(7): p. 821-827.
274. Hajebrahimi, S., A. Azaripour, and H. Sadeghi-Bazargani, *Clinical and transperineal ultrasound findings in females with stress urinary incontinence versus normal controls*. Pakistan journal of biological sciences: PJBS, 2009. **12**(21): p. 1434-1437.
275. Schaer, G.N., et al., *Sonographic evaluation of the bladder neck in continent and stress-incontinent women*. Obstetrics and Gynecology, 1999. **93**(3): p. 412-416.
276. Harms, L., et al., *Funneling before and after anti-incontinence surgery--a prognostic indicator? Part 2: tension-free vaginal tape*. International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction, 2007. **18**(3): p. 289-294.
277. Lone, F., et al., *Vascularity of the urethra in continent women using colour doppler high-frequency endovaginal ultrasonography*. SpringerPlus, 2014. **3**(1).
278. Liang, C.-C., et al., *Three-dimensional power Doppler measurement of perfusion of the periurethral tissue in incontinent women -- a preliminary report*. Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica, 2006. **85**(5): p. 608-613.
279. Choe, J.H., J.Y. Lee, and K.-S. Lee, *Accuracy and precision of a new portable ultrasound scanner, the BME-150A, in residual urine volume measurement: a comparison with the BladderScan BVI 3000*. International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction, 2007. **18**(6): p. 641-644.
280. Jenn-Ming Yang, W.-C.H., *Bladder wall thickness on ultrasonographic cystourethrography: affecting factors and their implications*. Journal of ultrasound in medicine : official journal of the American Institute of Ultrasound in Medicine, 2003. **22**(8): p. 777-82.
281. Boyle, R., et al., *Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women*. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2012. **10**.
282. Dietz, H.P., C. Shek, and B. Clarke, *Biometry of the pubovisceral muscle and levator hiatus by three-dimensional pelvic floor ultrasound*. Ultrasound in Obstetrics & Gynecology: The Official Journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology, 2005. **25**(6): p. 580-585.
283. Dietz, H.P., B.T. Haylen, and J. Broome, *Ultrasound in the quantification of female pelvic organ prolapse*. Ultrasound in Obstetrics & Gynecology: The Official Journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology, 2001. **18**(5): p. 511-514.
284. Viereck, V., et al., *Intra-operative introital ultrasound in Burch colposuspension reduces post-operative complications*. BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology, 2005. **112**(6): p. 791-796.
285. Schuettoff, S., et al., *Visibility of the polypropylene tape after tension-free vaginal tape (TVT) procedure in women with stress urinary incontinence: comparison of introital ultrasound and magnetic resonance imaging in vitro and in vivo*.

