



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

“Formas clínicas de disfunciones del suelo pélvico en mujeres de edad mediana. Riobamba, 2020 -2021”

Trabajo de titulación para optar al título de Médico General

Autores:

Agua Naranjo, Samia Alexandra

Arévalo Reinoso, Gissela Elizabeth

Tutora:

Dra. Mónica Inca Rea

Riobamba, Ecuador. 2022

DERECHO DE AUTORÍA

El contenido y la transformación de otras obras preexistentes tomadas de varios autores para enriquecer el presente trabajo de investigación son absoluta responsabilidad de sus autoras: Agua Naranjo Samia Alexandra y Arévalo Reinoso Gissela Elizabeth. En tal virtud, la información presentada es de exclusividad de las autoras y patrimonio intelectual de la Universidad Nacional de Chimborazo.

Riobamba, julio del 2022



Agua Naranjo Samia Alexandra
C.I: 0250005972



Arévalo Reinoso Gissela Elizabeth
C.I: 0604217455

DICTAMEN FAVORABLE DEL TUTOR Y MIEMBROS DEL TRIBUNAL

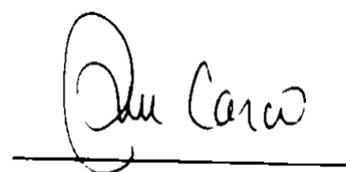
Quienes suscribimos, catedráticos designados Miembros del Tribunal de Grado para la evaluación del trabajo de investigación: “Formas clínicas de disfunciones del suelo pélvico en mujeres de edad mediana. Riobamba, 2020 -2021”, presentado por Agua Naranjo Samia Alexandra, Arevalo Reinoso Gissela Elizabeth, con cédula de identidad número 0250005972, 0604217455, bajo la tutoría de Dra. Mónica Patricia Inca Rea; certificamos que recomendamos la APROBACIÓN de este con fines de titulación. Previamente se ha evaluado el trabajo de investigación y escuchada la sustentación por parte de su autor; no teniendo más nada que observar.

De conformidad a la normativa aplicable firmamos, en Riobamba, 02 de agosto de 2022.

Dra. Mónica Patricia Inca Rea
TUTOR(A)



Dra. Cecilia Margarita Casco Manzano
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE GRADO



Dra. Anabela del Rosario Criollo Criollo
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO



CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Quienes suscribimos, catedráticos designados Miembros del Tribunal de Grado para la evaluación del trabajo de investigación: “Formas clínicas de disfunciones del suelo pélvico en mujeres de edad mediana. Riobamba, 2020 -2021”, presentado por Agua Naranjo Samia Alexandra, Arevalo Reinoso Gissela Elizabeth, con cédula de identidad número 0250005972, 0604217455, bajo la tutoría de Dra. Mónica Patricia Inca Rea; certificamos que recomendamos la APROBACIÓN de este con fines de titulación. Previamente se ha evaluado el trabajo de investigación y escuchada la sustentación por parte de su autor; no teniendo más nada que observar.

De conformidad a la normativa aplicable firmamos, en Riobamba, 02 de agosto de 2022.

Dra. Mónica Patricia Inca Rea
TUTOR(A)



Dra. Cecilia Margarita Casco Manzano
**PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE
GRADO**



Dra. Anabela del Rosario Criollo Criollo
**MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE
GRADO**



CERTIFICADO ANTIPLAGIO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO CID
Ext. 1133

Riobamba 17 de julio del 2021
Oficio N° 231-URKUND-CU-CID-TELETRABAJO-2021

Dr. Patricio Vásconez Andrade
DIRECTOR CARRERA DE MEDICINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNACH
Presente.-

Estimado Profesor:

Luego de expresarle un cordial saludo, en atención al pedido realizado por la **Dra. Mónica Patricia Inca Rea**, docente tutor de la carrera que dignamente usted dirige, para que en correspondencia con lo indicado por el señor Decano mediante Oficio N° 1898-D-FCS-TELETRABAJO-2020, realice validación del porcentaje de similitud de coincidencias presentes en el trabajo de investigación con fines de titulación que se detalla a continuación; tengo a bien remitir el resultado obtenido a través del empleo del programa URKUND, lo cual comunico para la continuidad al trámite correspondiente.

No	Documento número	Título del trabajo	Nombres y apellidos del estudiante	% URKUND verificado	Validación	
					Si	No
1	D- 139496434	Formas clínicas de disfunciones del suelo pélvico en mujeres de edad mediana. Riobamba, 2020-2021	Samia Alexandra Agua Naranjo Gissela Elizabeth Arévalo Reinoso	5	x	

Atentamente,

CARLOS
GAFAS
GONZALEZ
Firmado digitalmente por
CARLOS GAFAS
GONZALEZ
Fecha: 2022.07.17
20:33:36 -05'00'

Dr. Carlos Gafas González
Delegado Programa URKUND
FCS / UNACH
C/c Dr. Gonzalo E. Bonilla Pulgar – Decano FCS

DEDICATORIA

A mi querido abuelito Rafael Agua quien siempre fue un padre más para mí, quien me brindo todo su cariño y amor, por siempre haberse preocupado por nosotros, por haberme criado y acompañado durante toda mi infancia y adolescencia y por siempre haberme apoyado en cada uno de mis pasos, y aunque ya no este mas con nosotros, sé que donde quiera que este, se sentirá muy orgulloso de su nieta. A mi abuelita Manuela, quien me crio y cuido durante los primeros años de mi vida, por su cariño y sus consejos.

A mis padres Rafael Agua y Mercedes Naranjo por haberme forjado como la persona que soy hoy en día, quienes me apoyaron durante todo este trayecto, que gracias a su esfuerzo, cariño y paciencia logre culminar mi carrera universitaria.

A mis segundos padres Ángel LLumiguano y Rosa Agua quienes desde pequeña me acogieron en su hogar como una hija más, por su apoyo incondicional y su cariño, por haber estado presentes en cada una de las etapas más importantes de mi vida y a mis hermanos Patricio, Darío y Lizbeth quienes han estado conmigo desde mis primeros pasos, brindándome su cariño y apoyo, alentándome a ser cada día una mejor persona.

Samia

A mis padres Edgar Arévalo y Susana Reinoso que incondicionalmente están conmigo en este camino que elegí, son el regalo más grande que mi papito Dios me pudo dar, agradezco mucho por enseñarme el valor de la humildad, el respeto, cada paso que di es gracias a ellos.

Mi hermano Kelvin Arévalo que me cuida y quiere que sea una persona exitosa, que cumpla con todo lo que me proponga, lo más lindo que tengo mi familia, es inexplicable como el amor de tu familia te tiene de pie y sabes que nunca te van a abandonar cuando más los necesitas.

A mis abuelitos Eduardo Reinoso y Carmelina Arias siempre están en mi corazón y desde el cielo sé que me están cuidado y se sienten tan orgullosos.

Gissela

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios por darme salud y vida, por nunca abandonarme y por darme la dicha de tener una familia que me apoya y está conmigo en cada uno de mis logros, a mis padres y hermanos ya que han sido un pilar fundamental en mi vida, por todo su amor, paciencia y sus consejos. A mi abuelita, a mis tíos, a mis primos Cristian y Johanna quienes me apoyaron también durante mi carrera profesional.

A Sandra por ser mi mejor amiga, por su ayuda desinteresada, por siempre estar cuando más la necesite y por todos los buenos y malos momentos que convivimos, gracias por todo tu cariño y a Cristian por brindarme su amor, por estar conmigo en los momentos donde sentía que ya no podía más, por darme ánimos y motivarme a seguir adelante, por su paciencia y comprensión, por ayudarme a ser una mejor persona. A María y Anita por su amistad y su ayuda sin duda son unas personas extraordinarias, también a Gissela que más que mi compañera de tesis es una buena amiga, gracias por su amistad y paciencia.

Agradezco también a la Universidad Nacional de Chimborazo en especial a la carrera de Medicina y sus docentes por los conocimientos brindados, y finalmente a mi tutora de tesis Dra. Mónica Inca, por habernos brindado su tiempo, paciencia y conocimientos para la realización de este trabajo.

Samia

Agradezco a papito Dios por tan maravilloso regalo mis padres y mi familia que con su apoyo me ayudan en cada pasito que doy, para mí lo más importante de mi vida es mi familia los padres a quienes amo.

A Sami por su paciencia durante el desarrollo del proyecto de investigación. A Anita y María que con su amistad supieron ayudar en este proyecto.

Gissela

ÍNDICE GENERAL

DERECHO DE AUTORÍA

DICTAMEN FAVORABLE DEL PROFESOR TUTOR

CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

CERTIFICADO ANTIPLAGIO

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

RESUMEN

ABSTRACT

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.....	14
1.1 Antecedentes.....	14
1.2 Planteamiento del problema.....	16
1.3 Justificación.....	17
1.4 Objetivos.....	18
1.4.1 Objetivo general:.....	18
1.4.2 Objetivos específicos:.....	18
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	19
2.1 Anatomía.....	19
2.2 Fisiología del suelo pélvico.....	20
2.3 Factores de riesgo.....	21
2.4 Disfunciones del suelo pélvico (DSP).....	23
2.4.1 Incontinencia urinaria (IU).....	25
2.4.1.1 Fisiopatología.....	25
2.4.1.2 Clasificación de la Incontinencia Urinaria.....	26
2.4.1.3 Factores de riesgo.....	26
2.4.1.4 Diagnóstico.....	27
2.4.1.5 Tratamiento.....	28
2.4.2 Incontinencia Anal (IA).....	29
2.4.2.1 Fisiopatología.....	29
2.4.2.2 Clasificación de la Incontinencia fecal.....	29
2.4.2.3 Factores de riesgo.....	30

2.4.2.4 Diagnóstico.....	31
2.4.2.5 Tratamiento	32
2.4.3 Prolapso de órganos pélvicos (POP).....	33
2.4.3.1 Clasificación de prolapso de órganos pélvicos.	34
2.4.3.2 Factores de riesgo.....	34
2.4.3.3 Diagnostico.....	34
2.4.3.4 Tratamiento	36
2.5 Prevención.....	37
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA	38
3.1. Tipo de Investigación.....	38
3.2. Población.....	38
3.3. Muestra	38
3.4. Técnica e instrumentos de recolección de datos	39
3.5. Procesamiento de la información.....	39
3.6. Consideraciones éticas	39
3.7. Sistema de Variables.....	40
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	42
4.1 Resultados	42
4.2 Discusión.....	52
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	60
5.1. Conclusiones	60
5.2. Recomendaciones	61
BIBLIOGRAFÍA	63
ANEXOS	68

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de variables	41
Tabla 2. Distribución de la población según la edad	42
Tabla 3. Distribución de la población según etnia.....	42
Tabla 4. Distribución de la población según el nivel de instrucción	42
Tabla 5. Distribución de la población según los antecedentes ginecoobstétricos	43
Tabla 6. Distribución de la población según antecedentes quirúrgicos.....	43
Tabla 7. Distribución de la población según otros factores de riesgo	44
Tabla 8. Distribución de la población según el tipo de disfunción de suelo pélvico.....	44
Tabla 9. Distribución de la población según el grado de cistocele.....	45
Tabla 10. Distribución de la población según el grado de rectocele	45
Tabla 11. Distribución de la población según tratamiento	46
Tabla 12. Relación de las disfunciones del suelo pélvico con la multiparidad	46
Tabla 13. Relación de las disfunciones del suelo pélvico con menopausia.....	47
Tabla 14. Relación de las disfunciones del suelo pélvico con obesidad	48
Tabla 15. Relación de las difusiones del suelo pélvico con estreñimiento.....	48
Tabla 16. Relación de las difusiones del suelo pélvico con el hábito de fumar	49
Tabla 17. Relación de las difusiones del suelo pélvico con histerectomía.....	50
Tabla 18. Resultados del cuestionario realizado a la población estudiada para conocer la efectividad del tratamiento indicado.....	50
Tabla 19. Calidad de vida de las mujeres que presentaron disfunción de suelo pélvico en el Hospital General IESS.....	51

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Escala Oxford.....	24
Ilustración 2. Método PERFECT	24
Ilustración 3. Test Severidad de Sandvik.....	27
Ilustración 4. Score de Wexner.....	31
Ilustración 5. Criterios de Nantes diagnósticos para el SANP.....	31
Ilustración 6. Clasificación de prolapso de órganos pélvicos	35

RESUMEN

Introducción: El suelo pélvico es una parte del cuerpo humano formado por un conjunto de estructuras anatómicas, cuya debilidad o lesión provocan alteraciones como la incontinencia urinaria, la incontinencia anal y el prolapso de órganos pélvicos, son frecuentes en la mujer y constituyen un importante problema sanitario que afecta la calidad de vida y bienestar emocional de las personas que lo padecen, la prevención oportuna a través de la educación del suelo pélvico mediante ejercicios mejora los resultados. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de las formas clínicas de disfunciones del suelo pélvico en mujeres de edad mediana del Hospital General IESS Riobamba durante el período 2020 – 2021. **Población y muestra:** De 787 pacientes con disfunción del suelo pélvico, 163 cumplieron con los criterios de inclusión establecidos. **Método:** Se realizó un estudio de tipo descriptivo, de campo, correlacional, retrospectivo y de corte transversal. **Resultados:** Del total de mujeres participantes correspondieron a la etnia mestiza 93,3%, instrucción secundaria y superior el 39,9% - 39,3 % respectivamente. El 77,3% de las mujeres presentaban incontinencia urinaria de esfuerzo, el 59,5% cistocele, el 10,4% rectocele, el 9,8% histerocele y el 0,6% incontinencia fecal. Sobre los factores de riesgo las mujeres menopaúsicas (55,2%) y obesas (49,1%) representaron la mayor población. Los ejercicios de Kegel fueron indicados como tratamiento al 67,5% de las pacientes. **Conclusión:** La prevalencia de las disfunciones del suelo pélvico en mujeres de edad media atendidas en el Hospital General IESS Riobamba durante el período 2020 – 2021 fue del 20.7%.

Palabras Claves: trastornos del suelo pélvico, factores de riesgo, calidad de vida, prevención.

ABSTRACT

Introduction: The pelvic floor is a part of the human body formed by a set of anatomical structures, whose weakness or injury cause alterations such as urinary incontinence, anal incontinence and pelvic organ prolapse, are frequent in women and are an important health problem that affects the quality of life and emotional well-being of people who suffer from it, timely prevention through pelvic floor education through exercises improves results. **Objective:** To determine the prevalence of clinical forms of pelvic floor dysfunction in middle-aged women at the General Hospital IESS Riobamba during the period 2020 - 2021. **Population and sample:** Of 787 patients with pelvic floor dysfunction, 163 met the criteria for inclusion established. **Method:** A descriptive, field, correlational, retrospective and cross-sectional study was carried out. **Results:** Of the total number of participating women, 93.3% corresponded to the mestizo ethnic group, secondary and higher education 39.9% - 39.3% respectively. 77.3% of the women had urinary incontinence for effort, 59.5% cystocele, 10.4% rectocele, 9.8% hysterocele, and 0.6% fecal incontinence. Regarding risk factors, menopausal women (55.2%) and obese women (49.1%) represented the largest population. Kegel exercises were indicated as treatment for 67.5% of the patients. **Conclusion:** The prevalence of pelvic floor dysfunctions in middle-aged women treated at the IESS Riobamba General Hospital during the 2020-2021 period was 20.7%.

Keywords: pelvic floor disorders, risk factors, quality of life, prevention. (DeCS)



Reviewed by:
Gabriela de la Cruz F. Msc
ENGLISH PROFESSOR
C.C. 0603467929

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes

El suelo pélvico es una parte del cuerpo humano formado por un conjunto de tejidos como músculos, fascias, aponeurosis, vasos sanguíneos, nervios y orificios, que recubre la porción interior de la pelvis (Pérez Rodríguez, Martínez Torres, García Delgado, Rodríguez Adams, & Rodríguez Lara, 2019). La morfología y la función normal del suelo pélvico son determinadas por la interacción y el buen funcionamiento de sus estructuras. Los músculos se encuentran organizados en capas superficiales y profundas del perineo que intervienen en el mecanismo de sustentación de las vísceras pélvicas, en la continencia urinaria, anal y en la función sexual (Junqueira, de Souza Caroci, de Paula Batista, Guimarães, & Penha, 2018).

La debilidad o lesión de las estructuras que forman el suelo pélvico, aumentan la probabilidad de presentar alteraciones a ese nivel especialmente en la mujer debido a sus características anatómicas. Los tres tipos principales de disfunción del suelo pélvico (DSP), son la incontinencia urinaria (IU), la incontinencia anal (IA) y el prolapso de órganos pélvicos (POP). La edad, menopausia, embarazo, paridad (tiempo prolongado de trabajo de parto, periodo expulsivo, el empleo de episiotomía y el peso elevado del recién nacido), cirugía pélvica y actividad física de alto impacto (Gimeno, 2019), son factores que interactúan con la biomecánica del suelo pélvico de tal forma que contribuyen en la alteración de este.

Se consideran mujeres en edad mediana al grupo de personas del sexo femenino comprendido en las edades entre 40 y 59 años. Período en el cual se producen cambios en tres esferas importantes: biológica, psicológica y social (Bárbara , Martínez, & García , 2017). Se estima que una de cada cuatro mujeres, a nivel mundial, sufre alguna DSP. La prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres en periodo reproductivo llega al 40.0% y sube hasta el 50.0% tras la menopausia, mientras que la incontinencia fecal o anal, se encuentra entre el 6 y 28% de la población femenina, en cuanto al prolapso de órganos pélvicos afecta aproximadamente a un 25.0% de las mujeres y hasta el doble a partir de los 80 años a nivel mundial (Ramírez de Arellano , 2021).

La valoración de los pacientes con disfunción del suelo pélvico requiere de un análisis multidisciplinario, existen varias formas de evaluación, pero ninguna es específica en el

diagnóstico, además de realizar una historia clínica detallada, evaluación clínica del suelo pélvico, se pueden utilizar otros exámenes para determinar la fisiopatología y la gravedad de la DSP, así por ejemplo se encuentran los estudios urodinámicos, la ecografía y la resonancia magnética, estos estudios proporcionan información valiosa sobre la integridad anatómica y funcional del suelo pélvico que puede no ser evidente en el examen clínico.

