



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

**Principales síntomas de disfunción
del piso pélvico durante el tercer
trimestre del embarazo**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

RICARDO GAMINO VILLARREAL

DIRECTOR DE TESIS

JOSÉ JONATÁN OLVERA DELGADO



ISSSTE

Ciudad de México, octubre de 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

A MIS PADRES

Por su amor, comprensión y apoyo incondicional en cada meta que me he propuesto. Por formarme como una persona responsable y honesta. Y por dejarme la mayor herencia: la educación.

A MI PADRE †

Quien me dejó grandes enseñanzas de vida que jamás olvidaré.

A MIS HERMANAS

Porque sin darse cuenta fueron un apoyo importante a lo largo de mi carrera.

ANAYELI

Por impulsarme y apoyarme en este gran proyecto y por la vida que nos espera juntos.
¡Te Amo! ♥

AGRADECIMIENTOS

A la institución por brindarme los recursos necesarios para mi formación como especialista.

A mi director de tesis, por su apoyo y orientación, ya que sin él este trabajo no hubiera sido posible.

ÍNDICE

<u>DEDICATORIA.....</u>	<u>I</u>
<u>AGRADECIMIENTOS.....</u>	<u>II</u>
<u>ÍNDICE.....</u>	<u>III</u>
<u>ABREVIATURAS.....</u>	<u>1</u>
<u>INTRODUCCIÓN.....</u>	<u>2</u>
<u>MARCO TEÓRICO.....</u>	<u>3</u>
<u>Definición.....</u>	<u>3</u>
<u>Anatomía del piso pélvico.....</u>	<u>3</u>
<u>Cambios del piso pélvico durante el embarazo.....</u>	<u>4</u>
<u>Epidemiología.....</u>	<u>5</u>
<u>Glosario de sintomatología de disfunción del piso pélvico.....</u>	<u>6</u>
<u>Patologías de disfunción de piso pélvico</u>	<u>9</u>
<u>Patología urinaria.....</u>	<u>9</u>
<u>Prolapso de órganos pélvicos (POP).....</u>	<u>12</u>
<u>Síntomas sexuales.....</u>	<u>13</u>
<u>Síntomas anorrectales.....</u>	<u>13</u>
<u>Diagnóstico de disfunción de piso pélvico.....</u>	<u>14</u>
<u>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</u>	<u>16</u>
<u>JUSTIFICACIÓN.....</u>	<u>16</u>

<u>OBJETIVO GENERAL.....</u>	<u>16</u>
<u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....</u>	<u>16</u>
<u>MATERIAL Y MÉTODOS.....</u>	<u>17</u>
<u>Diseño y tipo de estudio.....</u>	<u>17</u>
<u>Población de estudio</u>	<u>17</u>
<u>Universo de trabajo.....</u>	<u>17</u>
<u>Tiempo de ejecución.....</u>	<u>17</u>
<u>Criterios de inclusión.....</u>	<u>18</u>
<u>Criterios de exclusión.....</u>	<u>18</u>
<u>Criterios de eliminación.....</u>	<u>18</u>
<u>Metodología para el cálculo del tamaño de la muestra y</u> <u>tamaño de la muestra.....</u>	<u>18</u>
<u>Descripción operacional de las variables.....</u>	<u>19</u>
<u>Método de recolección de datos.....</u>	<u>24</u>
<u>Procesamiento y análisis estadístico.....</u>	<u>24</u>
<u>Aspectos éticos.....</u>	<u>24</u>
<u>Consentimiento informado</u>	<u>25</u>
<u>Conflicto de interés.....</u>	<u>25</u>
<u>Recursos humanos, materiales y financieros.....</u>	<u>25</u>
<u>Cronograma de actividades.....</u>	<u>26</u>

<u>RESULTADOS</u>	<u>27</u>
<u>DISCUSIÓN.....</u>	<u>77</u>
<u>CONCLUSIONES.....</u>	<u>78</u>
<u>REFERENCIAS.....</u>	<u>79</u>
<u>ANEXOS.....</u>	<u>82</u>