- Ultrasound in Obstetrics & Gynecology: The Official Journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology, 2006. **27**(6): p. 687-692.
286. Dietz, H.P., et al., *Two-dimensional and three-dimensional ultrasound imaging of suburethral slings*. Ultrasound in Obstetrics & Gynecology: The Official Journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology, 2005. **26**(2): p. 175-179.
 287. Macura, K.J. and R.R. Genadry, *Female urinary incontinence: pathophysiology, methods of evaluation and role of MR imaging*. Abdominal Imaging, 2008. **33**(3): p. 371-380.
 288. Marshall, H.J. and D.G. Beevers, *Alpha-adrenoceptor blocking drugs and female urinary incontinence: prevalence and reversibility*. British Journal of Clinical Pharmacology, 1996. **42**(4): p. 507-509.
 289. Movig, K.L.L., et al., *Selective serotonin reuptake inhibitor-induced urinary incontinence*. Pharmacoeconomics and Drug Safety, 2002. **11**(4): p. 271-279.
 290. Cody, J.D., et al., *Oestrogen therapy for urinary incontinence in post-menopausal women*. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2012. **10**.
 291. Schnelle, J.F., et al., *A controlled trial of an intervention to improve urinary and fecal incontinence and constipation*. Journal of the American Geriatrics Society, 2010. **58**(8): p. 1504-1511.
 292. Nygaard, I., *Prevention of exercise incontinence with mechanical devices*. The Journal of Reproductive Medicine, 1995. **40**(2): p. 89-94.
 293. Kenton, K., et al., *Pelvic floor symptoms improve similarly after pessary and behavioral treatment for stress incontinence*. Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery, 2012. **18**(2): p. 118-121.
 294. Richter, H.E., et al., *Continence pessary compared with behavioral therapy or combined therapy for stress incontinence: a randomized controlled trial*. Obstetrics and Gynecology, 2010. **115**(3): p. 609-617.
 295. Incontinence-Pessary-[Internet], *Incontinence Pessary*. 2014.
 296. Bryant, C.M., C.J. Dowell, and G. Fairbrother, *Caffeine reduction education to improve urinary symptoms*. British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing), 2002. **11**(8): p. 560-565.
 297. Eliasson, K., et al., *Influence of physical activity on urinary leakage in primiparous women*. Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports, 2005. **15**(2): p. 87-94.
 298. Nygaard, I.E., et al., *Urinary incontinence in elite nulliparous athletes*. Obstetrics and Gynecology, 1994. **84**(2): p. 183-187.
 299. Nygaard, I.E., *Does prolonged high-impact activity contribute to later urinary incontinence? A retrospective cohort study of female Olympians*. Obstetrics and Gynecology, 1997. **90**(5): p. 718-722.
 300. Kikuchi, A., et al., *Association between physical activity and urinary incontinence in a community-based elderly population aged 70 years and over*. European Urology, 2007. **52**(3): p. 868-874.

BIBLIOGRAFÍA

301. Dowd, T.T., J.M. Campbell, and J.A. Jones, *Fluid intake and urinary incontinence in older community-dwelling women*. Journal of Community Health Nursing, 1996. **13**(3): p. 179-186.
302. Swithinbank, L., H. Hashim, and P. Abrams, *The effect of fluid intake on urinary symptoms in women*. The Journal of Urology, 2005. **174**(1): p. 187-189.
303. Chen, C.C.G., et al., *Obesity is associated with increased prevalence and severity of pelvic floor disorders in women considering bariatric surgery*. Surgery for Obesity and Related Diseases: Official Journal of the American Society for Bariatric Surgery, 2009. **5**(4): p. 411-415.
304. Hunskaar, S., *A systematic review of overweight and obesity as risk factors and targets for clinical intervention for urinary incontinence in women*. Neurourology and Urodynamics, 2008. **27**(8): p. 749-57.
305. Subak, L.L., et al., *Weight loss: a novel and effective treatment for urinary incontinence*. The Journal of urology, 2005. **174**(1): p. 190-195.
306. Goode, P.S., et al., *Effect of behavioral training with or without pelvic floor electrical stimulation on stress incontinence in women: a randomized controlled trial*. JAMA, 2003. **290**(3): p. 345-352.
307. Kim, E.-Y., S.-Y. Kim, and D.-W. Oh, *Pelvic floor muscle exercises utilizing trunk stabilization for treating postpartum urinary incontinence: randomized controlled pilot trial of supervised versus unsupervised training*. Clinical Rehabilitation, 2012. **26**(2): p. 132-141.
308. Herderschee, R., et al., *Feedback or biofeedback to augment pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women*. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2011(7).
309. Imamura, M., et al., *Systematic review and economic modelling of the effectiveness and cost-effectiveness of non-surgical treatments for women with stress urinary incontinence*. Health Technology Assessment (Winchester, England), 2010. **14**(40): p. 1-188, iii-iv.
310. Rehab.Direct.S.L. *Electroestimulación suelo pélvico*. 2014.
311. Gilling, P.J., et al., *A double-blind randomized controlled trial of electromagnetic stimulation of the pelvic floor vs sham therapy in the treatment of women with stress urinary incontinence*. BJU international, 2009. **103**(10): p. 1386-1390.
312. Ismail, S.I.M.F., et al., *Extracorporeal magnetic energy stimulation of pelvic floor muscles for urodynamic stress incontinence of urine in women*. Journal of Obstetrics and Gynaecology: The Journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology, 2009. **29**(1): p. 35-39.
313. Espuña, M.B., et al., *Tratamiento conservador*, in *Tratado de Uroginecología. incontinencia urinaria*, M. Espuña and J. Salinas, Editors. 2004, ARS MEDICA: Barcelona. p. 35-51.
314. Herbison, G.P. and N. Dean, *Weighted vaginal cones for urinary incontinence*. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2013. **7**.