En cuanto al manejo de los desórdenes del piso pélvico, se reconoce a la fisioterapia del suelo pélvico, como el tratamiento de primera línea junto con cambios en el estilo de vida. Si las opciones de tratamiento conservador no logran resolver los síntomas o si los casos con graves se procederán a métodos invasivos, la intervención quirúrgica como la cirugía laparoscópica, los materiales sintéticos y biológicos para la reconstrucción del suelo pélvico.

Estas situaciones afectan la calidad vida y bienestar emocional de las mujeres que lo padecen, así como su entorno familiar, social y laboral, sin embargo, la prevención oportuna a través de la educación del suelo pélvico mediante ejercicios mejora los resultados.

La falta de conocimiento, los mitos y los conceptos erróneos acerca de la incidencia, causas o tratamiento de las disfunciones del suelo pélvico son muy abundantes, además se cree que las tasas de prevalencia son subestimadas, ya que solo un 25% busca atención ante la presencia de síntomas de piso pélvico. Por ello es de vital importancia conocer las formas clínicas de DSP, los factores de riesgo, tratamiento y sobre todo la manera de prevenir estas condiciones para que el personal médico-asistencial de nuestro medio sea capaz de identificar mujeres que requieran atención oportuna y de esta forma evitar complicaciones subyacentes.

1.2 Planteamiento del problema

Las disfunciones del suelo pélvico son un conjunto de alteraciones que afectan significativamente a una gran cantidad de mujeres de diferentes edades. Entre las formas clínicas de estas disfunciones se encuentran la incontinencia urinaria (IU), incontinencia anal (IA) y prolapso de órganos pélvicos (POP). Estas alteraciones ocupan un importante lugar entre las enfermedades crónicas no transmisibles, con una repercusión negativa en la calidad de vida de las personas que lo padecen afectando su vida personal, familiar, laboral y social.

Se estima que una de cada cuatro mujeres, a nivel mundial, sufre algún tipo de disfunción del suelo pélvico. En los Estados Unidos, alrededor de 10 millones de mujeres sufren algunas de las alteraciones antes mencionadas, además según estudios de la Organización Mundial de la Salud, para el año 2050 un tercio de la población femenina de todo el mundo entre 45 y 50 años de edad estará afectada por esta enfermedad (Pérez Rodríguez, Martínez Torres, García Delgado, Rodríguez Adams, & Rodríguez Lara, 2019). Sin embargo, la prevalencia e incidencias exactas son difíciles de cuantificar, ya que comúnmente los primeros estadios son asintomáticos y las personas no buscan atención médica por vergüenza o incomodidad.

El presente estudio va encaminado a determinar la prevalencia de las formas clínicas de disfunciones del suelo pélvico, tomando en cuenta factores como: edad, etnia, nivel de instrucción, antecedentes ginecoobstétricos, antecedentes quirúrgicos, obesidad, estreñimiento, tabaquismo, tipo de disfunción del suelo pélvico y tratamiento.

Es por ello por lo que la presente investigación reside a esta interrogante: ¿Qué tan importante es determinar la prevalencia de las formas clínicas de disfunciones del suelo pélvico en mujeres de edad mediana atendidas en el Hospital General IESS Riobamba durante los años 2020 – 2021?

1.3 Justificación

El suelo pélvico es una estructura que, pese a la importancia que tiene, no se le suele prestar apenas atención. Las disfunciones del suelo pélvico son un problema de salud infradiagnosticado, ya sea por vergüenza o porque está normalizado socialmente.

Para poder entender lo que suponen las disfunciones del suelo pélvico en la mujer es indispensable conocer la prevalencia en nuestro medio, así como los principales factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento además del impacto negativo que estos generan en la calidad de vida de las personas que lo padecen.

La presente investigación se realiza con la finalidad de determinar la prevalencia de las formas clínicas de disfunciones del suelo pélvico, debido a que son pocos los estudios que se han realizado en el país, además es importante analizar medidas de prevención para disminuir la prevalencia de estos padecimientos. Por consiguiente, esta investigación permite recolectar datos estadísticos y poner a disposición a los lectores información concisa y confiable sobre el tema en cuestión.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general:

- Determinar la prevalencia de las formas clínicas de disfunciones del suelo pélvico en mujeres de edad mediana del Hospital General IESS Riobamba durante el período 2020 – 2021

1.4.2 Objetivos específicos:

- Identificar los tipos de disfunciones de suelo pélvico más frecuentes en mujeres de edad mediana atendidas en el Hospital General IESS Riobamba.
- Determinar los factores de riesgo asociados a las disfunciones de suelo pélvico.
- Evaluar la calidad de vida de las mujeres de edad mediana que presentan disfunción de suelo pélvico.
- Analizar medidas de prevención temprana de las disfunciones del suelo pélvico en la atención primaria.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 Anatomía

Suelo pélvico es un conjunto anatómico complejo que forma un sistema biomecánico tridimensional, multicapa, multifunción que participa del almacenaje- evacuación de orina y heces, la sexualidad y la reproducción humana.

EL suelo pélvico es un lugar donde el equilibrio que generan las diferentes presiones ya sean viscerales, musculares o líquidas juegan un papel fundamental en el funcionamiento de todas las estructuras contenidas en la pelvis está delimitada superiormente por la línea imaginaria entre el pubis y el promontorio sacro e inferiormente por la línea entre la tuberosidad isquiática y el vértice del cóccix en la que desde el punto de vista anatómico el suelo pélvico se divide en 4 compartimientos: anterior (vejiga, cuello vesical y uretra), medio (vagina y útero), posterior (ano, conducto anal, sigma y recto) y peritoneal (fascia endopélvica y membrana perineal) (Bordoni , Sugumar, & Stephen , 2021).

La estructura anatómica, funcional del suelo pélvico tapiza la parte inferior de la pelvis donde existen tres aberturas (en mujeres) que permiten el paso de componentes de salida de las vísceras pélvicas (Pérez Rodríguez, Martínez Torres, García Delgado, Rodríguez Adams, & Rodríguez Lara, 2019).

El suelo pélvico es una estructura formada por músculos y tejido conectivo que dan soporte a los órganos pélvicos y abdominales, en cuanto a la anatomía funcional del piso pélvico consta de un tripe sistema: un sistema suspensorio (ligamentario), un sistema cohesivo (fascial), un sistema de sostén (muscular), la firme estabilidad de estos sistemas garantizan el equilibrio pelvipereineal, el sistema de suspensión llamada fascia endopélvica se puede diferenciar diferentes planos uno superior (parametrio, ligamento uterosacro, ligamento cardinal), inferior (paracolpo), anterior a la vagina (fascia puborrectal) y posterior a la vagina (porción recto vaginal) (García L, 2020).

El sistema de soporte en la que se diferencian ; la membrana perineal (diafragma urogenital), diafragma pélvico (musculo elevador del ano) que es la estructura más importante del suelo pélvico conformado por diferentes músculos que se diferencian según el plano en el que se

encuentren, un plano profundo conformado por la porción pubovisceral y el musculo ileococcígeo, un plano medio en la que se encuentra la membrana perineal y el musculo transverso profundo del periné y un plano superficial conformado por el musculo pubocavernoso, musculo isquiocavernoso, musculo transverso superficial del periné, musculo esfínter anal, rafe anococcigeal (Bordoni , Sugumar, & Stephen , 2021).

2.2 Fisiología del suelo pélvico

La función del haz puborrectal radica en acortar el canal anal durante la defecación que, junto con los esfínteres, participa en la continencia de los mismos y además va a desempeñar un papel importante durante el parto, el haz pubococcígeo por su parte, mantiene cerrado el hiato urogenital, evitando así la salida involuntaria de orina; y por último el haz iliococcígeo que actuará como compresor de los canales de las vísceras pélvicas, es decir, manteniéndolas en su sitio para que no se prolapsen y salgan al exterior.

El músculo elevador del ano, es una estructura que en reposo adopta forma de “V o embudo”, pero que al producirse la contracción del mismo tiende a adoptar una forma horizontalizada, y al elevarse genera una especie de ángulo que evita el paso del contenido fecal hacia el canal anal, posteriormente, se relaja y se estira de forma coordinada y voluntaria, permitiendo así ese cambio en los ejes necesario para alinear el conducto anal y permitir la defecación voluntaria (Arias Santiago, 2020).

Los músculos perineos cumplen con diferentes funciones en el organismo, entre ellos tenemos: cierran la pelvis ósea y forman la pared inferior de la cavidad abdominal, garantizan la estabilidad de la región lumbo-pélvica junto con el musculo transverso del abdomen y los músculos cortos espinales, desempeña un papel fundamental en el mantenimiento de la continencia (tanto la orina como las heces), por ello la incontinencia es una de las señales de que no está funcionando adecuadamente el suelo pélvico, sostienen las vísceras pélvicas, permite la micción, la defecación y el parto, desempeñan un papel importante en las relaciones sexuales (Vila García & Noa Pelie, 2020).

La mayoría de estas funciones son consecuencia de la posición bípeda, en cuadrupedia menciona que las vísceras pélvicas son sostenidas por sus propios sistemas ligamentosos y no por los músculos del suelo pélvico y consiguiendo que la estabilidad de la pelvis se consigue de forma pasiva (por los apoyos de los miembros superiores e inferiores), en lugar

de activa. Como consecuencia de la bipedestación, la musculatura del suelo pélvico debe contribuir al mantenimiento de la estabilidad pélvica, así como al sostén de las vísceras abdominales, que por acción de la gravedad descienden y no son suficientemente suspendidas por sus propios ligamentos (Chávez Corado, 2019).

Según la teoría de Enhorning al saber que cuando se realiza un esfuerzo aumenta la presión por igual en toda la cavidad, se tiene que garantizar que la uretra esté dentro de la cavidad para que reciba la misma presión que la vejiga y se pueda transformar en presión de cierre. Para que haya una buena continencia, la presión uretral debe ser superior a la presión vesical. Si la presión vesical supera la presión uretral, se escapará la orina (González La Rotta, Bravo Balado, Ramos, & Plata, 2018).

2.3 Factores de riesgo

La gestación como el parto están asociados, en ocasiones, a traumatismos y sobrecargas de las estructuras del suelo pélvico que generan secuelas permanentes en las pacientes, siendo el parto vaginal el factor de riesgo más relacionado con estas disfunciones (Moreno López, Daza, Rojo Novo, Frías Sánchez, & Pantoja Garrido, 2022).

El embarazo y el parto: el embarazo aumenta la presión abdominal a consecuencia del aumento de peso y tamaño del bebe y a su vez realiza un esfuerzo mucho mayor, el parto un mecanismo fisiológico que se asocia a una variedad de lesiones musculares y neuromusculares del piso pélvico por los esfuerzos realizados que actúan directamente sobre la musculatura del suelo pélvico, la mayoría de los partos se producen por vía vaginal y son susceptibles de sufrir desgarros perineales o episiotomía.

Las hormonas durante el embarazo influyen en la composición bioquímica de la matriz extracelular y la hidratación del tejido del suelo pélvico, hace que cambie el diámetro de las fibras de colágeno y la estructura enrevesada de las fibrillas de colágeno, dichos efectos en el embarazo pueden afectar las características viscoelásticas de la pared vaginal, los músculos puboviscerales y la región perianal.

Los cambios en el colágeno provocan una mayor movilidad del cuello de la vejiga e incontinencia de esfuerzo, como el componente de colágeno del tejido conectivo, dado que el componente de colágeno del tejido conjuntivo contribuye al soporte estructural del cuello

de la vejiga, las anomalías en el colágeno pueden aumentar el riesgo de incontinencia, a medida que se reduce la cantidad de colágeno durante el embarazo, también se reduce la propiedad de tensión del tejido conectivo (Gülsen, Kizilkaya Beji, & Satir, 2019).

El efecto del parto involucra varios aspectos, como la disminución del soporte de los órganos pélvicos, el daño al músculo elevador del ano y al nervio pudendo, en relación a la musculatura perineal, en un estudio se evaluó el suelo pélvico de mujeres con un perineómetro, se encontró que las mujeres con fuerza muscular reducida y al menos un parto vaginal se asociaron con un menor intervalo para presentar disfunción de suelo pélvico, en comparación con las mujeres que tuvieron cesáreas (Sacomori, Zomkowski, Passos Porto, Cardoso, & Flores Sperandio, 2020).

Factores vinculados a la gestación y al parto son considerados como riesgo para el desarrollo de disfunción de suelo pélvico, incluyendo el tiempo prolongado de trabajo de parto y el periodo expulsivo, el empleo de episiotomía y el peso elevado del recién nacido (Junqueira, de Souza Caroci, de Paula Batista, Guimarães, & Penha, 2018).

Obesidad: la obesidad provoca aumento crónico y repetitivo de la presión intraabdominal, lo cual puede conducir al prolapso de órganos pélvicos, incontinencia urinaria de esfuerzo y disfunciones sexuales (Morocho López, 2022).

Edad: La edad está relacionado con la disfunción de suelo pélvico, esto podría ir en aumento en la adultez ya que el tono muscular del suelo pélvico disminuye, la alta incidencia podría derivar del envejecimiento fisiológico y procesos degenerativos, así como de la disminución del nivel de estrógenos.

Raza: Las mujeres de raza negra y asiáticas tienen un menor riesgo de desarrollar prolapsos de órganos pélvicos debido a que presentan un arco púbico con pelvis androide, mientras que la estructura pélvica de las mujeres hispanoamericanas es ginecoide y también se debe por el diferente tipo de colágeno.

Actividad física extrema: El deporte es otro factor de riesgo perineal, se ven involucradas personas que realizan entrenamiento de alta competición como gimnasia, crossfit y el atletismo.

Menopausia: Las mujeres menopaúsicas experimentan cambios hormonales como insuficiente producción de estrógeno y progesterona provocándola atrofia en la mucosa vaginal y a su vez perdida de la flexibilidad de la musculatura pélvica (Costa Mosquera & Agrazal Cantos, 2020).

Otros factores de riesgo relacionados con la disfunción de suelo pélvico son la histerectomía que se asocia a un mayor riesgo de desarrollar prolapso genital, extensión de la episiotomía hasta el recto, el estreñimiento, consumo de alcohol y tabaco, al igual que la tos crónica que conllevara a un mayor debilitamiento de la musculatura pélvica (Ramírez de Arellano , 2021).

2.4 Disfunciones del suelo pélvico (DSP)

Las disfunciones asociadas al suelo pélvico abarcan una serie de alteraciones anatómicas y funcionales. La debilidad o la lesión de los elementos que forman el suelo pélvico predispone a la mujer a una sintomatología en muchas ocasiones múltiple, que corresponde a la combinación de distintos problemas (Fernandez Letamendi, Vera Blasco, & Fernandez Letamendi , 2020).

Las disfunciones del suelo pélvico son comunes en las mujeres. Pueden dar lugar a consecuencias a largo plazo como la incontinencia urinaria, incontinencia fecal y prolapso de órganos pélvicos. Estos efectos pueden afectar a la calidad de vida de las mujeres. La prevención temprana mediante fisioterapia del piso pélvico mejora los resultados (Ramírez de Arellano , 2021). Para la valoración de disfunciones, existen escalas como la Oxford para la valoración de la fuerza muscular y el método Perfect descrito por Laycock, para saber la resistencia, la fatigabilidad y la velocidad de la contracción.

Esta valoración se realiza mediante el tacto vaginal, introduciendo uno o dos dedos dentro de la vagina de la paciente y efectuando una depresión caudal de la musculatura del suelo pélvico. Se solicita a la paciente que contraiga esta musculatura intentando “cerrar” la vagina. Lo que el examinador debe sentir esta descrita en la escala modificada de Oxford, en cada uno de los 6 grados (Méndez Olavide & Vives Morell, 2021).

Ilustración 1. Escala Oxford

Grado	Respuesta muscular
0	Ausencia de contracción muscular
1	Movimientos temblorosos de la musculatura
2	Débil: ligero acortamiento muscular
3	Moderado: aumento de presión y elevación muscular sin resistencia
4	Bueno: aumento de presión y elevación muscular con resistencia moderada
5	Fuerte: aumento de presión y elevación muscular contra una resistencia máxima

La versión modificada incluye grados intermedios, añadiéndose un signo + o - al lado del número que representa el grado de contracción muscular, generando una escala de 15 grados.

Fuente: Revista para profesionales de la salud. 2021.

Ilustración 2. Método PERFECT

P	Power. Fuerza muscular. Estudia la presencia y la intensidad de la contracción voluntaria del SP. Se gradúa de 0-5 de acuerdo a la escala Oxford.
E	Endurance. Mantenimiento de la contracción. Tiempo en el que la contracción voluntaria es mantenida y sustentada.
R	Repetición de las contracciones mantenidas. Número de contracciones con duración satisfactoria (5") que la paciente consigue realizar después un periodo de reposo de cuatro segundos entre ellas. El número conseguido sin compromiso de la intensidad es anotado.
F	Fast. Número de contracciones rápidas. Medida de la contractilidad de las fibras musculares rápidas determinadas después de dos minutos de reposo.
E, C, T	Every, Contractions, timed. Es la medida del examinador para monitorizar el progreso de la paciente por medio del cronometraje de todas las contracciones.

Fuente: Revista para profesionales de la salud. 2021.

Para valorar la calidad de vida de las personas con alteraciones del suelo pélvico existe el cuestionario llamado PFIQ-7 (Pelvic Floor Impact Questionnaire versión reducida) (Anexo I). Este es un instrumento consta de 7 preguntas y 3 escalas. Cada una de las preguntas tiene una respuesta en lo relativo a: “vejiga u orina”, “intestino o recto” y “vagina o pelvis”. Las opciones de respuesta para cada escala son: “nunca” (0), “algunas veces” (1), “moderadamente” (2) y “mucho” (3). El valor promedio se obtiene de todos los acápites respondidos dentro de la correspondiente escala (valores posibles: 0 – 3), se multiplica por 100 y se divide entre 3 para obtener el valor de la escala (rango: 0 – 100). Para la sumatoria total, se suma el puntaje de cada escala para obtener la sumatoria total (rango: 0 – 300).

2.4.1 Incontinencia urinaria (IU)

La IU, es la forma de presentación más frecuente de las DSP que según la International Continence Society, se define como la “manifestación de cualquier pérdida involuntaria de orina” (Santiago, 2020). Por otra parte, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) define la incontinencia urinaria como pérdida involuntaria demostrable de manera objetiva, que origina un problema social o higiénico (García L, 2020).