ABREVIATURAS

DPP: Disfunción del piso pélvico

IU: Incontinencia urinaria

IUE: Incontinencia urinaria de esfuerzo

IUU: Incontinencia urinaria de urgencia

IUM: Incontinencia urinaria mixta

POP: Prolapso de órganos pélvicos

IF: Incontinencia fecal

IMC: Índice de masa corporal

ICS: International Continence Society

AFUD: The American Foundation For Urologic Disease

INTRODUCCIÓN

La función del piso pélvico está determinada por una adecuada interacción de sus estructuras compuesta por músculos del diafragma pélvico, diafragma urogenital y fascia endopélvica, sin embargo, alguna alteración a estas estructuras como es el embarazo o trauma obstétrico causa disfunción del suelo pélvico.¹ El espectro clínico de disfunción de suelo pélvico incluye síntomas urinarios, de prolapso de órganos pélvicos, anorrectales y los relacionados al aspecto sexual.²

Los síntomas de disfunción de piso pélvico repercuten en la calidad de vida de las mujeres ya sea durante el embarazo, puerperio o después de este, ya que estos síntomas se “normalizan” por las pacientes, debido a los cambios propios del embarazo, convirtiéndola en una patología frecuente pero poco diagnosticada.³

Este trabajo pretende ser uno de los primeros que aborden todos los síntomas de disfunción del piso pélvico durante el tercer trimestre del embarazo en la población mexicana y considerar en trabajos posteriores para el seguimiento de las pacientes afectadas.

MARCO TEÓRICO

DEFINICIÓN

La disfunción del piso pélvico incluye una gama de síntomas y alteraciones en la anatomía pélvica relacionados con la función anormal del suelo pélvico, según Grimes² se halla un desordenamiento en la actividad pélvica llamado hipertonicidad y una disminución de la misma actividad conocido como hipotonicidad, incluyendo una coordinación inadecuada de los músculos del piso pélvico.

Los espectros clínicos de la disfunción del suelo pélvico pueden incluir síntomas urológicos, ginecológicos, colorrectales y sexuales; estos síntomas se acentúan inherentes al embarazo y por trauma obstétrico que son factores de riesgo reconocidos y están asociados con daños graves al piso pélvico, afectando la calidad de vida en la mujer.²

ANATOMÍA DEL PISO PÉLVICO

El suelo pélvico está integrado por la interacción de múltiples músculos, inserciones ligamentosas y tejido conectivo que forman un diafragma pélvico y diafragma urogenital en forma de cúpula a través de la salida de la pelvis ósea. Los músculos se extienden desde la parte anterior del pubis hasta el hueso sacro en su cara posterior; el complejo muscular está integrado por el músculo elevador del ano, conformado a su vez por los musculo puborrectal, pubococcigeo e iliococcígeo. El músculo puborrectal se encuentra alrededor de la unión anorrectal, acentuando el ángulo anorrectal durante la contracción, siendo el contribuyente principal para la continencia fecal⁴. La función de soporte y elevación de los órganos pélvicos están dados por los músculos iliococcígeo, pubococcígeo, siendo este último formador del hiato del elevador con aberturas específicas para la uretra, vagina ano y recto ⁵. Los músculos bulboesponjoso, isquiocavernoso y musculo transverso perineal superficial terminan de formar el diafragma urogenital. La porción media del piso pélvico está formada por los músculos perineales transversales fusionándose con los músculos bulboesponjoso y el esfínter anal formando el cuerpo perineal ⁵

El suelo pélvico está inervado por las terminaciones nerviosas sacras S3, S4 y nervio pudendo; irrigado por las ramas parietales de la arteria iliaca interna².

Se reconocen tres funciones de los músculos del suelo pélvico, a saber⁶:

1. Soporte de los órganos pélvicos: vejiga, uretra, vagina, útero, ano, recto, además, brinda soporte al contenido intraabdominal.
2. Contribuye a la continencia de orina y heces.
3. Contribuye a las funciones sexuales como excitación y orgasmos.