315. Pelvic.Floor.Interferential.Therapy *Floor EP. Pelvic Floor Interferential Therapy: Pelvic Floor Rehabilitation Treatments. Interchangeable Weighted Vaginal Cone Set.* 2011.
316. Suckling, J., A. Lethaby, and R. Kennedy, *Local oestrogen for vaginal atrophy in postmenopausal women.* The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2006(4).
317. Fillol, M., *Incontinencia urinaria de esfuerzo*, in *Tratado de Uroginecología. incontinencia urinaria*, M.B. Espuña and J. Salinas, Editors. 2004, ARS MEDICA: Barcelona. p. 145-158.
318. Bataller, E., A. Franco, and F. Carmona, *Tratamiento quirúrgico*, in *Incontinencia urinaria femenina*, J. Salinas, A. Franco de Castro, and M.B. Espuña, Editors. 2011, Elsevier España. p. 65-79.
319. Baggish, M., M. Karram, and M. Karram, *Retropubic Urethropexy for Stress Incontinence.* , in *Atlas of Pelvic Anatomy and Gynecologic Surgery.*, M. Baggish, M. Karram, and M. Karram, Editors. 2011, Elsevier Saunders. p. 425.
320. Lapitan, M.C.M., J.D. Cody, and A. Grant, *Open retropubic colposuspension for urinary incontinence in women.* The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2009(2).
321. Moehrer, B., et al., *Laparoscopic colposuspension for urinary incontinence in women.* The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2002(1).
322. Prezioso, D., et al., *Stress urinary incontinence: long-term results of laparoscopic Burch colposuspension.* BMC Surgery, 2013. **13**(Suppl 2): p. S38.
323. Glazener, C.M. and K. Cooper, *Anterior vaginal repair for urinary incontinence in women.* The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2001(1).
324. AMS.copyright, *Malla resistente a la deformación con sutura tensada patentada.* 2015.
325. Rechberger, T., et al., *Body mass index does not influence the outcome of anti-incontinence surgery among women whereas menopausal status and ageing do: a randomised trial.* International Urogynecology Journal, 2010. **21**(7): p. 801-806.
326. Barber, M.D., et al., *Risk factors associated with failure 1 year after retropubic or transobturator midurethral slings.* American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2008. **199**(6): p. 666.e1-666.e7.
327. Ulmsten, U., et al., *A multicenter study of tension-free vaginal tape (TVT) for surgical treatment of stress urinary incontinence.* International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction, 1998. **9**(4): p. 210-213.
328. Neomedic.International.copyright, *TVT retropubic sling for Female SUI treatment. Solutions for pelvic floor disorders.* 2015.
329. Laudano, M.A., et al., *Cost-effectiveness analysis of tension-free vaginal tape vs burch colposuspension for female stress urinary incontinence in the USA.* BJU international, 2013. **112**(2): p. E151-158.