La Organización Mundial de la Salud estima que unos 200 millones de personas sufren de Incontinencia urinaria, con independencia de la edad y el sexo. La población más afectada es el sexo femenino (Pérez Rodríguez, Martínez Torres, García Delgado, Rodríguez Adams, & Rodríguez Lara, 2019) ya que la uretra femenina es más corta que la masculina, además de otros factores como sobrepeso, tos crónica, actividad física intensa que puede producir lesiones y distensiones ocasionando la incontinencia.

A nivel mundial la incidencia de IU es del 17,2 % en personas 40 y 59 años de edad (Chang Calderin, y otros, 2019). Un 50% de mujeres presentan molestias asociadas a una incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), sobre todo las mujeres de 50 años en adelante. Seguido de un 36% con sintomatología asociada con una incontinencia urinaria mixta (IUM) y por último una incontinencia urinaria de urgencia (IUU) (Arias Amador, Rojas Diaz, & Villalobos Montenegro, 2021). En Ecuador se estima que aproximadamente 3 millones de personas sufren de IU, sin embargo, se desconoce la cifra exacta ya que muchas mujeres no buscan ayuda profesional por vergüenza e incomodidad.

2.4.1.1 Fisiopatología

Función normal: La continencia urinaria requiere una sincronía compleja entre la actividad del músculo detrusor y la presión de cierre del esfínter uretral controlada por el sistema nervioso. La inervación de la vejiga está dada por los sistemas nerviosos parasimpático, simpático y somático controlados por los centros corticales superiores y subcorticales. La micción normal se produce cuando la presión uretral desciende y la presión de la vejiga aumenta. Por lo tanto, cualquier problema con este mecanismo pueden llevar a la incontinencia (Loaiza Quirós & Parada Peña, 2021).

2.4.1.2 Clasificación de la Incontinencia Urinaria

- **Incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE):** también llamada Incontinencia urinaria de estrés, es la pérdida de cantidades pequeñas de orina que se produce porque el aumento de la presión intraabdominal es mayor a la presión que puede soportar los músculos del suelo pélvico (intrauretral). Existen dos causas comunes, relacionadas con esta incontinencia como la hipermovilidad uretral resultante de la pérdida de apoyo del cuello de la vejiga y la uretra y la debilidad del esfínter urinario a nivel de la uretra (Loaiza Quirós & Parada Peña, 2021).
 - Este tipo de incontinencia es más frecuente en mujeres con antecedentes de embarazo, paridad, obesidad, estreñimiento y esfuerzo físico (levantar peso, toser, reír, estornudar, saltar, correr, etc.)
- **Incontinencia urinaria de urgencia (IUU):** el deseo repentino y apresurado de evacuar la vejiga provocada por contracciones involuntarias del músculo detrusor. Se debe a un manejo anormal de las señales aferentes que llegan al cerebro desde la vejiga: el daño a las vías inhibitorias centrales o la sensibilización de las señales aferentes conduce a la pérdida del control de los reflejos miccionales primitivos, lo que provoca la sobreactividad del detrusor (Loaiza Quirós & Parada Peña, 2021).
- **Vejiga hiperactiva:** es la urgencia urinaria que se acompaña de polaquiuria y nicturia, que puede presentarse con o sin incontinencia. Puede deberse a una hiperactividad del detrusor, retenciones urinarias y otras formas de disfunción ureterovesicales (Ramírez de Arellano, 2021).
- **Incontinencia urinaria mixta (IUM):** es la asociación de la incontinencia urinaria de urgencia y la pérdida miccional por esfuerzo.

2.4.1.3 Factores de riesgo

Entre los factores se encuentran la edad, aumento del índice de masa corporal, hipertensión arterial, diabetes mellitus, terapia hormonal, el consumo de alcohol, los fármacos, las intervenciones quirúrgicas abdominopélvicas, el estreñimiento, antecedentes ginecológicos (número de partos, tipo de parto, número de embarazos, número de abortos, el estado menstrual) (Cruz, Sánchez, Mendoza, & Vera, 2022), traumatismo o prolapso vaginal son

los factores más relevantes. Estos factores de riesgo afectan, de una forma directa o indirecta, al músculo liso y estriado de la uretra, causando disfunción del suelo pélvico (Pazmino, Esparza, Ayala, & Quinteros, 2019).

2.4.1.4 Diagnóstico

El diagnóstico de la IU se obtiene clínicamente mediante una historia clínica y examen físico minucioso. Existen instrumentos estandarizados para evaluar la incontinencia urinaria como es el cuestionario de incontinencia urinaria "ICIQ-SF" (International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form) para calificar la severidad de la IU padecida y el impacto que tiene en la calidad de vida (Anexo II). El "Test de Sandvik" utilizada para detectar la gravedad de los síntomas en mujeres con IU, esta prueba categoriza los resultados en: leve, moderada, severa y muy severa. Utiliza como referencia la frecuencia y la cantidad de las pérdidas.

La "Menopause Rating Scale" (MRS) que corresponde a un cuestionario auto aplicado en el control climatérico, evalúa tres áreas: somática, psicológica y urogenital (Anexo III), todo esto permite establecer el diagnóstico inicial de IU, así también la severidad y el impacto en la calidad de vida (Silva Muñoz, Gallardo Hormazábal, López Vera, Santander Núñez, & Torres Rojas, 2018).

Ilustración 3. Test Severidad de Sandvik

I. ¿Con qué frecuencia experimenta pérdidas de orina?	1. __ Menos de una vez al mes
	2. __ Una o más veces al mes
	3. __ Una o más veces a la semana
	4. __ Todos los días y/o noches
II. ¿Qué tanto orina pierde en cada episodio?	1. __ Gotas
	2. __ Chorro
	3. __ Más
III. Índice de severidad (1) × (2)	1-2 = Leve
	3-6 = Moderada
	8-9 = Severa
	12 = Muy severa

Fuente: Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 2018.

El volumen de orina residual (VRP) se determina midiendo la cantidad de orina que queda en la vejiga después de una micción normal. Se aplica a pacientes con síntomas miccionales, prolapso de órganos pélvicos o sobredistensión de la vejiga palpable. Se realizan exámenes adicionales cuando el volumen de orina residual sea permanente y superior a 150 ml (Arias Amador, Rojas Diaz, & Villalobos Montenegro, 2021).

Los estudios urodinámicos están justificadas en mujeres con incontinencia urinaria complicada, que no mejora con el tratamiento o por duda diagnóstica. El estudio citoscópico del tracto urinario inferior puede estar indicada en mujeres con IUU que no responde al tratamiento, pérdida constante de orina que suponga de lesiones o fístulas genitourinarias iatrogénicas, goteo persistente posmiccional y hematuria (Loaiza Quirós & Parada Peña, 2021).

2.4.1.5 Tratamiento

En el tratamiento de la incontinencia urinaria se incluyen diversas alternativas como el tratamiento conservador, farmacológico y quirúrgico

Tratamiento conservador: cambios en el estilo de vida como, establecer una dieta, realizar ejercicio físico excepto personas adultas o con una condición física frágil, bajar de peso, evitar el consumo de alcohol, café, tabaco que pueden aumentar el número de episodios de incontinencia urinaria. En los últimos años se ha sugerido que el tratamiento sea combinado con ejercicios que fortalezcan el suelo pélvico ya que se ha obtenido buenos resultados tanto para reducir la orina y mejorar la fuerza a nivel del suelo pélvico.

Los ejercicios de Kegel se utilizan como manejo de primera línea en paciente con IUE o IUM leve, estos ejercicios consisten en contraer y relajar los músculos del suelo pélvico, especialmente del músculo pubocoxígeo, con diferentes ritmos o pausas y en diferentes posturas. El objetivo de estos ejercicios de Kegel son aumentar la fuerza, resistencia, mejorar la coordinación muscular es decir la contracción de los músculos pélvicos previo al aumento de la presión intraabdominal. Estos ejercicios son de bajo riesgo y pueden reducir de manera significativa la IU (García L, 2020).

Tratamiento farmacológico: el tratamiento farmacológico en la IUU se basa en medicamentos antimuscarínicos ya que se ha demostrado su eficacia y efectividad clínica. Dentro de este grupo de fármacos se encuentran el trospio, solifenacina, fesoterodina, tolterodina y oxibutinina. En la IUE, el tratamiento farmacológico busca incrementar el tono del músculo liso y estriado de la uretra, sin embargo; el tratamiento farmacológico de este tipo de incontinencia en específico no es la primera línea de manejo.

Tratamiento quirúrgico: el tratamiento quirúrgico está recomendado como última opción cuando la fisioterapia fracasa. La colposuspensión de Burch se utiliza en pacientes con hipermovilidad uretral con IUE su propósito es estabilizar la uretra estirando los tejidos de la proximidad del cuello vesical y la uretra proximal hacia la cavidad pélvica, detrás de la sínfisis púbica de manera que pueda resistir mejor la presión de la vejiga llena. Se utilizan abordajes tanto abdominales como vaginales y actualmente laparoscópicos.

También, se puede colocar un cabestrillo suburetral o sling, ya que ayuda a cerrar la uretra y el cuello de la vejiga. Este procedimiento ha superado en cierta manera la cirugía de colposuspensión de Burch. En la mayoría de los casos se utiliza en pacientes con deficiencia

esfinteriana intrínseca. La neuromodulación sacra es utilizada en pacientes con IUU el manejo se basa en la estimulación eléctrica de los nervios que inervan tanto la vejiga como la pelvis, para modular y restablecer el equilibrio entre los reflejos inhibitorios y facilitadores que controlan la actividad funcional del suelo pélvico. La neuromodulación es ideal para pacientes en los cuales ha fracasado el tratamiento conservador y farmacológico (Arias Amador, Rojas Diaz, & Villalobos Montenegro, 2021).

2.4.2 Incontinencia Anal (IA)

La IA es definida como la pérdida involuntaria de heces o gases a través del ano, lo que perjudica gravemente la calidad de vida de las personas que lo padecen provocando vergüenza, incomodidad y aislamiento social.

La prevalencia de IA en mujeres es del 28 al 39% principalmente posterior a su primer parto vaginal, siendo la causa más común el trauma obstétrico (Castro Grespan, 2019). En un estudio realizado con 15.000 mujeres el 21% presentaba IA siendo el síntoma más prevalente la incapacidad de controlar gases (Junqueira, de Souza Caroci, de Paula Batista, Guimarães, & Penha, 2018). La IA es una enfermedad común, poco reportada y su incidencia real se desconoce debido que genera vergüenza además que el paciente no busca atención médica oportuna.

2.4.2.1 Fisiopatología

La fisiopatología de la incontinencia fecal o anal está basada en una interacción combinada de mecanismos sensoriales, motores y de las funciones del tracto intestinal inferior. Ocurre si uno o más de estos componentes fallan y cuando los mecanismos compensatorios no funcionan (Pérez Rodríguez, Martínez Torres, García Delgado, Rodríguez Adams, & Rodríguez Lara, 2019).

Pueden ser de tipo idiopática, congénita, neurogénica o traumática, esta última por lo general se debe a causa obstétrica principalmente por la realización de episiotomía ya que puede provocar alteración a nivel del esfínter anal externo, también puede deberse a una lesión del nervio pudiendo por compresión de la cabeza fetal o estiramiento del piso pélvico durante el trabajo de parto prolongado.

2.4.2.2 Clasificación de la Incontinencia fecal

Según el contenido:

- Gases
- Heces líquidas
- Sólidas

Según la sintomatología:

- **La IA pasiva:** escape del contenido fecal sin que el paciente sea consciente, suele estar relacionada con la disminución grave del tono muscular en reposo, principalmente disfunciones en el esfínter anal interno (EAI).

- **La IA de urgencia:** salida del contenido fecal sin poder detenerlo, está relacionado con lesiones en el esfínter anal externo (EAE).
- **La IA mixta:** IA pasiva más IA de urgencia
- **La IA postdefecación:** salida de heces tras una defecación, con continencia normal durante el resto del tiempo, se relaciona con problemas perianales o lesiones del EAI.
- **La IA durante la micción:** salida involuntaria de contenido fecal durante la micción se debe a lesiones a nivel medular, debido a que la presión a nivel del EAI no aumenta cuando en condiciones normales sí que lo haría, evitando así la salida de heces cuando se micciona.

2.4.2.3 Factores de riesgo

En cuanto a los factores de riesgo, los más comunes son historia de incontinencia, movilidad reducida, daño cognitivo y edad mayor de setenta años. En el caso de las mujeres resaltan el trabajo de parto prolongado, partos instrumentados (uso de fórceps), parto vaginal complicado, un feto de aumentado de tamaño, episiotomías (agrandamiento quirúrgico del orificio vaginal al realizar incisión en el periné, a nivel vulvar, que se realiza en la segunda etapa del parto), desgarros perineales y antecedentes de cirugía anal o rectal.

2.4.2.4 Diagnóstico

El diagnóstico de la IA es clínico, para lo cual se debe realizar una historia clínica, obstétrica y quirúrgica bien detallada. En cuanto a los síntomas se debe evaluar el inicio, gravedad, frecuencia, duración y sobre todo el tipo de incontinencia fecal. Además es necesario interrogar acerca de sintomatología relacionada con prolapso, incontinencia urinaria y tratamientos previamente realizados. Todo esto con el objetivo de establecer un tratamiento adecuado (Cárcamo G, y otros, 2022).

Para valorar la IA y su gravedad se puede utilizar la puntuación de Wexner esta escala gradúa la incontinencia para heces sólidas, líquidas, gases, el uso de paños o medidas de contención y la alteración en la calidad de vida, en una escala de 0 (nunca incontinencia) a 4 (siempre), obteniéndose una puntuación total entre 0 (continencia perfecta) y 20 (incontinencia completa). Una puntuación > 9 puede considerarse el punto de corte a partir del cual la incontinencia fecal afecta la calidad de vida y podría considerarse grave (Miguel Valencia, y otros, 2020).

Ilustración 4. Score de Wexner.

Tipo IF	Nunca	Raramente (< 1 vez/mes)	Algunas veces (> 1 vez/mes y < 1 vez/semana)	Frecuente (> 1 vez/semana y < 1 vez/día)	Siempre (> 1 vez/día)
Gases	0	1	2	3	4
Líquidas	0	1	2	3	4
Sólidas	0	1	2	3	4
Uso de paños	0	1	2	3	4
Alteración de estilo de vida	0	1	2	3	4
	0: Continencia perfecta	20:	Incontinencia completa		

Fuente: Revista Chilena de Cirugía, 2016.

En caso de sospecha de lesión de la rama del nervio pudiendo para nos podemos guiar por los criterios de Nantes.

Ilustración 5. Criterios de Nantes diagnósticos para el SANP

<i>Criterios de Nantes</i>	1) Dolor en el territorio anatómico del nervio pudiendo
	2) Empeora al sentarse
	3) El paciente no se despierta a la noche por el dolor
	4) No hay pérdida objetiva de la sensibilidad en el examen clínico
	5) Hay una respuesta positiva al bloqueo del nervio pudiendo

Fuente: Revista de la Sociedad española del dolor, 2018.

Para evaluar el impacto en la calidad de vida en pacientes con este padecimiento existe el

cuestionario FIQL (Fecal Incontinence Quality of Life Scale). Esta escala consiste en 29 preguntas, con puntajes del 1 al 4 donde se valora áreas como el estilo de vida, comportamiento, depresión y vergüenza. Cada pregunta del 1 (estado funcional bajo de calidad de vida) al 5. La puntuación para cada dimensión se calcula como la media de los ítems que la conforman (Anexo IV).

2.4.2.5 Tratamiento

Existen numerosas alternativas de tratamiento, que fluctúan desde el manejo médico, terapia conductual, reeducación rectal y fisioterapia del suelo pélvico, algunos pacientes que presentan prolapso rectal o daño esfintérico asociados requieren de intervención quirúrgica como la esfinteroplastia y esfínteres artificiales, es importante recalcar que las mujeres que sufren una lesión perineal y especialmente aquellas con una lesión del esfínter anal, son candidatas a seguimiento posparto dentro de las primeras 2 a 4 semanas para evaluar la curación y funcionalidad.

La terapia conductual involucra establecer hábitos alimenticios saludables con el propósito de lograr deposiciones de una consistencia adecuada para optimizar la continencia y la evacuación, así mismo la reeducación rectal para mejorar la capacidad de continencia rectal y lograr una adecuada frecuencia defecatoria. Además, se pueden realizar reeducación acerca de la posición y la técnica correcta de defecación, buscando evitar el pujo excesivo durante todo el proceso. El tratamiento de fisioterapia del suelo pélvico incluye las técnicas de biofeedback, electroestimulación, gimnasia abdominal hipopresiva, ejercicios de Kegel y la rehabilitación del piso pélvico (RPP).

La Rehabilitación del piso pélvico fue elaborada por una kinesióloga experta en la terapia y se basa en una combinación de métodos no invasivos de tratamiento. Su objetivo es mejorar la sensibilidad, coordinación, fuerza y resistencia del recto y complejo esfinteriano, disminuyendo así los síntomas asociados a la incontinencia fecal. Con ello se logra optimizar la calidad y coordinación de las contracciones musculares, que en general son más importantes que la masa muscular en IF (Cárcamo G, y otros, 2022).

El biofeedback es una técnica neuromuscular activa que ayuda al paciente a hacer consciente del uso adecuado de la musculatura pélvica mediante de estímulos visuales y auditivos para que el paciente y el fisioterapeuta puedan ver los resultados del trabajo realizado. Los

objetivos pueden variar durante la terapia, privilegiando la propiocepción, fuerza o resistencia, entre otros (Cárcamo G, y otros, 2022). Esta técnica es de elección en pacientes que debido a la episiotomía deban mejorar la continencia urinaria, fecal, los síntomas del prolapso e incluso la necesidad de relajación de los esfínteres que pueden estar dañados, en este caso el biofeedback trabajará la contracción y relajación de la musculatura dañada usando unos electrodos a nivel vaginal, anal o bien superficial.

La electroestimulación trabaja la fuerza y coordinación de los músculos del suelo pélvico, inhibiendo las contracciones de la musculatura detrusora. De esta manera podremos fortalecer los músculos dañados por el corte de la episiotomía (Méndez Olavide & Vives Morell, 2021).

La gimnasia abdominal hipopresiva es una técnica postural sistémica que tratan de entrenar y fortalecer la musculatura abdominal además de tratar las disfunciones del suelo pélvico. Su objetivo es ascender las vísceras mediante la succión de ellas para disminuir la presión intraabdominal, también ayuda a fortalecer y aumentar el tono de la musculatura atrofiada del suelo pélvico, esta técnica está indicada para la incontinencia urinaria, incontinencia fecal y prolapso de órganos.