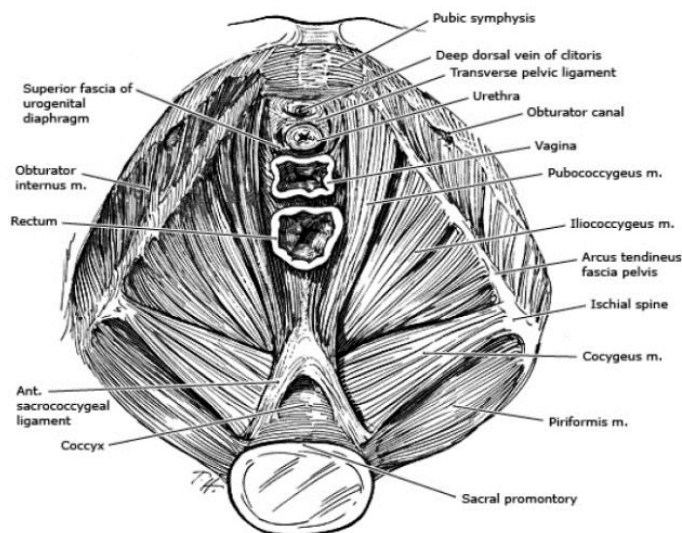


FIGURA 1. MÚSCULOS DE PISO PÉLVICO

Tomado de: Pelvic organ prolapse in women: Epidemiology, risk factors, clinical, manifestations, and management, Rogers RG, Fashokun TB.

CAMBIOS DEL PISO PÉLVICO DURANTE EL EMBARAZO

Los cambios fisiológicos durante el embarazo, tienen como objetivo apoyar el desarrollo del nuevo ser que se está gestando, permitiendo a la madre cubrir las demandas metabólicas, corporales y así permitir la armonía del binomio madre-feto. El suelo pélvico no es la excepción, durante este periodo sufrirá cambios importantes, que, si bien son esperados, algunas mujeres suelen manifestar disfuncionalidad que reduce la calidad de vida e incluso puede persistir durante el puerperio, los cambios fisiológicos durante esta etapa pueden ser los siguientes

- Reducción del soporte pélvico, secundario a un aumento en la elasticidad, para “preparar” la pelvis materna.⁷
- Cambio de las fibras de colágeno tipo I y II por colágeno tipo III, de arquitectura más laxa, así como aumento de la producción de los glucosaminoglucanos.⁸
- Trauma del nervio pudendo, clasificado como: compresión (durante la gestación), elongación o disrupción (durante el trabajo de parto), este segundo mecanismo es

el más común, afectando al musculo puborrectal, pues provoca su elongación hasta 3.5 veces más de lo normal. El trauma puede ser tan severo, que en ocasiones causa denervación del musculo elevador del ano, con disminución del tono en reposo y una mayor apertura del hiato urogenital, favoreciendo a la relajación del suelo pélvico.⁹⁻¹⁰

- Daño muscular del elevador del ano y del esfínter anal externo, el cual se incrementa su daño en macrosomía fetal y con la edad materna.⁹
- Aumento de peso y de la presión mecánica en uretra y vejiga.¹¹
- Ampliación del ángulo uretrovesical, del diámetro del cuello vesical y de la movilidad uretral.¹¹
- Los cambios hormonales (aumento de progesterona principalmente) y neuronales, ocasionan hiperemia del trígono y aumento del tono del musculo detrusor, despertando síntomas irritativos.¹¹
- Prevalencia alta de constipación.¹¹

EPIDEMIOLOGÍA

Como se menciona, la disfunción de piso pélvico incluye varias alteraciones, siendo las más prevalentes en los países en desarrollo: incontinencia urinaria (IU) del 19.7%, incontinencia fecal (IF) del 6.7%, prolapso de órganos pélvicos (POP) con 28.7%¹².

En el estudio *Women's Health Initiative*, se destaca que en los países desarrollados el prolapso de órganos pélvicos es la sintomatología con mayor incidencia de los países desarrollados, encontrando que el 41% de las mujeres en un rango de edad entre 50 y 79 años presentaban esta condición clínica.¹³

Las mujeres embarazadas jóvenes, presentan mayor prevalencia de los trastornos de defunción de piso pélvico, principalmente incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), Sangsawang en su estudio menciona una prevalencia del 18.6% a 75%, el cual aumenta con la edad gestacional, empeorando en el tercer trimestre del embarazo.¹⁴

Se estima que, en los próximos años, el 10% de las mujeres serán sometidas a intervenciones del piso pélvico y con la aplicación de técnica tradicionales, entre 30% y 50% de la población femenina tendrán reintervenciones por recidivas⁹.