BIBLIOGRAFÍA

330. Tan, P.-F., et al., *Effectiveness and complication rates of tension-free vaginal tape, transobturator tape, and tension-free vaginal tape-obturator in the treatment of female stress urinary incontinence in a medium- to long-term follow up. Meta-analysis of randomized controlled trials*. Saudi Medical Journal, 2014. **35**(1): p. 20-32.
331. International.copyright, N., *Smallscargyn. TOT sling. Solutions for pelvic floor disorders*. 2009.
332. Craig Zuckerman for, O.B.G.M., *Figure 2, TOT sling variations Placement of the transobturator (TOT) sling helical trocar using the (A) "outside-in" variation and (B) "inside-out" variation*. 2005, Cleveland Clinic Center for Medical Art & Photography.
333. Ford, A.A., et al., *Mid-urethral sling operations for stress urinary incontinence in women*, in *Cochrane Database of Systematic Reviews*, C. The Cochrane, Editor. 2015, John Wiley & Sons, Ltd: Chichester, UK.
334. Boston.Scientific.copyright, *Solyx, Single-Incision Sling System*. 2015.
335. Joo, Y.M., J.H. Choe, and J.T. Seo, *One-Year Surgical Outcomes and Quality of Life after Minimally Invasive Sling Procedures for the Treatment of Female Stress Urinary Incontinence: TVT SECUR® vs. CureMesh®*. Korean Journal of Urology, 2010. **51**(5): p. 337-343.
336. Amat I Tardiu, L., E. Martínez Franco, and J.M. Laïlla Vicens, *Contasure-Needleless compared with transobturator-TVT for the treatment of stress urinary incontinence*. International Urogynecology Journal, 2011. **22**(7): p. 827-833.
337. Sivaslioglu, A.A., et al., *A prospective randomized controlled trial of the transobturator tape and tissue fixation mini-sling in patients with stress urinary incontinence: 5-year results*. The Journal of Urology, 2012. **188**(1): p. 194-199.
338. Nambiar, A., J.D. Cody, and S.T. Jeffery, *Single-incision sling operations for urinary incontinence in women*. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2014. **6**.
339. Oh, T.H., J.H. Shin, and Y.G. Na, *A Comparison of the Clinical Efficacy of the Transobturator Adjustable Tape (TOA) and Transobturator Tape (TOT) for Treating Female Stress Urinary Incontinence with Intrinsic Sphincter Deficiency: Short-term Results*. Korean Journal of Urology, 2012. **53**(2): p. 98-103.
340. National-Institute-for-Health-and-Clinical-Excellence, *Urinary incontinence. Guidance and guidelines NICE. Clinical guidelines CG40*, 2006.
341. Maher, C.F., et al., *Pubovaginal sling versus transurethral Macropastique for stress urinary incontinence and intrinsic sphincter deficiency: a prospective randomised controlled trial*. BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology, 2005. **112**(6): p. 797-801.
342. Schulz, J.A., et al., *Bulking agents for stress urinary incontinence: short-term results and complications in a randomized comparison of periurethral and transurethral injections*. International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction, 2004. **15**(4): p. 261-265.