Por último, de ser el caso que el nervio pudendo se encuentre atrapado por la cicatriz, se puede acudir a la cirugía descompresiva del nervio de manera que este recupere su funcionalidad y la de la musculatura que inerva.

2.4.3 Prolapso de órganos pélvicos (POP)

Se define como el descenso parcial o total de uno o más órganos pélvicos (uretra, vejiga, útero y recto) por debilidad de la musculatura del suelo pélvico, a través de la vagina o debajo de ella. Puede presentarse como sensación de cuerpo extraño en la vagina acompañada de la dificultad para sentarse, caminar, levantar objeto, además de disquecia, dolor vaginal y lumbar. El POP está asociada generalmente con incontinencia urinaria, estreñimiento y disfunción sexual.

Se estima que nueve de cada diez mujeres presentan algún grado de prolapso durante su vida, pero solo un 5% será sintomático. Es un problema común, afectando aproximadamente al 30% de las mujeres entre 20 - 59 años, y a más de la mitad de las mujeres mayores de 50

años (Espitia De la hoz, 2022). Son pocos estudios que describen la prevalencia de POP debido a la inconsistencia de su sintomatología y a los problemas de la normalización del examen vaginal.

2.4.3.1 Clasificación de prolapso de órganos pélvicos.

Prolapsos de segmento anterior (vejiga):

- **Cistocele:** prolapso de la pared vaginal anterior que se acompaña de la protrusión de la vejiga. Se produce por debilidad en los tejidos y fascias que sostienen la vejiga en su posición normal, tendiendo ésta a desplazarse hacia abajo por la fuerza de la gravedad.

Prolapso de segmento posterior (recto)

- **Rectocele:** prolapso de la pared vaginal posterior que se acompaña de la protrusión del recto. Se produce por debilidad de la pared de tejido fibroso que separa el recto de la vagina.

Prolapso del segmento apical (útero y cúpula vaginal):

- **Histerocele y prolapso de la cúpula vaginal:** descenso del útero o la cúpula vaginal a través del hiato vaginal. Puede acompañarse de las paredes vaginales y de los órganos adyacentes como vagina y recto. Es el prolapso más severo y se conoce como procidencia (Ramírez de Arellano, 2021).

2.4.3.2 Factores de riesgo

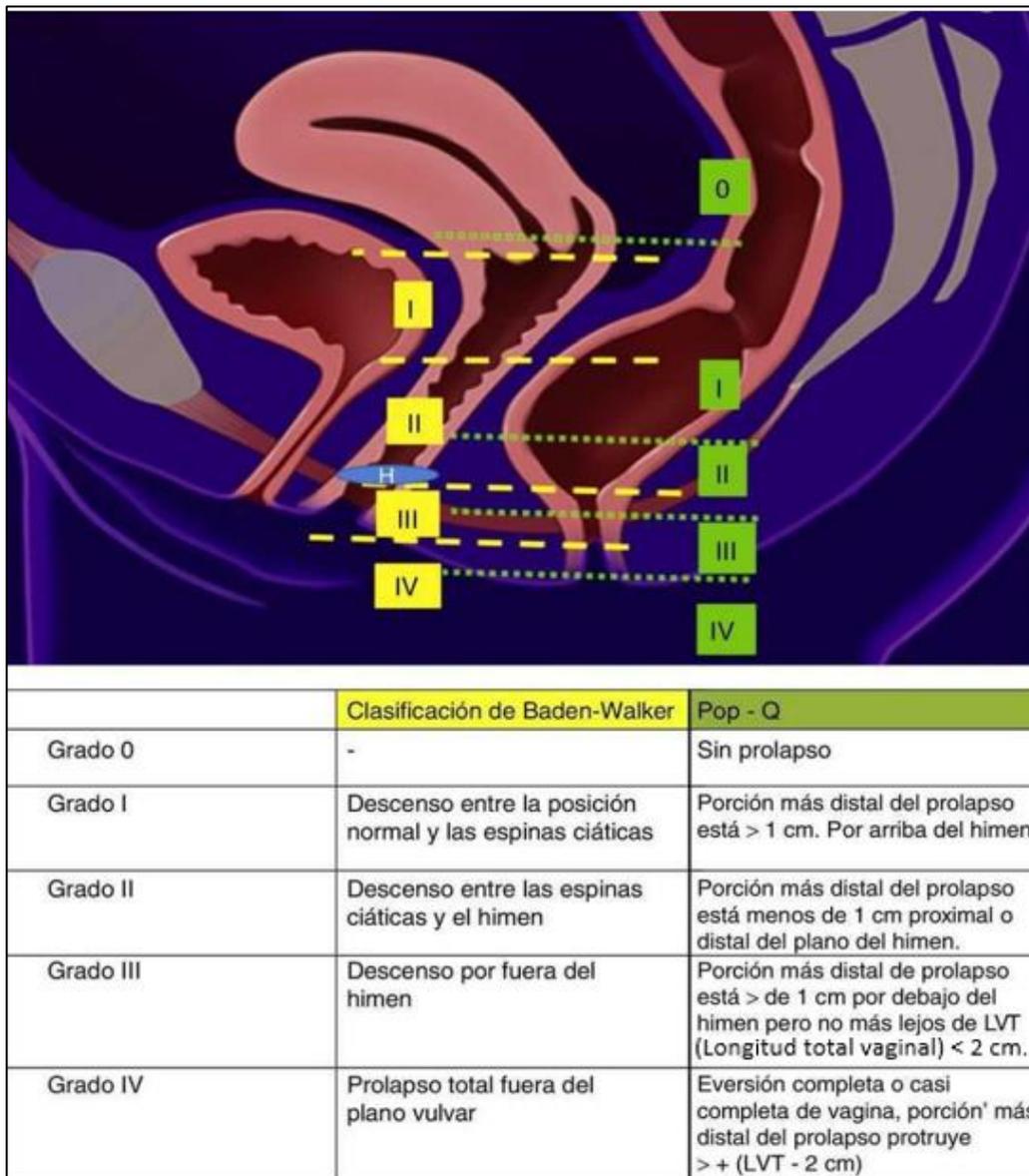
Entre los factores de riesgo de POP están la edad avanzada, multiparidad, parto vaginal, obesidad, edad temprana del primer parto, parto instrumentado (uso de fórceps), segunda etapa del parto prolongada, levantar objetos demasiado pesados, antecedente de histerectomía, tos crónica, realizar actividad física de alto impacto, entre factores favorecen la aparición del prolapso de órganos pélvicos (Espitia De la hoz, 2022).

2.4.3.3 Diagnostico

El diagnóstico del POP es principalmente clínico, se debe realizar una historia clínica detallada y examen físico minucioso del suelo pélvico por lo que generalmente se requiere una investigación adicional mínima, en la mayoría de los casos no hay necesidad de realizar estudios complementarios.

Para valorarlo POP podemos utilizar la clasificación de Baden Walker y el Sistema POP-Q (Cuantificación del Prolapso de Órganos Pélvicos) aprobado la International Continence Society (ICS), la American Urogynecological Society (AUGS) y la Society of Gynecologic Surgeons (SGS) para identificar el grado de prolapso. Este sistema tiene como objetivo demostrar la extensión máxima de los prolapsos durante el examen físico, tomando como punto de referencia al himen para todas sus mediciones, a partir del cual se miden 6 puntos, los puntos que se encuentren sobre el himen o proximales se designan positivos y los puntos bajo el himen o distales se designan como negativos” (Cruz Miñano, 2021).

Ilustración 6. Clasificación de prolapso de órganos pélvicos



Fuente: Revista Mexicana de Urología, 2016.

2.4.3.4 Tratamiento

El tratamiento para las pacientes con POP depende de la gravedad de los síntomas, edad y de la afectación en la calidad de vida de las pacientes, el tratamiento conservador incluye la reducción de los factores de riesgo como la obesidad, dejar el consumo de tabaco y estreñimiento crónico junto con fisioterapia del suelo pélvico. El tratamiento con estrógenos tópicos está indicado en los casos de irritación para prevenir la ulceración.

Se pueden también los pesarios que son objetos de silicona o látex que se colocan en la vagina para dar soporte al órgano pélvico prolapsado. Pueden usarse como tratamiento si la paciente no desea la intervención quirúrgica o como alivio temporal hasta que se realiza la operación. Está contraindicado en paciente con alergia al material, infección vaginal o dificultad de las pacientes para usarlo (Ramírez de Arellano, 2021).

Las pacientes que se encuentren dentro de las etapas I y II y que son asintomáticas usualmente, requiere tratamiento conservado, junto con los Ejercicios de Kegel; mientras que las pacientes en etapa II que son sintomáticas y las pacientes en etapa III y IV requieren un adecuado tratamiento quirúrgico (Cruz Miñano, 2021).

Tratamiento quirúrgico: La cirugía está indicada en pacientes que presentan sensación de bulto en genitales externos y este síntoma les molesta. Suele corresponder a un estadio II, III y IV. Los objetivos del tratamiento quirúrgico son: obtener un buen resultado, procurar una mejoría de las disfunciones identificadas en el estudio preoperatorio y aplicar medidas preventivas para evitar recurrencia del síntoma de prolapso y la aparición de nuevas disfunciones. Estos objetivos no siempre son alcanzables y dependen en gran medida de las características de la paciente y de la presencia de factores de riesgo de recidiva (Progresos de Obstetricia y Ginecología, 2020).

Las técnicas quirúrgicas pueden ser:

– **Obliterativas (colpocleisis):** persiguen el cierre del hiato genital para contener el prolapso. Se suele emplear en pacientes de edad avanzada, con importantes prolapsos o recidivas en las que se prevea un riesgo quirúrgico para cirugía reconstructiva, y que aceptan la incapacidad para mantener relaciones sexuales coitales. La vía de abordaje es siempre vaginal (Progresos de Obstetricia y Ginecología, 2020).

– **Reconstructivas:** tienen la misión de conseguir el mejor resultado anatómico y funcional. La vía de abordaje puede ser vaginal, abdominal abierta o laparoscópica. Estas pueden ser:

- **Colpoplastia anterior y posterior:** consiste en la resección y sutura de la mucosa vaginal redundante en la pared anterior y posterior de la vagina.
- **Cirugía con mallas en el compartimento anterior:** en la actualidad el empleo profiláctico de mallas para el cistocele no está recomendada por la morbilidad concomitante.
- **Histerectomía vaginal:** consiste en la exéresis del útero y la fijación de la cúpula vaginal a los ligamentos uterosacos y parametrios, para prevenir recidivas.
- **Histeropexia:** consiste en la fijación del útero a la pared abdominal, la fijación del útero puede precisar material protésico, tanto si son por vía vaginal como por vía abdominal.
- **Cervicopexia:** consiste en la fijación del cuello uterino.
- **Cirugía del prolapso de cérvix (intervención de Manchester):** Indicada en casos de elongación cervical y, eventualmente, para conservar la fertilidad.
- **Colposacropexia:** se utiliza mallas para fijación de la vagina al promontorio sacro.
- **Cirugía del prolapso de cúpula vaginal:** Fijación uni o bilateral de la cúpula vaginal al ligamento sacroespinoso con puntos irreabsorbibles (técnica de Richter).

2.5 Prevención

Como tratamiento preventivo de la disfunción del suelo pélvico, debemos tener en cuenta los principales factores de riesgo que pueden comprometer la estabilidad de este y derivar en una disfunción. De todos los factores de riesgo, podemos prevenir la obesidad, el aumento de presión intraabdominal y el trauma perineal. Por lo tanto, el tratamiento consistirá en: por una parte, mantener un estilo de vida saludable, evitar realizar ejercicios de alto impacto, disminuir el consumo de café, tabaco y alcohol y fortalecer el suelo pélvico mediante fisioterapia.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo de Investigación

El presente trabajo investigativo responde a un estudio de tipo descriptivo, de campo, correlacional, retrospectivo y de corte transversal.

Es un estudio descriptivo porque se analiza y se expone las formas clínicas de disfunción de suelo pélvico, así como el manejo terapéutico indicado a las mujeres atendidas en el Hospital General IESS Riobamba.

Se trata de un estudio de campo ya que la información se ha obtenido en base a datos de las historias clínicas registradas en el sistema AS400 de la institución de salud.

Es un estudio correlacional ya que vamos a relacionar variables como los factores de riesgo con los tipos de disfunción más prevalentes en esta investigación.

Es un estudio de corte transversal y retrospectivo porque se realiza un análisis de los datos de todas las mujeres de edad mediana atendidas en el Hospital IESS Riobamba durante el periodo 2020 -2021, con diagnóstico de algún tipo de disfunción del suelo pélvico.

3.2. Población

Tras la búsqueda de historias clínicas se determina un universo de estudio de 787 pacientes que fueron atendidas en el Hospital General Riobamba del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social durante el periodo 2020 – 2021, se trabajó con mujeres que presentaban algún tipo de disfunción de suelo pélvico.

3.3. Muestra

Luego de tener en cuenta los criterios de inclusión y exclusión se determinó como muestra 163 pacientes con algún tipo de disfunción de suelo pélvico.

Criterios de inclusión:

- Pacientes entre 40 a 59 años de edad
- Paciente con algún tipo de disfunción del suelo pélvico

- Pacientes atendidas por consulta externa durante el 2020 y 2021
- Pacientes hospitalizadas por algún tipo de disfunción del suelo pélvico durante el 2020 -2021

Criterios de exclusión:

- Pacientes menores de 40 años.
- Pacientes mayores de 59 años
- Pacientes con incontinencia urinaria neurogénica

3.4. Técnica e instrumentos de recolección de datos

Se realizó una matriz de datos obtenidos por medio de la revisión de historias clínicas, notas de ingreso, evoluciones diarias, protocolos operatorios, notas postoperatorias, registradas en el sistema AS400 del Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba mediante el cual se desarrolló una base de datos para el análisis de la información. Además, se aplicó un cuestionario mediante llamadas telefónicas a todas las pacientes para evaluar el cumplimiento terapéutico establecido, recidivas después del tratamiento quirúrgico y la calidad de vida.

3.5. Procesamiento de la información

Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 21.0, un software que permite un análisis estadístico avanzado en el cual se realizó un análisis univariado, obteniendo tablas de frecuencia y porcentajes; y bivariado, donde se emplea la prueba de chi² para determinar la relación entre variables cualitativas dicotómicas y el cálculo de la “razón de prevalencia”. Las variables cualitativas se expresaron en frecuencias absolutas y relativas; y las cuantitativas en su media, mínima, máxima y rango.

3.6. Consideraciones éticas

La información obtenida de todas las pacientes, durante el trabajo de investigación se mantuvo bajo absoluta confidencialidad, respetando los principios bioéticos y fue utilizada con fines netamente académicos. Además, se realizó una declaración de conflicto de intereses, el mismo que fue revisado y firmado por el Coordinador de Docencia e Investigación del Hospital General IESS Riobamba, el Tutor encargado del proyecto y las autoras.

3.7. Sistema de Variables

Cuantitativas:

- Edad

Antecedentes Gineco-obstétricos

- Número de embarazos
- Número de Parto vaginal

Cualitativas:

- Etnia
- Nivel de instrucción
- Antecedentes quirúrgicos
- Obesidad
- Estreñimiento
- Hábito de fumar
- Menopausia
- Tipo de disfunción
- Tratamiento
- Calidad de vida

Tabla 1. Operacionalización de variables

Variable	Definición	Tipo de variable	Categoría	Escala	Indicador
Edad	Años que han pasado desde el nacimiento de una persona.	Cuantitativa	Continua	Mujeres de edad mediana (40-59 años)	Media Mínimo Máximo
Etnia	Grupo de personas que comparten una afinidad cultural.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Indígena Mestiza	Frecuencias Porcentajes
Nivel de instrucción	Grado de estudios realizados	Cualitativa	Ordinal	Primaria Secundaria Superior Ninguno	Frecuencia Porcentajes
Antecedentes gineco-obstétricos	Información sobre la salud sexual y reproductiva de una mujer	Cuantitativa	Nominal Dicotómica	Número de embarazos Número de partos vaginales	Media Mínimo Máximo
Antecedentes quirúrgicos	Información sobre cirugías que se ha realizado una persona	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Histerectomía Ninguna	Frecuencia Porcentajes
Otros factores de riesgo	Otras condiciones que aumentan la probabilidad de una persona de contraer una enfermedad	Cualitativa	Nominal Politómica	Menopausia Obesidad Estreñimiento Hábito de fumar	Frecuencia Porcentajes
Tipo de disfunción	Tipo de trastornos que alteran el mecanismo del suelo pélvico	Cualitativa	Nominal Politómica	Incontinencia urinaria de esfuerzo Incontinencia fecal Cistocele Rectocele Histerocele	Frecuencia Porcentajes
Tratamiento	Conjunto de medios cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Ejercicios de Kegel Procedimiento Quirúrgico	Frecuencia Porcentaje
Calidad de vida	Condiciones que contribuyen al bienestar de los individuos y a la realización de sus potencialidades en la vida social.	Cualitativa	Nominal Politómica	Leve impacto Moderado impacto Intenso impacto Muy Intenso	Frecuencia Porcentajes

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados

Tabla 2. Distribución de la población según la edad

N	Válidos	163
	Perdidos	0
Media	51,1963	
Mínimo	40,00	
Máximo	59,00	

Fuente: Estadísticas obtenidas mediante revisión de historias clínicas realizadas en el servicio de ginecología del Hospital General IESS Riobamba

Elaborado por: Agua S., Arévalo G. (2022)

Tabla 2: De acuerdo con la distribución de la población estudiada según la edad, se evidenció que la media corresponde a 51,19 años con una edad mínima de 40 años y una máxima de 59 años.

Tabla 3. Distribución de la población según etnia

Etnia		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Mestiza	152	93,3	93,3	93,3
	Indígena	11	6,7	6,7	100,0
	Total	163	100,0	100,0	

Fuente: Estadísticas obtenidas mediante revisión de historias clínicas realizadas en el servicio de ginecología del Hospital General IESS Riobamba

Elaborado por: Agua S., Arévalo G. (2022)

Tabla 3: En la distribución de la población estudiada respecto a la etnia se evidenció que el 93,3% (152) corresponden a las mujeres de raza mestiza y el 6,7% (11) a la indígena. Se concluye entonces que las mujeres de raza mestiza fueron las más afectadas.