343. Ashok, K. and A. Wang, *Recurrent urinary stress incontinence: an overview*. The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research, 2010. **36**(3): p. 467-473.
344. Bakali, E., et al., *Treatment of recurrent stress urinary incontinence after failed minimally invasive synthetic suburethral tape surgery in women*. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2013. **2**.
345. Aboseif, S.R., et al., *The adjustable continence therapy system for recurrent female stress urinary incontinence: 1-year results of the North America Clinical Study Group*. The Journal of Urology, 2009. **181**(5): p. 2187-2191.
346. Lipp, A., C. Shaw, and K. Glavind, *Mechanical devices for urinary incontinence in women*. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2011(7).
347. Vayleux, B., et al., *Female urinary incontinence and artificial urinary sphincter: study of efficacy and risk factors for failure and complications*. European Urology, 2011. **59**(6): p. 1048-1053.
348. Kocjancic, E., et al., *Adjustable continence therapy for severe intrinsic sphincter deficiency and recurrent female stress urinary incontinence: long-term experience*. The Journal of Urology, 2010. **184**(3): p. 1017-1021.
349. Chung, E. and R.A. Cartmill, *25-year experience in the outcome of artificial urinary sphincter in the treatment of female urinary incontinence*. BJU international, 2010. **106**(11): p. 1664-1667.
350. Winters, J.C., *A critical appraisal of preventive slings and prolapse surgery--what's a urologist to do?* The Journal of Urology, 2008. **180**(3): p. 809-810.
351. García, J.G., C.N. Mora, and J.A. Cuesta, *Anatomía de la continencia.*, in *Prostatectomía radical Atlas de técnica quirúrgica*, Luzán, Editor. 2010: Madrid. p. 69-80.
352. Rassweiler, J., et al., *Laparoscopic versus open radical prostatectomy: a comparative study at a single institution*. J Urol, 2003. **169**(5): p. 1689-93.
353. Fernández, B.P. and M.L. Gómez, *ANATOMÍA DE SUELO PÉLVICO EN EL VARÓN.*, in *Suelo Pelviano II*, M.L. Gómez©, Editor. 2014: Salamanca. p. 29-45.
354. Bolenz, C., et al., *Cost comparison of robotic, laparoscopic, and open radical prostatectomy for prostate cancer*. Eur Urol, 2010. **57**(3): p. 453-8.
355. Zlotta, A.R., et al., *Is seminal vesicle ablation mandatory for all patients undergoing radical prostatectomy? A multivariate analysis on 1283 patients*. Eur Urol, 2004. **46**(1): p. 42-9.
356. Emiliozzi, P., et al., *A new technique for laparoscopic vesicourethral anastomosis: preliminary report*. Urology, 2008. **72**(6): p. 1341-3.
357. Costello, A.J., M. Brooks, and O.J. Cole, *Anatomical studies of the neurovascular bundle and cavernosal nerves*. BJU Int, 2004. **94**(7): p. 1071-6.
358. Resel-Folkersma, L., *INCONTINENCIA URINARIA MASCULINA.*, in *En Suelo Pelviano II*, M.L. Gómez©. Editor. 2014: Salamanca. p. 98.
359. Resel-Folkersma, L., *Epidemiología de la incontinencia urinaria masculina.*, in *En Guías prácticas en Urología: Incontinencia urinaria masculina*, Elsevier, Editor. 2011, Salinas Casado J y Resel Folkersma L: Madrid. p. 1-7.

BIBLIOGRAFÍA

360. Abrams, P., et al., *The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society*. Neurourol Urodyn, 2002. **21**(2): p. 167-78.
361. Thuroff, J.W., et al., *EAU guidelines on urinary incontinence*. Eur Urol, 2011. **59**(3): p. 387-400.
362. Markland, A.D., et al., *Prevalence of urinary incontinence in men: results from the national health and nutrition examination survey*. J Urol, 2010. **184**(3): p. 1022-7.
363. Salinas, J., A. Díaz, and F. Brenes, *Prevalencia de la incontinencia urinaria en España*. Urod A 2010(23): p. 52-66.
364. Diokno, A.C., et al., *Prevalence of urinary incontinence and other urological symptoms in the noninstitutionalized elderly*. J Urol, 1986. **136**(5): p. 1022-5.
365. Offermans, M.P., et al., *Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in nursing home residents: a systematic review*. Neurourol Urodyn, 2009. **28**(4): p. 288-94.
366. Payne, C., *Urinary incontinence: nonsurgical management*, in *Campbell's Urology*, P. Walsh, et al., Editors. 2002, Ed Saunders: Philadelphia, usa. p. 1069-91.
367. Frota, R., et al., *Comparison of radical prostatectomy techniques: open, laparoscopic and robotic assisted*. Int Braz J Urol, 2008. **34**(3): p. 259-68; discussion 268-9.
368. Serra, A.C. and M.R. Backhaus, *Diagnóstico de la incontinencia urinaria masculina*, in *En Guías prácticas en Urología: Incontinencia urinaria masculina*, Elsevier, Editor. 2011: Madrid. p. 24-30.
369. Lorenzo-Gómez, M., *Tratamiento de la incontinencia urinaria masculina: guías de actuación*, in *Guías prácticas en Urología: Incontinencia urinaria masculina*, Elsevier, Editor. 2011, Salinas Casado J y Resel Folkersma L.: Madrid. p. 31-43.
370. Hunter, K.F., C.M. Glazener, and K.N. Moore, *Conservative management for postprostatectomy urinary incontinence*. Cochrane Database Syst Rev, 2007(2): p. Cd001843.
371. Ribeiro, L.H., et al., *Long-term effect of early postoperative pelvic floor biofeedback on continence in men undergoing radical prostatectomy: a prospective, randomized, controlled trial*. J Urol, 2010. **184**(3): p. 1034-9.
372. Collado Serra, A., et al., *Postprostatectomy established stress urinary incontinence treated with duloxetine*. Urology, 2011. **78**(2): p. 261-6.
373. Filocamo, M.T., et al., *Pharmacologic treatment in postprostatectomy stress urinary incontinence*. Eur Urol, 2007. **51**(6): p. 1559-64.
374. Schlenker, B., et al., *Preliminary results on the off-label use of duloxetine for the treatment of stress incontinence after radical prostatectomy or cystectomy*. Eur Urol, 2006. **49**(6): p. 1075-8.