Tabla 4. Distribución de la población según el nivel de instrucción

Nivel de instrucción		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Primaria	33	20,2	20,2	20,2
	Secundaria	65	39,9	39,9	60,1
	Superior	64	39,3	39,3	99,4
	Analfabetas	1	,6	,6	100,0
	Total	163	100,0	100,0	

Fuente: Estadísticas obtenidas mediante revisión de historias clínicas realizadas en el servicio de ginecología del Hospital General IESS Riobamba

Elaborado por: Agua S., Arévalo G. (2022)

Tabla 4: La distribución de la población según el nivel de instrucción evidenció que el 39,9% (65) de las mujeres con DSP presentaban un nivel de instrucción secundaria; seguido del 39,3 % (64) con instrucción superior; 20,2% (33) con instrucción primaria y 6% (1) fue analfabeta. Esto demuestra un predominio de las disfunciones de suelo pélvico en mujeres con nivel de instrucción secundaria y superior.

Tabla 5. Distribución de la población según los antecedentes ginecoobstétricos

		Número_de embarazos	Número de partos_vaginales
N	Válidos	163	163
	Perdidos	0	0
Media		3,5092	2,8344
Mínimo		1,00	,00
Máximo		10,00	10,00

Fuente: Estadísticas obtenidas mediante revisión de historias clínicas realizadas en el servicio de ginecología del Hospital General IESS Riobamba

Elaborado por: Agua S., Arévalo G. (2022)

Tabla 5: Según la distribución de la población de acuerdo con los antecedentes gineco-obstétricos, se evidenció que las mujeres que presentan DSP tuvieron una media de 3,5 embarazos con una mínima de 1 y un máximo de 10 embarazos. Y según el número de partos vaginales la media del número de partos vaginales fue de 2,8, con un mínimo de 0 y un máximo de 10 partos vaginales.

Tabla 6. Distribución de la población según antecedentes quirúrgicos

Antecedentes quirúrgicos		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Histerectomía	32	19,6	19,6	19,6
	Ninguno	131	80,4	80,4	100,0
	Total	163	100,0	100,0	

Fuente: Estadísticas obtenidas mediante revisión de historias clínicas realizadas en el servicio de ginecología del Hospital General IESS Riobamba

Elaborado por: Agua S., Arévalo G. (2022)

Tabla 6: De acuerdo con la distribución de la población según los antecedentes quirúrgicos se observó que un 80% (131) de las mujeres no tenían antecedente quirúrgico que se relacione con DSP, mientras que un 19,6% (32) tenían como antecedente quirúrgico la histerectomía.

Tabla 7. Distribución de la población según otros factores de riesgo

Otros factores de riesgo		Recuento	% del n de la columna
Menopausia	Si	90	55,2%
	No	73	44,8
Obesidad	Si	80	49,1%
	No	83	50,9%
Estreñimiento	Si	19	11,7%
	No	144	88,3%
Hábito de fumar	Si	7	4,3%
	No	156	95,7%

Fuente: Estadísticas obtenidas mediante revisión de historias clínicas realizadas en el servicio de ginecología del Hospital General IESS Riobamba

Elaborado por: Agua S., Arévalo G. (2022)

Tabla 7: De acuerdo con la distribución de la población según otros factores de riesgo se evidenció que el 55,2% (90) de las mujeres con disfunción del suelo pélvico eran menopáusicas, seguido por el 49,1% (80) de mujeres que eran obesas, el 11,7% (19) que presentaban estreñimiento y un 4,3% (7) tenían hábito de fumar. Cabe recalcar que el 36,2% (59) de mujeres compartían varios de estos factores de riesgo. Esto demuestra que en la población de estudio según otros factores de riesgo la mayoría de las mujeres con disfunciones del suelo pélvico eran menopáusicas y obesas.

Tabla 8. Distribución de la población según el tipo de disfunción de suelo pélvico

Tipo de disfunción del suelo pélvico		Recuento	% del n de la columna
Incontinencia Urinaria de esfuerzo	Si	126	77,3%
	No	37	22,7%
Cistocele	Si	97	59,5%
	No	66	40,5%
Rectocele	Si	17	10,4%
	No	146	89,6%
Histerocele	Si	16	9,8%
	No	147	90,2%
Incontinencia anal	Si	1	0,6%
	No	162	99,4%

Fuente: Estadísticas obtenidas mediante revisión de historias clínicas realizadas en el servicio de ginecología del Hospital General IESS Riobamba

Elaborado por: Agua S., Arévalo G. (2022)

Tabla 8: La distribución de la población según el tipo de disfunción de suelo pélvico demostró que el 77,3% (126) de las mujeres presentaban incontinencia urinaria de esfuerzo, seguido por el 59,5% (97) con cistocele, el 10,4% (17) con rectocele, el 9,8% (16) con histerocele y el 0,6% (1) con incontinencia fecal. Cabe recalcar que estas patologías superan

el 100%, debido a que el 49,7% (81) de mujeres compartían más de una disfunción descrita.

Así tenemos que el 43,6 % (71) de mujeres compartía 2 de estas patologías (IUE – cistocele 55; IUE -Histerocele 5; Cistorectocele 8; Cistocele-histerocele 3 mujeres), el 3,7 % (6) compartía 3 patologías (IUE-Cistorectocele 5 mujeres; IUE-Cistocele-histerocele 1 mujer) y el 2,5% (4) compartía 4 de estas patologías (IUE-Cistorectocele - histerocele 3 mujeres e IUE-rectocele-histerocele-IA 1 mujer). Se evidenció entonces que en esta población de estudio las formas clínicas de DSP más frecuentes fueron la IUE y el cistocele mientras que las menos frecuente fueron el rectocele, histerocele e incontinencia anal.

Tabla 9. Distribución de la población según el grado de cistocele

Grado de cistocele		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Grado I	34	20,9	20,9	20,9
	Grado II	38	23,3	23,3	84,7
	Grado III	25	15,3	15,3	100,0
	no tienen cistocele	66	40,5	40,5	61,3
	Total	163	100,0	100,0	

*Fuente: Estadísticas obtenidas mediante revisión de historias clínicas realizadas en el servicio de ginecología del Hospital General IESS Riobamba
Elaborado por: Agua S., Arévalo G. (2022)*

Tabla 9: De acuerdo con la distribución de la población según el grado de Cistocele en el Hospital del IESS, el grado II de Cistocele con un 23,3% (38) predominó, seguido por el grado I con un 20,9% (34) y el grado III con un 15,3% (25). Con lo que se concluye que de todas las pacientes con Cistocele el grado II fue el más predominante.

Tabla 10. Distribución de la población según el grado de rectocele

Grado de rectocele		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Grado I	4	2,5	2,5	2,5
	Grado II	9	5,5	5,5	8,0
	Grado III	4	2,5	2,5	10,4
	No tienen rectocele	146	89,6	89,6	100,0
	Total	163	100,0	100,0	

*Fuente: Estadísticas obtenidas mediante revisión de historias clínicas realizadas en el servicio de ginecología del Hospital General IESS Riobamba
Elaborado por: Agua S., Arévalo G. (2022)*

Tabla 10: De acuerdo a la distribución de la población según el grado de rectocele en el Hospital del IESS, el grado II de rectocele con un 5,5 % (9) predominó, seguido por el

grado I y III con un 2,5% (5). Con lo que se concluye que de todas las pacientes con rectocele el grado II fue el más predominante.

Tabla 11. Distribución de la población según tratamiento

		Tratamiento		Total	
		Quirúrgico 32,5% (53)	Ejercicios de kegel 67,5% (110)	100,0% (163)	
		Recuento	Recuento	Frecuencia	Porcentaje
Incontinencia urinaria de esfuerzo	Si	31	95	126	77,3%
	No	22	15	37	22,7%
Cistocele	Si	34	63	97	59,5%
	No	19	47	66	40,5%
Rectocele	Si	8	9	17	10,4%
	No	45	101	146	89,6%
Histerocele	Si	8	8	16	9,8%
	No	45	102	147	90,2%
Incontinencia anal	Si	1	0	1	0,6%
	No	52	110	162	99,4%

*Fuente: Estadísticas obtenidas mediante revisión de historias clínicas realizadas en el servicio de ginecología del Hospital General IESS Riobamba
Elaborado por: Agua S., Arévalo G. (2022)*

Tabla 11: La distribución de la población según el tratamiento demostró que al 67,5% (110) de las pacientes con disfunción del suelo pélvico se les indico como tratamiento los ejercicios de Kegel, mientras que el 32,5% (53) fueron tratadas quirúrgicamente. Así tenemos que 31 mujeres con IUE, 34 con cistocele, 8 con rectocele, 8 con histerocele y 1 con incontinencia anal fueron tratadas quirúrgicamente, mientras que a las 95 mujeres con IUE, 63 con cistocele, 9 con rectocele y 8 con histerocele se les indico realizar ejercicios de Kegel.

Tabla 12. Relación de las disfunciones del suelo pélvico con la multiparidad

		Multiparidad		Chi-cuadrado	P	Razón de prevalencia (RP)	Intervalo de confianza95 %
		Si	No				
		Recuento	Recuento				
Incontinencia Urinaria de esfuerzo	Si	100	26	1,84	0,17		
	No	33	4				
Cistocele	Si	85	12	5,81	0,016	1,20	(1,02;1,42)
	No	48	18				
Rectocele	Si	15	2	0,56	0,455		
	No	118	28				
Histerocele	Si	16	0	4,00	0,04	1,25	(1,16;1,36)
	No	117	30				
Incontinencia anal	Si	1	0	0,23	0,63		
	No	132	30				

*Fuente: Estadísticas obtenidas mediante revisión de historias clínicas realizadas en el servicio de ginecología del Hospital General IESS Riobamba
Elaborado por: Agua S., Arévalo G. (2022)*

Tabla 12: En la presente tabla se analiza la relación de cada una de las disfunciones de suelo pélvico encontrados en este estudio con la multiparidad, evidenciándose que la multiparidad tiene relación con el cistocele al igual que con el histerocele, ya que se obtuvo un valor de P del chi2 menor de 0,05. La razón de prevalencia entre cistocele y multiparidad fue de 1,20 con un intervalo de confianza de 95% (1,02;1,42). En cuanto a la relación entre histerocele y multiparidad la razón de prevalencia fue de 1,25 con un intervalo de confianza de 95% (1,16;1,36), esto demostró que aquellas pacientes multíparas tenían 1,20 veces más riesgo de presentar cistocele y 1,25 veces más riesgo de presentar histerocele.

Por otra parte, no se evidenció relación alguna de la multiparidad con la incontinencia urinaria de esfuerzo, rectocele e incontinencia fecal lo cual se justifica porque el valor P del chi2 es mayor a 0,05. Adicionalmente se evidencia que de las 126 mujeres con IUE, 100 eran multíparas, de las 97 mujeres con cistocele 85 eran multíparas, de las 17 mujeres con rectocele, 15 eran multíparas, de las 16 mujeres con histerocele todas eran multíparas y la mujer con incontinencia anal era multípara.

Tabla 13. Relación de las disfunciones del suelo pélvico con menopausia

		Menopausia		Chi-2	P
		Si	No		
		Recuento	Recuento		
Incontinencia urinaria de esfuerzo	Si	68	58	0,35	0,554
	No	22	15		
Cistocele	Si	55	42	0,21	0,643
	No	35	31		
Rectocele	Si	6	11	3,05	0,081
	No	84	62		
Histerocele	Si	10	6	0,38	0,537
	No	80	67		
Incontinencia fecal	Si	0	1	1,24	0,265
	No	90	72		

*Fuente: Estadísticas obtenidas mediante revisión de historias clínicas realizadas en el servicio de ginecología del Hospital General IESS Riobamba
Elaborado por: Agua S., Arévalo G. (2022)*

Tabla 13: Al analizar la relación de cada una de las disfunciones de suelo pélvico evidenciadas en este estudio con la menopausia, se demostró que en la población estudiada no existe relación entre las variables descritas, justificada con el valor de P del chi2 mayor a 0,05. A su vez se observa que de las 126 mujeres con IUE 68 eran menopaúsicas, de las 97 mujeres con cistocele 55 eran menopaúsicas, de las 17 mujeres con rectocele 6 eran

menopáusicas, de las 16 mujeres con histerocele 10 eran menopáusicas.

Tabla 14. Relación de las disfunciones del suelo pélvico con obesidad

		Obesidad		Chi-2	P
		Si	No		
		Recuento	Recuento		
Incontinencia urinaria de esfuerzo	Si	67	59	3,72	0,053
	No	13	24		
Cistocele	Si	44	53	1,33	0,249
	No	36	30		
Rectocele	Si	10	7	0,72	0,395
	No	70	76		
Histerocele	Si	6	10	0,95	0,329
	No	74	73		
Incontinencia fecal	Si	1	0	1,04	0,306
	No	79	83		

Fuente: Estadísticas obtenidas mediante revisión de historias clínicas realizadas en el servicio de ginecología del Hospital General IESS Riobamba
Elaborado por: Agua S., Arévalo G. (2022)

Tabla 14: En la presente tabla se analiza la relación entre cada una de las disfunciones de suelo pélvico con obesidad, demostrándose que en la población estudiada no existe asociación entre las variables justificada con el valor de P del chi2 mayor a 0,05. Se evidencia además que de las 126 mujeres con IUE 67 eran obesas, de las 97 mujeres con cistocele 44 eran obesas, de las 17 mujeres con rectocele 10 eran obesas, de las 16 mujeres con histerocele 10 eran obesas y la mujer con incontinencia fecal era obesa.

Tabla 15. Relación de las difusiones del suelo pélvico con estreñimiento

		Estreñimiento		Chi-2	P
		Si	No		
		Recuento	Recuento		
Incontinencia urinaria de esfuerzo	Si	15	111	0,03	0,855
	No	4	33		
Cistocele	Si	12	85	0,12	0,730
	No	7	59		
Rectocele	Si	1	16	0,61	0,433
	No	18	128		
Histerocele	Si	0	16	2,34	0,126
	No	19	128		
Incontinencia anal	Si	0	1	0,13	0,715
	No	19	143		

Fuente: Estadísticas obtenidas mediante revisión de historias clínicas realizadas en el servicio de ginecología del Hospital General IESS Riobamba
Elaborado por: Agua S., Arévalo G. (2022)

Tabla 15: En la presente tabla se analiza la relación entre cada una de las disfunciones de suelo pélvico con estreñimiento donde se demostró que en la población estudiada no existe asociación entre las variables, justificada con el valor de P del chi2 mayor a 0,05. También se evidencia que de las 126 mujeres con IUE 15 tenían estreñimiento, de las 97 mujeres con cistocele 12 tenían estreñimiento, de las 17 mujeres con rectocele 1 tenía estreñimiento mientras que las mujeres con histerocele e incontinencia anal no presentaban estreñimiento.

Tabla 16. Relación de las difusiones del suelo pélvico con el hábito de fumar

		Fumar		Chi-2	P	Razón de prevalencia (RP)	Intervalo de confianza 95%
		Si	No				
		Recuento	Recuento				
Incontinencia urinaria de esfuerzo	Si	6	120	0,30	0,587		
	No	1	36				
Cistocele	Si	1	96	6,21	0,012	0,113	(0,01;0,92)
	No	6	60				
Rectocele	Si	0	17	0,85	0,356		
	No	7	139				
Histerocele	Si	1	15	0,17	0,684		
	No	6	141				
Incontinencia anal	Si	0	1	0,05	0,831		
	No	7	155				

*Fuente: Estadísticas obtenidas mediante revisión de historias clínicas realizadas en el servicio de ginecología del Hospital General IESS Riobamba
Elaborado por: Agua S., Arévalo G. (2022)*

Tabla 16: En la presente tabla se analiza la relación de las disfunciones de suelo pélvico encontrados en este estudio con el hábito de fumar, evidenciándose que con un valor de P menor de 0,05 existe relación entre cistocele y hábito de fumar, la razón de prevalencia fue de 0,11 con un intervalo de confianza de 95% (0,01;0,92), esto demostró que aquellas pacientes con hábito de fumar tuvieron 0,11 veces más riesgo de presentar cistocele. También se evidencia que de las 126 mujeres que tuvieron IUE, 6 tenían el hábito de fumar, de las 97 mujeres con cistocele, 1 tenía hábito de fumar, de las 16 mujeres con histerocele 1 tenía el hábito de fumar, mientras que las mujeres con rectocele e incontinencia anal no tenían hábito de fumar.

Tabla 17. Relación de las difusiones del suelo pélvico con histerectomía

		Histerectomía		Chi-2	P
		Si	No		
		Recuento	Recuento		
Incontinencia urinaria de esfuerzo	Si	24	102	0,12	0,728
	No	8	29		
Cistocele	Si	21	76	0,62	0,431
	No	11	55		
Rectocele	Si	3	14	0,05	0,827
	No	29	117		
Histerocele	Si	1	15	2,01	0,155
	No	31	116		
Incontinencia anal	Si	0	1	0,25	0,620
	No	32	130		

*Fuente: Estadísticas obtenidas mediante revisión de historias clínicas realizadas en el servicio de ginecología del Hospital General IESS Riobamba
Elaborado por: Agua S., Arévalo G. (2022)*

Tabla 17: En la presente tabla se evidencia el análisis de relación entre las disfunciones del suelo pélvico con histerectomía donde se demostró que en la población estudiada no existe asociación entre las variables justificada con el valor de P del chi2 mayor a 0,05. También se evidencia que de las 126 mujeres con IUE 24 tenían antecedente de histerectomía, de las 97 mujeres con cistocele 21 tenían antecedente de histerectomía, de las 17 mujeres con rectocele 3 tenían antecedente de histerectomía mientras que la mujer que presentaba incontinencia anal no tenía antecedente de histerectomía.

Tabla 18. Resultados del cuestionario realizado a la población estudiada para conocer la efectividad del tratamiento indicado

Respondieron llamadas	Sí 137 (84%)	Realizaron ejercicios kegel	Si	71 (43,6%)	¿mejoro?	Si	42 (25,8%)			
			No	24 (14,7%)	¿por qué?	No	29 (17,8%)			
		Cirugía	42 (25,8%)		¿continuó con los mismos síntomas ?	Falta de tiempo	22 (13,5%)		IUE Cistocele	4 (2,5%) 1 (0,6%)
						Descuido	2 (1,2%)			
	No 26 (16%)					No	37(22,7%)			
						Ejercicios de kegel (15) Quirúrgicos (11)				
Total	163									

*Fuente: Estadísticas obtenidas mediante revisión de historias clínicas realizadas en el servicio de ginecología del Hospital General IESS Riobamba
Elaborado por: Agua S., Arévalo G. (2022)*

Tabla 18: Teniendo como población total 163 pacientes se procedió a llamar a cada una para aplicar el cuestionario realizado para conocer la efectividad del tratamiento indicado por el personal de salud, un 84% (137) respondieron y un 16% (26) no, por lo cual se procedió a recolectar todos los datos con las personas que contestaron y nos colaboraron teniendo como resultados lo siguiente: de las personas a quienes se les indico los Ejercicios de Kegel como tratamiento el 43,6% (71) si lo realizo, de estos pacientes un 25,8% (42) mejoraron su sintomatología y un 17,8% (29) no. Por otro lado, el 14,7% (24) de las pacientes no realizaron ejercicios Kegel, de estas un 13,5% (22) por falta de tiempo y un 1,2% (2) por descuido. El 25,8% (42) recibieron tratamiento quirúrgico de las cuales el 3,1% (5) continua con la misma sintomatología de estas el 2,5% (4) continúan con incontinencia urinaria de esfuerzo y un 0,6% (1) con cistocele, siendo un porcentaje mínimo, en relación al 22,7% (37) de las pacientes que no continúan con sintomatología alguna después de la intervención quirúrgica.

Tabla 19. Calidad de vida de las mujeres que presentaron disfunción de suelo pélvico en el Hospital General IESS

Afectación de la calidad de vida		IUE		POP		IA	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No afecta	0	0,0	8	4,9	0	0,0
	Ligera	10	6,1	39	23,9	0	0,0
	Moderada	58	35,6	28	17,2	0	0,0
	Severa	38	23,3	14	8,6	1	,6
	No tienen	31	19,0	48	29,4	136	83,4
	No contestaron	26	16,0	26	16,0	26	16,0
	Total	163	100,0	163	100,0	163	100,0

*Fuente: Estadísticas obtenidas mediante revisión de historias clínicas realizadas en el servicio de ginecología del Hospital General IESS Riobamba
Elaborado por: Agua S., Arévalo G. (2022)*

Tabla 19: mediante llamadas telefónicas se interrogó al 84% (137) de las mujeres con DSP acerca del impacto que presentan estas patologías en su vida, utilizando como instrumento de medición el Pelvic Floor Impact Questionnaire versión reducida (PFIQ-7). Así el 35,6 % (58) de las mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo presentaron una afectación moderada en su vida, seguida por el 23,3% (38) que presentaron una afectación severa y un 6,1% (10) que presentaron una afectación ligera. En cuanto a las mujeres con prolapso de órganos pélvicos el 23,9% (39) presentaron una afectación ligera, seguido por el 17,2% (28) y 8,6% (14) que presentaron una afectación moderada y severa respectivamente, un mínimo porcentaje el 4,9% (8) de las mujeres mencionaron que no se veían afectadas por estas patologías. Sin embargo, hay que tener en cuenta el grado de prolapso de estas pacientes.

Por otra parte, siendo una persona que presento incontinencia anal en este estudio, esta patología causo una afectación severa en la calidad de vida de esta persona. Se concluye entonces que las DSP provocan un impacto negativo en la vida de las mujeres que lo padecen.

4.2 Discusión

El presente proyecto se enfoca en mujeres con diagnóstico de disfunción de suelo pélvico que acudieron a consulta externa y hospitalización del Hospital General IESS Riobamba, durante los años 2020-2021, sus posibles factores de riesgo, formas clínicas de presentación, tratamiento e impacto en la calidad de vida.

La edad media de la población estudiada corresponde a 51,19 años, lo que concuerda en el estudio realizado en el año 2020 por Pérez y sus colaboradores donde la edad media fue de 53 años, además mencionan que las mujeres de edad mediana (40-59 años) constituyen un grupo vulnerable en términos de salud genitourinaria y son susceptibles a desarrollar disfunciones de suelo pélvico (Pérez Rodríguez, Martínez Torres, García Delgado, Rodríguez Adams, & Noa Noa, 2020). Por otro lado, difiere a un estudio realizado en el año 2020 en mujeres chilenas donde la edad media para atención fue de 61,9 años. Por lo que podemos determinar que la edad influye en el desarrollo de la disfunción de suelo pélvico debido a los cambios fisiológicos que ocurren en el transcurso de la vida (Santis-Moya, Viguera, & Miranda, 2020).

Respecto a la etnia se demostró que el 93,3% de las mujeres de este estudio son mestizas y el 6,7% son indígenas. Lo que concuerda con un estudio realizado en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la ciudad de Riobamba en el año 2019 acerca de la incontinencia urinaria de esfuerzo asociada a grados de cistocele donde el 90,65% de pacientes eran mestizas, el 5,61% eran indígenas (Toapanta Chimba, 2020).

Según el nivel de instrucción el 39,9% de las mujeres que presentaron disfunción del suelo pélvico tenían un nivel de instrucción secundaria; 39,3% un nivel superior; el 20,2% un nivel primario y 6% era analfabeta. Lo que difiere con estudio realizado en el Hospital Moreno Vázquez en la ciudad de Cuenca donde el nivel de instrucción primario fue el más prevalente con un el 56.0% (Carchi Ramón, 2019). Sin embargo, nuestra investigación no supone una contradicción absoluta a la bibliografía encontrada ya que nuestro estudio se realizó en el

IESS donde mayoría de los pacientes son trabajadores del sector público que tienen un nivel de instrucción secundaria a superior.

De acuerdo con los antecedentes ginecoobstétricos, se evidenció que las mujeres que presentan DSP tuvieron una media de 3,5 embarazos con una mínima de 1 y un máximo de 10 embarazos y de estos la media de partos vaginales fue de 2,8, con un mínimo de 0 y un máximo de 10 partos vaginales. En un estudio realizado en el Centro Materno Infantil de Guayaquil señala que las mujeres mayores de 61 años tuvieron más de 6 partos, en segundo lugar, se sitúan las mujeres correspondientes a las edades de 51 a 60 años las cuales tuvieron alrededor de 3 a 5 partos y un menor porcentaje las mujeres de las edades de 40 a 45 años han tenido alrededor de 1 a 2 partos. Esto determina que, a mayor número de partos, mayor será el riesgo de desarrollar alteraciones del suelo pélvico, debido al daño neuromuscular que pueden causar (Bósquez Bósquez, 2018).

De acuerdo con la distribución de la población según los antecedentes quirúrgicos se observó que un 19,6% (32) de mujeres presentaron antecedente de histerectomía mientras que el 80% (131) no presentaron antecedentes quirúrgicos que se relacione con DSP. Lo que concuerda con el estudio realizado por Costa y Abrazal acerca de los principales factores de riesgo asociados con disfunciones del piso pélvico, donde indican que el 22% de pacientes con DSP tenían antecedentes de histerectomía mientras que el 64% de las pacientes no presentaban antecedentes quirúrgicos (Costa Mosquera & Agrazal Cantos, 2020). Por lo que se concluye que en las DSP la histerectomía es un factor de riesgo que tiene un porcentaje disminuido y concuerda con el estudio antes mencionado ya que ambas poblaciones tienen un reducido porcentaje de pacientes histerectomizadas.

Respecto a otros factores de riesgo en este estudio se evidenció que el 55,2% (90) de las mujeres con disfunción del suelo pélvico eran menopaúsicas y de estas el 31,3 % (51) eran obesas. El 11,7% (19) de las mujeres tenían estreñimiento y un 4,3% (7) tenían hábito de fumar. En un estudio realizado en Chile por Santis Moya y colaboradores sobre la “Caracterización clínica de las disfunciones de piso pélvico”, el 85.3% de las mujeres eran menopaúsicas y presentaban obesidad, el 25% presentaba estreñimiento mientras que el 21.5% tenían hábitos de fumar. El estudio mencionado tiene resultados similares a los de nuestro estudio ya que el mayor porcentaje de mujeres eran menopaúsicas y obesas mientras que un menor porcentaje tenían estreñimiento y hábito de fumar. Todos estos factores

contribuyen al debilitamiento del tejido conectivo y del colágeno del suelo pélvico provocando alteraciones de este (Santis-Moya, Viguera, & Miranda, 2020).

Según el tipo de disfunción de suelo pélvico en este estudio se demuestra que el 77,3% (126) de las mujeres presentaron incontinencia urinaria de esfuerzo, seguido por el 59,5% (97) y el 10,4% (17) que presentaron cistocele y rectocele respectivamente, el 9,8% (16) presento histerocele y el 0,6% (1) incontinencia fecal. Se menciona además que el 43,6 % (71) de mujeres compartía 2 de estas patologías el 3,7 % (6) compartía 3 patologías y el 2,5% (4) compartía 4 de estas patologías.

En un estudio realizado por Pérez y colaboradores en el 2020 donde se evaluaron a 46 mujeres que se encontraban recibiendo tratamiento rehabilitador por diversas disfunciones del suelo pélvico. Se evidenció que el 56,5 % padecían incontinencia urinaria, el 37 % presentó incontinencia fecal y el prolapso de órganos pélvicos ocurrió en el 28,3 % de las pacientes además resultó reveladora la presencia de las disfunciones asociadas en el 26,1 % de las mujeres estudiadas (Pérez Rodríguez, Martínez Torres, García Delgado, Rodríguez Adams, & Rodríguez Lara, 2019).

Es así como nuestro estudio no se correlaciona del todo con el estudio mencionado ya que se obtuvo un menor porcentaje de mujeres con incontinencia anal y un porcentaje casi similar de mujeres con incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos. Sin embargo, se resalta la presencia de incontinencia fecal, ya que es una patología subestimada y por ende subdiagnosticada. Su frecuencia en este estudio es menor sin embargo es necesario tenerla en cuenta debido al impacto negativo en la calidad de vida.

En cuanto a la asociación de disfunciones del suelo pélvico en el mismo estudio se menciona que la asociación de 2 de ellas se ve en una de cada cinco mujeres (22 %) y casi una de cada diez presenta asociadas las tres entidades (8,7 %). Así la mujer que presenta algún tipo de disfunción del piso pélvico no sólo presentará las manifestaciones físicas propias del trastorno, sino que también sobrellevará repercusiones en su vida social, emocional, laboral o profesional.

En relación con el grado de cistocele en esta población de estudio, el grado II con un 23,3% (38) predominó, seguido por el grado I con un 20,9% (34) y el grado III con un 15,3% (25).

Así mismo el grado II de rectocele con un 5,5 % (9) predominó, seguido por el grado I y III con un 2,5% (5). En un estudio sobre la “Respuesta a la reeducación de los músculos pelvianos en pacientes con prolapso vaginal en edad climatérica “el grado de prolapso que presentaban el 88% de mujeres participantes en la investigación fue el grado I y II (Abreu Pérez, Martínez Torres, Rodríguez Adams, Alerm González, & García Delgado, 2016). Estos estudios están estrechamente en relación con nuestro estudio ya que se obtuvo un porcentaje alto de cistocele grado I y II y rectocele grado II y un porcentaje bajo de cistocele y rectocele grado III.

En cuanto al tratamiento se demostró que al 67,5% (110) de las pacientes con disfunción del suelo pélvico se les indico como tratamiento los ejercicios de Kegel, mientras que el 32,5% (53) fueron tratadas quirúrgicamente. Así tenemos que 31 mujeres con IUE, 34 con cistocele, 8 con rectocele, 8 con histerocele y 1 con incontinencia anal fueron tratadas quirúrgicamente, mientras que a las 95 mujeres con IUE, 63 con cistocele, 9 con rectocele y 8 con histerocele se les indico realizar ejercicios de Kegel.

Según la literatura los ejercicios de Kegel favorecen significativamente al fortalecimiento del suelo pélvico y es utilizado como tratamiento de primera línea en la incontinencia urinaria de esfuerzo y en estadios I, II del prolapso de órganos pélvicos, ya que estos pueden recudir de manera significativa la misma. En un estudio realizado por Leticia Cano, donde 41 pacientes con IU fueron evaluadas antes y después de la intervención, se demostró que al realizar los ejercicios de Kegel se observaron resultados positivos en la disminución de la frecuencia de micción tanto diaria como nocturna, aumentando así la calidad de vida durante los 6 meses de intervención (Rivera Pilicita , 2021).

Por otro lado, en un estudio realizado en el Hospital Básico de Duran en el periodo 2017-2020 acerca de los beneficios del tratamiento conservador en mujeres con cistocele, el porcentaje de tratamiento conservador más utilizado en estadios tempranos versus cirugía de cistocele fue, la práctica de los ejercicios de Kegel 19%, en cuanto a la cirugía está recomendada cuando el tratamiento conservado fracasa y en los estadios III Y IV del prolapso de órganos pélvicos (Loja Cueva & Cely Mendoza, 2021).

En cuanto a la relación entre las disfunciones del suelo pélvico con menopausia en este estudio no se evidencia relación entre sí. Lo cual difiere con el estudio de Al Badr y cols.,

los factores de riesgo para la incontinencia urinaria son la edad avanzada $p < 0.001$, la paridad mayor a cinco $p < 0.001$, la menopausia $p = 0.004$, y la historia de cirugía ginecológica vaginal, tos crónica y la constipación $p < 0.00$.

Por otro lado en un estudio realizado en Cuenca en el Hospital José Carrasco Arteaga sobre la Prevalencia y factores asociados a prolapso genital, en mujeres entre 35 – 60 años, se evidencio que el 23 % de las pacientes fueron menopáusicas; 51,1 % tuvieron diagnóstico de prolapso genital, cifras similares se observaron en otros estudios citados en los que prevalencia de prolapso genital fue del 24 % hasta 42,84 % entre las mujeres post menopáusicas según los estudios publicados se puede atribuir a la disminución del estrógeno disponible después de esta etapa y los cambios asociados en la composición del tejido conectivo (Sarmiento Ayala, 2017).

En este estudio se evidencio que la mayoría de las mujeres (100) que presentaban IUE eran multíparas por lo cual se realizó la relación entre las variables IUE y multiparidad sin embargo no se encontró relación, lo cual se justifica con el valor de P del χ^2 mayor a 0,05. Lo cual difiere con el estudio realizado en la ciudad de Chile donde menciona que las variables que se asociaron a incontinencia urinaria fueron: el número de partos ($p = 0.027$) y haber tenido más de 3 hijos ($p = 0.032$) (González Maldonado, Erosa Villarreal, Janssen Aguilar, Laviada Molina, & Méndez Domínguez, 2020).

En la relación realizada entre cistocele y multiparidad se demostró que existe asociación entre ambas variables con un valor de P del χ^2 menor a 0,05 lo que concuerda con el estudio realizado en el Hospital Central F.A.P. en Perú donde se realizó un análisis bivariado de multiparidad (2 – 4 partos vaginales) asociado a prolapso genital de órganos pélvicos, obteniéndose el valor de OR en 3.16 con intervalo de confianza al 95% (1.153 – 8.531) y con valor de P en 0.026 siendo este menor a 0.05 por lo que podemos decir que el resultado es estadísticamente significativo. Por lo tanto, se determina que las Multíparas tienen 3.136 veces más riesgo de padecer prolapso de órganos pélvicos (Tafur Villacorta , 2018).

En la relación de la obesidad entre la incontinencia urinaria de esfuerzo se demostró que en la población estudiada no existe asociación entre las variables justificada con el valor de P del χ^2 mayor a 0,05. Lo que difiere en el estudio realizado en el Hospital policlínico Don Alejandro de la guardia hijo, donde se evidencia que con la prueba Chi-cuadrado existe

asociación entre el estado nutricional variable que abarca (normopeso, obesidad y sobrepeso) y la incontinencia urinaria, ya que el resultado que se obtuvo presenta una probabilidad altamente significativa menor a 0.05 (Cruz, Sánchez, Mendoza, & Vera, 2022). Al igual que en el estudio realizado en mujeres menopaúsicas en el Hospital Moreno Vázquez de Gualaceo donde se evidencia que el sobrepeso u obesidad es un factor que está asociado con la incontinencia urinaria, valor de $p=0.043$ (Carchi Ramón, 2019).

En la relación establecida entre la obesidad y el cistocele se demostró que en la población estudiada no existe asociación entre las variables, justificada con el valor de P del χ^2 mayor a 0,05. Lo cual difiere con el estudio realizado en el Hospital Central F.A.P. en el país de Perú donde el valor de OR de pacientes Obesidad ($IMC \geq 30 \text{kg/m}^2$) con respecto a Prolapso Genital de órganos pélvicos es de 7.697 (IC 95% 3.779 – 15.674) con valor de $P < 0.001$ siendo estadísticamente significativo. Por lo tanto, se observa que las pacientes con obesidad ($IMC \geq 30 \text{kg/m}^2$) tienen 7.697 veces más riesgo de padecer prolapso de órganos pélvicos (Tafur Villacorta , 2018).

En la relación establecida entre incontinencia urinaria de esfuerzo con estreñimiento se demostró que no existe relación alguna justificada con el valor de P χ^2 mayor a 0,05 lo que concuerda con el estudio realizado en el Hospital de la mujer Alfredo G. Paulson estudio relacionado con los factores de riesgo asociados al cistocele en pacientes de 40 a 60 años en el estudio se demuestra que no existe relación entre el estreñimiento y la incontinencia urinaria de esfuerzo justificándose con el valor p de 0,34. (Iturralde Vizueta & Vintimilla Llanos, 2020)

En cuanto a la relación entre las disfunciones de órganos pélvicos (Cistocele, Histerocele, Rectocele) con estreñimiento, no existe en este estudio lo cual se justifica con el valor de P χ^2 mayor a 0,05, lo que concuerda con el estudio realizado en el Hospital de Apoyo II Sullana donde compara los factores asociados a prolapso genital dando como resultado que no existe relación con estreñimiento al encontrar un valor P de 0,137. (Chumacero & Brando, 2020) Pero en otro estudio realizado en el Hospital Vicente Corral Moscoso se evidencia los factores asociados al prolapso de órganos pélvicos donde el estreñimiento tiene una asociación importante con la aparición de prolapso de órganos pélvicos justificado con un valor p de 0,001 (Holguín Ortiz, 2019).