375. Zahariou, A., P. Papaioannou, and G. Kalogirou, *Is HCl duloxetine effective in the management of urinary stress incontinence after radical prostatectomy?* Urol Int, 2006. **77**(1): p. 9-12.
376. Romano, S.V., et al., *An adjustable male sling for treating urinary incontinence after prostatectomy: a phase III multicentre trial.* BJU Int, 2006. **97**(3): p. 533-9.
377. Sousa-Escandon, A., et al., *Adjustable suburethral sling (male remeex system) in the treatment of male stress urinary incontinence: a multicentric European study.* Eur Urol, 2007. **52**(5): p. 1473-9.
378. Seweryn, J., et al., *Initial experience and results with a new adjustable transobturator male system for the treatment of stress urinary incontinence.* J Urol, 2012. **187**(3): p. 956-61.
379. Comiter, C.V., *The male sling for stress urinary incontinence: a prospective study.* J Urol, 2002. **167**(2 Pt 1): p. 597-601.
380. Rehder, P. and C. Gozzi, *Transobturator sling suspension for male urinary incontinence including post-radical prostatectomy.* Eur Urol, 2007. **52**(3): p. 860-6.
381. Grise, P., et al., *I-STOP TOMS transobturator male sling, a minimally invasive treatment for post-prostatectomy incontinence: continence improvement and tolerability.* Urology, 2012. **79**(2): p. 458-63.
382. Busch, J., et al., *Long-term oncological and continence outcomes after laparoscopic radical prostatectomy: a single-centre experience.* BJU Int, 2012. **110**(11 Pt C): p. E985-90.
383. Catalona, W.J., et al., *Potency, continence and complication rates in 1,870 consecutive radical retropubic prostatectomies.* J Urol, 1999. **162**(2): p. 433-8.
384. Srivastava, A., et al., *Surgical strategies to promote early continence recovery after robotic radical prostatectomy.* Arch Esp Urol, 2012. **65**(5): p. 529-41.
385. Resel-Folkersma, L., *Incontinencia urinaria masculina.* in *Suelo Pelviano II*, M.L. Gómez©. Editor. 2014, Cervantes Salamanca. extranjero@cervantessalamanca.com: Salamanca. p. 97-163.
386. Goode, P., *Efficacy of an assisted low-intensity programme of perioperative pelvic floor muscle training in improving the recovery of continence after radical prostatectomy: a randomized controlled trial.* BJU Int, 2012. **110**(7): p. 1010-1.
387. Derecho-S.A., L.E., *El DERECHO ONLINE.* 2016, © Lefebvre – El Derecho S.A.
388. Tirant-Lo-Blanch, *TIRANT ONLINE.* 2016, EDITORIAL TIRANT LO BLANCH S.L.: Valencia.
389. WOLTERS-KLUWER, *Clasificación profesional.* GUIAS JURIDICAS, 2016.

BIBLIOGRAFÍA