En la relación de las disfunciones de suelo pélvico con el hábito de fumar, se evidencia que con un valor de P menor de 0,05 el cistocele tiene relación con el hábito de fumar. Lo que no concuerda con el estudio realizado en el Hospital Vicente Corral Moscoso sobre los factores asociados al prolapso de órganos pélvicos, donde el prolapso más frecuente fue el cistocele con un 43,8%, el hábito de fumar no se asociaba como factor de riesgo (Holguín Ortiz, 2019)

La relación entre los prolapsos de órganos pélvicos con histerectomía se demostró que en la población estudiada no existe asociación entre las variables justificada con el valor de P del chi2 mayor a 0,05. Lo que no concuerda con el estudio realizado en el Hospital General Provincial Pablo Arturo Suárez sobre los factores de riesgo asociados a prolapso de cúpula vaginal, en pacientes sometidas a histerectomía vaginal o abdominal, donde el abordaje de la histerectomía, también se involucra en el incremento del riesgo de prolapso de cúpula vaginal con un valor $p=0.001$ (Arévalo Sunta, 2019). Otro estudio realizado en el Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas (Cimeq) se demostró que a las pacientes que se les practicó histerectomía, presentaban 2,382 veces más posibilidades de desarrollar algún tipo de disfunción de suelo pélvico que las que no han sido histerectomizadas con un valor p de 0,004 (Noa Pelier & Vila Gracia, 2017)

En cuanto al impacto de las disfunciones del suelo pélvico en la calidad de vida el 35,6 % (58) de las mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo presentaron una afectación moderada en su vida, seguida por el 23,3% (38) que presentaron una afectación severa y un 6,1% (10) que presentaron una afectación ligera. En cuanto a las mujeres con prolapso de órganos pélvicos el 23,9% (39) presentaron una afectación ligera, seguido por el 17,2% (28) y 8,6% (14) que presentaron una afectación moderada y severa respectivamente, un mínimo porcentaje el 4,9% (8) de las mujeres mencionaron que no se veían afectadas por estas patologías. Sin embargo, hay que tener en cuenta el grado de prolapso de estas pacientes.

Por otra parte, siendo una persona que presento incontinencia anal en este estudio, esta patología causo una afectación severa en la calidad de vida de esta persona. En un estudio sobre los Defectos del suelo pélvico y su impacto en la calidad de vida de la mujer se evidenció que el 59 % del universo presentó afectación de la calidad de vida entre moderada y severa dependiente de defectos del suelo pélvico (Adriano Castro, Santisteban Alba, Delgado Peruyera, & Fernández Maderos, 2017) . Se concluye entonces que las DSP

provocan afectaciones en la vida de las mujeres que lo padecen dependientemente del tipo de disfunción.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- De 787 mujeres con disfunciones del suelo pélvico que fueron atendidas en el Hospital General Riobamba del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social durante el periodo 2020 – 2021, se trabajó con 163 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos por este estudio.
- La prevalencia de las disfunciones del suelo pélvico en mujeres de edad media atendidas en el Hospital General IESS Riobamba durante el período 2020 – 2021 fue del 20.71%.
- Se estudiaron las 163 pacientes entre 40-59 años, donde la media de edad más frecuente fue 51,19 años, las mujeres mestizas y con nivel de instrucción secundario a superior representaron la mayor parte de la población.
- Conociendo los diversos tipos de DSP y su clasificación, en este estudio las formas clínicas de DSP que se evidenciaron fueron la IUE y el cistocele grado II siendo las más frecuentes y el rectocele grado II, histerocele e incontinencia anal siendo las menos frecuentes.
- Hay una mayor prevalencia de mujeres con IUE y cistocele predominando las pacientes multíparas, menopaúsicas y obesas.
- La multiparidad guardó relación con el prolapso de órganos pélvicos principalmente con el cistocele ya que según los estudios revisados se determina que las Multíparas tienen 3.136 veces más riesgo de padecer prolapso de órganos pélvicos.
- En este estudio la histerectomía es un factor de riesgo que tuvo un porcentaje disminuido sin embargo según la bibliografía la histerectomía es considerada como un factor de riesgo principalmente del prolapso de órganos pélvicos y las mujeres histerectomizadas tienen más posibilidades de desarrollar algún tipo de disfunción de suelo pélvico que las mujeres no histerectomizadas.
- La función correcta de los músculos del suelo pélvico desempeña un papel importante en la salud femenina, ya que estos músculos intervienen en el soporte y la función de los órganos pélvicos y cualquier alteración de los mismo provoca disfunciones como la incontinencia urinaria, prolapso de órganos pélvico e incontinencia fecal.
- Las disfunciones del suelo pélvico tienen un impacto negativo en la calidad de vida de las personas que lo padecen principalmente los aspectos físicos, así como su entorno familiar, social y laboral

- Los ejercicios de Kegel favorecen significativamente al fortalecimiento del suelo pélvico y es utilizado como tratamiento de primera línea en la incontinencia urinaria de esfuerzo y en estadios I, II del prolapso de órganos pélvicos, ya que estos pueden recudir de manera significativa la misma.
- La clave en la prevención primaria es la detección de los factores de riesgo modificables junto con el fortalecimiento del suelo pélvico mediante los ejercicios de Kegel además mejorar la educación acerca del conocimiento del suelo pélvico, en etapas más sensibles como la adolescencia. En la actualidad el impacto de las redes sociales podría ser de ayuda para la mejora del conocimiento en todos los estratos sociales.

5.2. Recomendaciones

- Debemos reconocer que las disfunciones del suelo pélvico suponen una afectación muy severa en la calidad de vida de las pacientes que lo padecen por tanto estas disfunciones deben considerarse un problema de salud físico-psico-social e, indirectamente, un problema de salud pública que debe asistirse no sólo desde el punto de vista sanitario, sino también desde la educación y la política social.
- Las personas con un nivel de estudios bajo pueden presentar dificultad para comprender las recomendaciones prestadas por los profesionales de salud. Frente a estas observaciones, vale la pena destacar que las estrategias que sean implementadas con relación a cuidados de prevención y tratamiento de las DSP deben considerar el nivel de escolaridad de las mujeres.
- El sobrepeso y obesidad se han constituido en problemas de salud pública, que afectan cada vez más a una mayor cantidad de personas durante todo el curso vida. Esto es causado, en parte, por los cambios en los patrones de alimentación y de actividad física de la población. En este contexto, se debe implementar programas nutricionales, aunque existe en el Ecuador el Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición, 2018-2025, que se debe poner en práctica en unidades de atención primaria de salud para disminuir así uno de los factores de riesgo que presentan nuestras pacientes para desarrollar disfunciones del suelo pélvico, que es la obesidad.
- El conocimiento poblacional del suelo pélvico es el primer eslabón para mejorar la prevención primaria de las disfunciones de suelo pélvico, se recomienda la implementación de programas educativos en la atención de primer nivel de salud como por ejemplo charlas educativas sobre medidas preventivas de disfunciones del suelo

pélvico.

- Concientizar a las mujeres la importancia del chequeo ginecológico de rutina para evitar complicaciones y a si proteger su salud sexual y reproductiva.

BIBLIOGRAFÍA

- Cárcamo G, L., Aljaro E, S., Castro V, F., Leiva V, J., Palominos S, G., Bellolio R, F., . . . Molina P, M. (2022). Resultados a largo plazo de la rehabilitación del piso pélvico en pacientes con incontinencia fecal. *Rev. Cir.*, 74(1), 53-60. doi.: <http://dx.doi.org/10.35687/s2452-45492022001152>
- Ramírez de Arellano , Y. (Abril de 2021). Disfunción del suelo pélvico y embarazo. *NPunto*, 4(37), 21-43. Obtenido de <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/607e72d57140eart2.pdf>
- Alvarado Briceño, P., Bonilla-Gómez, H., & Asun, R. (2021). Incontinencia Urinaria y Calidad de Vida en mujeres jóvenes de un Centro de Salud Familiar en Santiago de Chile. *Revista de investigacion mujer salud sociedad*, 6(2), 138-157. doi:<https://doi.org/10.1344/musas2021.vol6.num2.8>
- Arias Amador, K., Rojas Diaz, S., & Villalobos Montenegro, C. (2021). INCONTINENCIA URINARIA: DIAGNÓSTICO, MANEJO Y TRATAMIENTO. *Revista Ciencia y Salud*, 5(2), 15-23. Obtenido de <https://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/232/370>
- Arias Santiago, S. (Diciembre de 2020). DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA POR DETERIORO DE LA MUSCULATURA DEL SUELO PÉLVICO TRAS EL PROCESO DE EMBARAZO Y PARTO. PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO MUSCULAR DEL SUELO PÉLVICO. *NPUNTO*, 3(33). Obtenido de <https://www.npunto.es/revista/33/disfuncion-sexual-femenina-por-deterioro-de-la-musculatura-del-suelo-pelvico-tras-el-proceso-de-embarazo-y-parto-programa-de-entrenamiento-muscular-del-suelo-pelvico>
- Bárbara , N., Martínez, J., & García , J. (2017). Factores de riesgo y formas clínicas de disfunciones del suelo pélvico en mujeres de edad mediana. *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*, 8, 13-24. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedfisreah/cfr-2016/cfrs161b.pdf>
- Bordoni , B., Sugumar, K., & Stephen , L. (Julio de 2021). Anatomy, Abdomen and Pelvis, Pelvic Floor. *StatPearls Publishing*. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29489277/>
- Bósquez Bósquez, N. (2018). *Multiparidad como factor de riesgo de prolapsos genitales en mujeres mayores de 40 años atendidas en el Centro de Salud Alfonso Oramas González*. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Obstetricia. Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/31615>
- Carchi Ramón, C. (2019). *Menopausia e incontinencia urinaria femenina, influencia del tratamiento hormonal sustitutivo en el Hospital Moreno Vázquez de Guacaleo, junio 2018 – abril 2019*. Universidad Católica de Cuenca. Obtenido de <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/8749>

- Carchi Ramón, C. (2019). *Menopausia e incontinencia urinaria femenina, influencia del tratamiento hormonal sustitutivo en el Hospital Moreno Vázquez de Guacaleo, junio 2018 – abril 2019*. Universidad Católica de Cuenca., Cuenca . Obtenido de <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/8749>
- Castro Grespan, S. (2019). “*RELACIÓN DEL DESGARRO PERINEAL CON INCONTINENCIA ANAL POSTERIOR A UN EVENTO OBSTÉTRICO.*”. UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ. Obtenido de <http://ninive.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/5927/TesisE.FM.2019.Relaci%c3%b3n.Castro.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- ÇAYIR, G., KIZILKAYA BEJİ, N., & SATIR, G. (2019). Effect of Pregnancy Process on Urinary System and Pelvic Floor and Nursing Approach. *Bezmialem Science*, 8(2), 206-211. doi:10.14235/bas.galenos.2019.3576
- Chang Calderin, O., Pérez Rodríguez, M., Llori Otero, K., Torres Pérez, M., Torres Pérez, M., & Figueredo Villa, K. (enero-marzo de 2019). Efectividad de la reeducación del suelo pélvico en adultas mayores con incontinencia urinaria de esfuerzo. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 35(1). Obtenido de <http://www.revngi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/785/239>
- Chávez Corado, M. (2019). *Eficacia del entrenamiento muscular del suelo pélvico mediante los ejercicios de kegel para incontinencia urinaria por esfuerzo en mujeres de 20 a 24 años en etapa post parto, en la ciudad capital de Guatemala*. Obtenido de <http://biblioteca.galileo.edu/tesario/handle/123456789/1018>
- Costa Mosquera, T., & Agrazal Cantos, B. G. (2020). *Factores de riesgo relacionados con distopias del piso pélvico en multíparas atendidas en el área de consulta externas del Hospital Gineco-Obstetrico Universitario de Guayaquil*. Universidad de Guayaquil. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Obstetricia. Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/60757>
- Cruz Miñano, J. (2021). “*Factores de riesgo para prolapso de órganos pélvicos en el Hospital I La Esperanza, durante el periodo julio-diciembre 2019*”. UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO, Trujillo. Obtenido de http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/7958/1/REP_JHOMIRA.CRUIZ_PROLAPSO.DE.ORGANOS.PELVICOS.pdf
- Cruz, C., Sánchez, D., Mendoza, E., & Vera, I. (Enero-Julio de 2022). FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA INCONTINENCIA URINARIA DE LOS PACIENTES DE UROLOGÍA EN LA POLICLÍNICA DON ALEJANDRO DE LA GUARDIA HIJO. *Revista Científica Universitaria*, 11(1), 284-300. doi:2301-604x
- Espitia De la hoz, J. (2022). Prevalencia y caracterización del prolapso de órganos pélvicos en mujeres del Quindío, Colombia. 2016-2019. *Revista de la Facultad de Medicina*, 70(3), 1-

22. doi:<https://doi.org/10.15446/revfacmed.v70n3.90175>.

- Fernandez Letamendi, N., Vera Blasco, N., & Fernandez Letamendi, T. (2020). VALORACIÓN Y PREVENCIÓN DE LAS DISFUNCIONES DEL SUELO PÉLVICO DESPUÉS DEL EMBARAZO. *Revista Atalaya Médica*(19), 30-34. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7907039>
- García L, A. (Marzo de 2020). DISFUNCIONES DEL SUELO PÉLVICO. *Npunto*, 3(24), 23-43. Obtenido de <https://www.npunto.es/revista/24/disfunciones-del-suelo-pelvico>
- Gimeno, E. H. (2019). *Conocimiento del suelo pélvico y sus factores de riesgo por la población*. revisión bibliográfica, Salamanca. Obtenido de https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/139458/TFG_HernandoGimeno_SueloPelvico.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- González La Rotta, M., Bravo Balado, A., Ramos, A., & Plata, M. (2018). Incontinencia urinaria de esfuerzo femenina: aproximación racional a su diagnóstico y manejo. *Departamento de Urología, Hospital Universitario Fundación Santa*, 27, 115–125. Obtenido de <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0038-1654719.pdf>
- González Maldonado, L. A., Erosa Villarreal, R. A., Janssen Aguilar, R., Laviada Molina, H. A., & Méndez Domínguez, N. I. (2020). Incontinencia urinaria: factores de riesgo y frecuencia en mujeres mayores de 60 años, en el sureste de México. *Revista mexicana de urología*. Obtenido de https://revistamexicanadeurologia.org.mx/index.php/rmu/article/view/408/947#content/contributor_reference_5
- Hernández Guadalupe, N. A. (2019). “*INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES ADULTAS MAYORES QUE RESIDEN EN EL ASILO HOGAR DEL ANCIANO SAN VICENTE DE PAUL, PROVINCIA DE IMBABURA, 2019*”. UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE, Ibarra. Obtenido de <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/10195/2/06%20TEF%20284%20TRABAJO%20GRADO.pdf>
- Junqueira, S., de Souza Caroci, A., de Paula Batista, E., Guimarães, S., & Penha, F. (Julio de 2018). Disfunciones del suelo pélvico en mujeres primíparas después del parto. *Enfermería Global*(51), 26-39. Obtenido de <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n51/1695-6141-eg-17-51-26.pdf>
- Loaiza Quirós, K., & Parada Peña, K. (Mayo de 2021). Incontinencia urinaria. *Revista Médica Sinergia*, 6(5), 1-11. Obtenido de <https://www.revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/667/1224>
- Méndez Olavide, M., & Vives Morell, J. (2021). *EVALUACIÓN DEL SUELO PÉLVICO POST EPISIOTOMÍA Y PLAN DE TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN MUJERES PRIMÍPARAS*. Obtenido de

<https://eugdspace.eug.es/bitstream/handle/20.500.13002/830/Valoraci%20c3%b3n%20y%20tratamiento%20del%20suelo%20p%20c3%a9lvico%20post%20episiotom%20c3%ada.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Miguel Valencia, M. d., González Álvarez, G., Oteiza Martínez, F., Alberdi Ibáñez, I., Ciga Lozano, M., & Miguel Velasco, M. d. (2020). Neuroestimulación de raíces sacras en el tratamiento de la incontinencia fecal grave: resultados de calidad de vida y funcionales a largo plazo. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 43(3), 347-358. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272020000300006
- Moreno López, M., Daza, M., Rojo Novo, S., Frías Sánchez, Z., & Pantoja Garrido, M. (2022). Defectos del suelo pélvico posparto en función del índice de masa corporal pregestacional y ganancia ponderal de la mujer durante el embarazo. *Rev Obstet Ginecol*, 82(1), 73-82. Obtenido de <https://www.sogvzla.org/wp-content/uploads/2022/04/10-AO-82-1-Defectos-d.pdf>
- Morocho López, M. (2022). *Impacto del embarazo y parto sobre el piso pélvico. Estudio de revisión bibliográfica*. UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR. Obtenido de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/26202/1/UCE-FCM-CPO-MOROCHO%20MYRIAM.pdf>
- Pazmino, L., Esparza, D., Ayala, L., & Quinteros, M. (2019). Prevalencia de la incontinencia urinaria en mujeres de 45-65 años del Hospital Padre Carollo. *Revista Universitaria con proyección científica, académica y social*, 69-75. doi:<https://doi.org/10.31243/mdc.uta.v3i2.168.2019>
- Peréz Rodríguez, N. M., Martínez Torres, J. d., García Delgado, J. Á., Rodríguez Adams, E. M., & Rodríguez Lara, H. (Marzo - Abril de 2019). Disfunción de suelo pélvico y sexual en mujeres. *Invest. Medicoquir* 2019, 1-25. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/invmed/cm-q-2019/cmqs191z.pdf>
- Pérez Rodríguez, N. M., Martínez Torres, J., García Delgado, J., Rodríguez Adams, E., & Noa Noa, M. (mayo-agosto de 2020). Influencia del tratamiento rehabilitador en la función sexual de mujeres con disfunción del suelo pélvico. *Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas*, 12(2). Obtenido de <chrome-extension://efaidnbnmnibpcjpcglclefindmkaj/https://www.medigraphic.com/pdfs/invmed/cm-q-2020/cm-q-2020b.pdf>
- Progresos de Obstetricia y Ginecología. (2020). Prolapso de los órganos pélvicos. *Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*, 63(1), 54-59. Obtenido de https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n1/11_Prolapso_de_los_organos_pelvicos_2019.pdf
- Rivera Pilicita, B. (2021). *Investigación bibliográfica sobre la aplicación de los ejercicios de Kegel en mujeres con incontinencia urinaria*. UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR, Quito. Obtenido de

<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/23751/1/FCDAPD%e2%80%93RIVERA%20PILICITA%20BAYRON%20PATRICIO.pdf>

- Sacomori, C., Zomkowski, K., Passos Porto, I., Cardoso, F., & Flores Sperandio, F. (2020). Adherence and effectiveness of a single instruction of pelvic floor exercises: a randomized clinical trial. *Int Urogynecol J*, 31(5), 951-959. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31254046/>
- Santiago, S. A. (Diciembre de 2020). Disfunción sexual femenina por deterioro de la musculatura del suelo pélvico tras el proceso de embarazo y parto. Programa de entrenamiento muscular del suelo pélvico. *Npunto*, 3(33), 79-106. Obtenido de <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/5fe32596d9735art5.pdf>
- Santis-Moya, F., Viguera, S., & Miranda, V. (2020). Caracterización clínica de las disfunciones de piso pélvico en mujeres chilenas sintomáticas que consultan en un hospital universitario. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 85(6), 578 - 583. Obtenido de https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262020000600578&script=sci_arttext
- Silva Muñoz, M. A., Gallardo Hormazábal, M., López Vera, C., Santander Núñez, C., & Torres Rojas, J. (2018). Efectos de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de la mujer climatérica. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 44(1), 1-13. Obtenido de <http://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/307/256>
- Tafur Villacorta, J. (2018). *Paridad, obesidad y edad avanzada como factores asociados a prolapso genital de órganos pélvicos en pacientes atendidos en el Hospital Central F.A.P. durante el periodo Julio 2016 a Junio 2017*. UNIVERSIDAD RICARDO PALMA. Obtenido de <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1258/164%20Tafur%20Villacorta.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Vila García, J., & Noa Pelie, B. (2020). Rehabilitación física del suelo pélvico: ejercicios de Kegel y gimnasia abdominal hipopresiva. *Invest. Medicoquir*, 12(3), 1-22. Obtenido de <http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq/article/view/654/701>

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario llamado PFIQ-7 (Pelvic Floor Impact Questionnaire versión reducida)

Habitualmente, ¿cuánto afectan los síntomas o alteraciones relacionados con su →→→ a su ↓↓↓↓?	<i>Vejiga u orina</i>	<i>Intestino o recto</i>	<i>Vagina o pelvis</i>
1. ¿Capacidad para hacer las tareas domésticas (cocina, limpieza de la casa, lavar la ropa)?	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho
2. ¿Capacidad para realizar actividades físicas tales como andar, nadar, u otro ejercicio?	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho
3. ¿Actividades de ocio tales como ir a ver una película al cine o a un concierto?	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho
4. ¿Capacidad para viajar en coche o en autobús distancias superiores a 30 minutos desde su casa?	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho
5. ¿Participación en actividades sociales fuera de su casa?	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho
6. ¿Salud emocional (nerviosismo, depresión, etc.)?	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho
7. ¿Se siente frustrada?	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho

CÁLCULO DE LA PUNTUACIÓN DEL PFIQ-7.			
Cuestionario sobre el impacto de los síntomas urinarios (UIQ-7)	Cuestionario sobre el impacto de los síntomas colo-rectales-anales (CRAIQ-7)	Cuestionario sobre el impacto de los síntomas de prolapso genital (POPIQ-7)	
1.	1.	1.	
2.	2.	2.	
3.	3.	3.	
4.	4.	4.	
5.	5.	5.	
6.	6.	6.	
7.	7.	7.	
Total: / 7	Total: / 7	Total: / 7	
Puntuación media: x(100/3)	Puntuación media: x(100/3)	Puntuación media: x(100/3)	
Escala: (de 0 a 100)	Escala: (de 0 a 100)	Escala: (de 0 a 100)	
+	+	+	=
			Escala PFIQ-7 (de 0 a 300)
Nada: 0 Un poco: 1 Moderadamente: 2 Mucho: 3			

Fuente: Sanchez S. et al. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. Cultural adaptation and validation of the pelvic floor distress inventory short form (PFDI-20) and pelvic floor impact questionnaire short form (PFIQ-7) spanis

Anexo 3. Escala Menopause Rating Scale (MRS)



PROGRAMA SALUD DE LA MUJER
MINSAL

MRS - Ingreso

MRS - Control

NOMBRE _____

FECHA _____

ESCALA MRS PARA EVALUAR CALIDAD DE VIDA EN PERIMENOPAUSIA Y MENOPAUSIA

¿Cuál de las siguientes molestias siente en la actualidad y con qué intensidad?

Marque solamente una casilla en cada línea

No siente molestia	Siente molestia leve	Siente Molestia moderada	Siente molestia importante	Siente demasiada molestia
PUNTOS 0	1	2	3	4

		0	1	2	3	4
1	Bochornos, sudoración, calores					
2	Molestias al corazón (sentir latidos del corazón, palpitaciones, opresión al pecho)					
3	Molestias musculares y articulares (dolores de huesos y articulaciones, dolores reumáticos)					
4	Dificultades en el sueño (insomnio, duerme poco)					
5	Estado de ánimo depresivo (sentirse deprimida, decaída, triste, a punto de llorar, sin ganas de vivir)					
6	Irritabilidad (sentirse tensa, explota fácil, sentirse rabiosa, sentirse intolerante)					
7	Ansiedad (sentirse angustiada, temerosa, inquieta, tendencia al pánico)					
8	Cansancio físico y mental (rinde menos, se cansa fácil, olvidos frecuentes, mala memoria, le cuesta concentrarse)					
9	Problemas sexuales (menos ganas de sexo, menor frecuencia de relaciones sexuales, menor satisfacción sexual)					
10	Problemas con la orina (problemas al orinar, orina más veces, urgencia al orinar, se le escapa la orina)					
11	Sequedad vaginal (sensación de genitales secos, malestar o ardor en los genitales, malestar o dolor con las relaciones sexuales)					

Para uso del profesional	Somático (1 al 4)	Psicológico (5 al 8)	Urogenital (9 al 11)	Total
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fuente: Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología;2018 (44) 1:1-13. Efectos de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de la mujer climática.

Anexo 4. Cuestionario FIQL (Fecal Incontinence Quality of Life Scale).

Q1: En general, yo diría que mi salud es:

- 1. Excelente
- 2. Muy buena
- 3. Buena
- 4. Regular
- 5. Mala

Q2: A continuación, encontrará un listado de situaciones y de comportamientos que se pueden relacionar con un episodio de incontinencia fecal. Por favor, indique con qué frecuencia le ocurren en relación a la posibilidad de que usted tenga un episodio de incontinencia fecal. En el supuesto de que esta situación se produzca por motivos diferentes a la incontinencia, marque como respuesta válida No aplica.

DEBIDO A LOS EPISODIOS DE INCONTINENCIA FECAL

(tache con una "X" la respuesta que considere adecuada a su situación. En el supuesto de que esta situación se produzca por motivos diferentes a la incontinencia, marque como respuesta válida No aplica).

	Muchas veces	Bastante veces	Alguna vez	Nunca	No aplica
	1	2	3	4	5
a) Tengo miedo de salir de casa	<input type="checkbox"/>				
b) Evito hacer visitas a mis amigos:	<input type="checkbox"/>				
c) Evito pasar la noche fuera de casa	<input type="checkbox"/>				
d) Me resulta difícil salir de casa para ir a algunos sitios, como el cine o la iglesia.	<input type="checkbox"/>				
e) Si tengo que salir de casa disminuyo la cantidad de comida.	<input type="checkbox"/>				
f) Cuando estoy fuera de casa intento estar siempre lo más cerca posible de un baño público.	<input type="checkbox"/>				
g) Para mí es fundamental organizar las actividades diarias en función de cuando y cuantas veces necesite ir al baño.	<input type="checkbox"/>				
i) Me preocupa no ser capaz de llegar al baño a tiempo	<input type="checkbox"/>				
j) Me parece que no soy capaz de controlar mi evacuación.	<input type="checkbox"/>				
k) Soy incapaz de aguantar la materia fecal hasta llegar al baño.	<input type="checkbox"/>				
l) Se me escapa la materia fecal sin darme cuenta.	<input type="checkbox"/>				
m) Intento prevenir los episodios de incontinencia situándome cerca de un cuarto de baño.	<input type="checkbox"/>				

Q3: DEBIDO A LOS EPISODIOS DE INCONTINENCIA FECAL

(tache con una "X" la respuesta que considere adecuada a su situación. En el supuesto de que esta situación se produzca por motivos diferentes a la incontinencia, marque como respuesta válida No aplica).

	Muchas veces	Bastante veces	Alguna vez	Nunca	No aplica
	1	2	3	4	
a) Me siento avergonzada/o.	<input type="checkbox"/>				
b) No hago muchas de las cosas que me gustaría hacer.	<input type="checkbox"/>				
c) Estoy preocupado porque se me escape la materia fecal.	<input type="checkbox"/>				
d) Me siento deprimido/a.	<input type="checkbox"/>				
e) Me preocupa que otras personas puedan oler mi materia fecal.	<input type="checkbox"/>				
f) Siento que no soy una persona sana.	<input type="checkbox"/>				
g) Disfruto menos de la vida.	<input type="checkbox"/>				
h) Tengo menos relaciones sexuales de las que desearía.	<input type="checkbox"/>				
i) Me siento diferente del resto de la gente.	<input type="checkbox"/>				
j) En mi cabeza está siempre presente la posibilidad de tener un episodio de incontinencia.	<input type="checkbox"/>				
k) Tengo miedo al acto sexual.	<input type="checkbox"/>				
l) Evito hacer viajes en transportes públicos (avión, autobús, metro, etcetera).	<input type="checkbox"/>				
m) Evito comer fuera de casa.	<input type="checkbox"/>				
n) Cuando voy a un lugar nuevo intento siempre saber dónde está el baño.	<input type="checkbox"/>				

Q4: ¿Durante el mes pasado me he sentido tan triste, desanimado, desesperanzado que me parece que la vida no tiene sentido?

- 1 siempre - hasta el punto de abandonarlo todo.
- 2 muchas veces.
- 3 pocas veces.
- 4 alguna vez, pero lo suficiente para sentirme molesto.
- 5 muy poco.
- 6 nunca.

Puntuación de la escala

Los valores van del 1 al 5. Una puntuación de 1 indica baja funcionalidad y calidad de vida.

Las puntuaciones de la escala se obtienen mediante la respuesta promedio (media) a todos los elementos de la escala (por ejemplo, sume las respuestas a todas las preguntas en una escala y luego divida por el número de elementos de la escala. "No aplicable se codifica" como un valor "missing" en el análisis de todas las preguntas.)

Escala 1. Estilo de vida, 10 ítems: Q2a Q2b Q2c Q2d Q2e Q2g Q2h Q3b Q3i Q3m

Escala 2. Actitud/comportamiento, 9 ítems: Q2f Q2i Q2j Q2k Q2m Q3d Q3h Q3j Q3n

Escala 3. Depresión/autopercepción, 7 ítems: Q1 Q3d Q3f Q3g Q3i Q3k Q4. (La pregunta 1 está codificado al revés)

Escala 4. Vergüenza, 3 ítems: Q2l Q3a Q3e

Fuente: Revista de Gastroenterología del Perú; 2018 (38) 2. Cuestionario FIQL

Anexo 5. Cuestionario realizado a la población estudiada para conocer la efectividad del tratamiento indicado.

- SI SU TRATAMIENTO FUE LOS EJERCICIOS DE KEGEL CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

1. ¿Realizo ejercicios de Kegel?

Si

No ¿Por qué?

2. ¿Los síntomas mejoraron con los ejercicios de Kegel?

Si

No

- SI SU TRATAMIENTO FUE QUIRURGICO RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

3. ¿Continúa con los síntomas después de la cirugía? ¿Cuáles?

Incontinencia urinaria /fecal	
Dolor pélvico	
Reincidencia de Prolapso genital	
Ninguno	

Anexo 6. Base de datos en el programa estadístico SPSS versión 21.0

1: FACTORES

	EDAD	ETNIA	NUMERO EMBAR AZOS	PARTO VAGINA L	ANT_Q URUR GICO	INCONTI NENCIA	RECT OCEL E	PR OLA	CISTO CELE	INC_F ECAL	TRAT AMIE MTO	INST RUC C...	EX_C...	TIPO	TTO	EDAD RA NGO	NUM TTO ERO P...	TTO KEG EL	TTO_QX	GRADO CIS TO	GRADO RE CTOCELE	MULTI PARID AD	MENO PAUSI A	OBE SIDA D	FUMAR	ESTRE NIMIE NTO	OTROS	FACT	DOS	SASC DOS
1	52,00	1,00	3,00	2,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	3,00	1,00	2,00	3,00	1,00	3,00	1,00	1,00	,00	2,00	4,00	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	
2	55,00	1,00	4,00	4,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	3,00	3,00	2,00	2,00	3,00	1,00	1,00	,00	3,00	2,00	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	
3	43,00	2,00	5,00	3,00	2,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	4,00	1,00	3,00	1,00	1,00	1,00	,00	1,00	,00	3,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	
4	51,00	2,00	10,00	8,00	1,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	3,00	2,00	3,00	1,00	1,00	,00	1,00	4,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	
5	58,00	1,00	4,00	4,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	5,00	2,00	3,00	1,00	3,00	1,00	,00	1,00	,00	4,00	4,00	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	
6	57,00	2,00	9,00	9,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	3,00	2,00	3,00	1,00	1,00	,00	2,00	4,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	
7	50,00	2,00	4,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	7,00	2,00	1,00	1,00	2,00	1,00	,00	1,00	2,00	2,00	4,00	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	
8	57,00	1,00	4,00	4,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	7,00	3,00	1,00	1,00	3,00	1,00	,00	1,00	2,00	2,00	4,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	
9	56,00	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	3,00	1,00	2,00	3,00	2,00	1,00	,00	1,00	4,00	,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	
10	48,00	1,00	3,00	3,00	1,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	3,00	3,00	1,00	2,00	2,00	1,00	1,00	,00	1,00	4,00	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	
11	52,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	3,00	3,00	2,00	3,00	1,00	1,00	,00	1,00	4,00	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	
12	45,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	3,00	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	,00	2,00	4,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	
13	57,00	1,00	5,00	4,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	3,00	2,00	3,00	1,00	1,00	,00	3,00	4,00	1,00	1,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	3,00	3,00	
14	42,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	3,00	3,00	2,00	1,00	1,00	,00	1,00	,00	3,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	
15	45,00	1,00	2,00	,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	7,00	2,00	1,00	1,00	1,00	,00	,00	1,00	3,00	4,00	,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	
16	50,00	1,00	3,00	2,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00	3,00	2,00	2,00	1,00	1,00	,00	2,00	4,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	
17	49,00	1,00	3,00	,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	3,00	1,00	2,00	2,00	,00	1,00	,00	2,00	4,00	,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	
18	40,00	1,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00	3,00	2,00	1,00	2,00	1,00	,00	2,00	4,00	,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	
19	47,00	1,00	3,00	3,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	7,00	2,00	1,00	1,00	2,00	1,00	,00	1,00	2,00	4,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	
20	42,00	1,00	3,00	3,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	7,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	,00	1,00	2,00	2,00	4,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	
21	50,00	1,00	1,00	,00	2,00	1,00	1,00	2,00	1,00	2,00	5,00	3,00	3,00	1,00	2,00	,00	,00	1,00	3,00	2,00	,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	
22	47,00	1,00	5,00	3,00	2,00	1,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	3,00	3,00	2,00	2,00	1,00	1,00	,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	
23	51,00	1,00	6,00	4,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	6,00	1,00	3,00	1,00	3,00	1,00	,00	1,00	4,00	3,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	
24	59,00	2,00	5,00	5,00	1,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	3,00	2,00	3,00	1,00	1,00	,00	1,00	4,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	
25	59,00	1,00	3,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	1,00	2,00	3,00	1,00	3,00	2,00	3,00	2,00	1,00	,00	3,00	2,00	,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	
26	58,00	1,00	7,00	7,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	3,00	2,00	3,00	1,00	1,00	,00	2,00	4,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	

Vista de datos Vista de variables

Anexo 6. Resolución de aprobación de tema del proyecto de investigación.



Decanato
FACULTAD DE CIENCIAS
DE LA SALUD

Riobamba, 25 de abril de 2022
Oficio No. 0508-RD-FCS-2022

Señor / ita
Samia Alexandra Agua Naranjo
Gissela Elizabeth Arévalo Reinoso
ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE MEDICINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD - UNACH
En su despacho. -

Cúmpleme informar a usted la resolución de Decanato de la Facultad de Ciencias de la Salud, que corresponde al 25 de abril de 2022.

RESOLUCIÓN No. 0508-D-FCS-25-04-2022: Aprobar la modificación al tema del proyecto de investigación de la carrera de Medicina, conforme la justificación descrita en el cuadro adjunto. Oficio N° 479-CM-FCS-2022:

No	Estudiantes	Tema Proyecto de investigación presentado a revisión	Tema Proyecto de investigación revisado y APROBADO por la Comisión y CID	Informe de la Comisión de Carrera	Artículos 20 y 22- Reglamento Titulación Especial para carreras no vigentes.- Calificación de trabajo escrito y Evaluación de la sustentación del trabajo de investigación
1	Samia Alexandra Agua Naranjo Gissela Elizabeth Arévalo Reinoso	Estudiante con tema aprobado mediante RESOLUCIÓN No. 0358-D-FCS-01-04-2022 Formas clínicas de disfunciones del suelo pélvico en mujeres de edad mediana. Riobamba, 2022 Motivación: Por un error involuntario de la Comisión de Carrera en la designación del año 2022 como período de ejecución, resuelve aceptarse ese criterio y solicitar modificación del tema.	Formas clínicas de disfunciones del suelo pélvico en mujeres de edad mediana. Riobamba, 2020- 2021	APROBADO Dominio emergente Salud como producto social Línea de investigación : Salud	Tutor: Dra. Mónica Inca Rea Miembros: Dr. Cecilia Casco (PRESIDE) Dra. Anabella Criollo Criollo

Atentamente,

GONZALO EDMUNDO BONILLA PULGAR
Firmado digitalmente por GONZALO EDMUNDO BONILLA PULGAR
Fecha: 2022.04.26 09:29:15 -05'00'

Dr. Gonzalo Bonilla P.
DECANO DE LA FACULTAD
CIENCIAS DE LA SALUD – UNACH

Adj.: Documentos Habilitantes
c.c. Archivo

Elaboración de Resoluciones Decanato 25-04-2022 MsC. Ligia Viteri
Transcripción Resoluciones Decanato 25-04-2022: Tlga. Francisca Jara
Revisado y Aprobado: Dr. Gonzalo Bonilla



Ave. Antonio José de Sucre, Km. 1.5
Teléfono (593-3)3730880, ext. 1503
Riobamba - Ecuador
Unach.edu.ec
en movimiento