A pesar de que existe una gran variedad de estudios transversales que tratan de forma individualizada cada uno del trastorno del piso pélvico, a la fecha no hay alguno que proporcione datos certeros a cerca de la incidencia de estos trastornos de forma general, sin embargo, el padecimiento es reconocido como un problema de salud pública a nivel mundial, tan solo en Estados Unidos se realizan 400,000 cirugías anuales secundarias a incontinencia urinaria¹², destacando esta entidad como una pandemia oculta.

GLOSARIO DE SINTOMATOLOGÍA DE DISFUNCIÓN DEL PISO PÉLVICO

Para poder describir el cuadro clínico de esta entidad, la *International Continence Society (ICS)*, en 2002, *elaboro* un “glosario” que incluye la terminología “troncal” que detalla cada una de la sintomatología que se debe interrogar y explorar en las pacientes para identificar la causa del padecimiento del piso pélvico, siendo:

Síntomas de Incontinencia Urinaria¹⁵

- **Incontinencia urinaria:** pérdida involuntaria de orina.
- **Incontinencia de esfuerzo:** queja de pérdida de orina con el esfuerzo y/o la actividad (tosar, estornudar, carga de peso, ejercicio)
- **Incontinencia de urgencia:** deseo repentino por miccionar, difícil de reprimir.
- **Incontinencia postural:** término nuevo, alude a la pérdida involuntaria de orina con el cambio postural.
- **Enuresis nocturna:** pérdida involuntaria de orina y/o micción nocturna involuntaria ocurrida durante el sueño.
- **Incontinencia mixta:** pérdida involuntaria de orina asociada al esfuerzo y a la urgencia urinaria.
- **Incontinencia coital:** pérdida involuntaria de orina durante la penetración y/o durante el orgasmo.
- **Nicturia:** Interrupción del ciclo del sueño secundario a micciones frecuentes,
- **Disuria:** queja de ardor durante la micción.
- **Retención urinaria:** incapacidad para orinar a pesar de un esfuerzo persistente.
- **Chorro intermitente:** el flujo de la orina se detiene y comienza nuevamente
- **Vaciamiento incompleto:** queja de que la vejiga no se siente vacía después de la micción
- **Chorro en spray:** el flujo de la orina se divide o parece como aerosol
- **Doble micción:** deseo inmediato de volver a orinar después de terminar la primera micción
- **Goteo terminal:** Perdida involuntaria de orina después de completar micción
- **Hematuria:** presencia de sangre macroscópica al orinar
- **Urgencia urinaria:** deseo repentino para orinar y que es difícil de aplazar
- **Maniobras facilitadoras:** necesidad de tener posiciones específicas para iniciar la micción, ejemplo inclinarse hacia adelante o hacia atrás
- **Retardo para iniciar la micción:** queja de tardar para iniciar la micción
- **Nictámero:** número de micciones que se presentan durante el día y la noche

Síntomas relacionados con Prolapso de Órganos Pélvicos¹⁵

- **Abultamiento vaginal:** percepción de “bulto” en introito vaginal-
- **Presión pélvica:** sensación de pesadez en el área supra-púbica.
- **Digitalización vaginal:** aplicación de técnica manual, para reducir prolapso, realizado por la paciente.
- **Dolor lumbar:** dolor localizado en la región lumbar, de carácter temporal.
- **Descarga/sangrado/flujo/infección vaginal:** presencia de sangrado, flujo o infección vaginal relacionado con ulceración en un prolapso

Síntomas de Disfunción Sexual¹⁵

- **Dispaurenia:** dolor persistente o recurrente, durante la penetración.
- **Dispaurenia superficial:** sensación de dolor en el introito vaginal.
- **Dispaurenia profunda:** sensación de dolor o malestar con penetración completa
- **Relación sexual obstruida:** la penetración vaginal no es posible debido a una obstrucción a este nivel.
- **Laxitud vaginal:** sensación de laxitud vaginal excesiva.
- **Disminución del deseo sexual:** deficiencia de pensamientos o fantasías sexuales
- **Disminución de la excitación:** falta subjetiva de mantener excitación sexual por ejemplo falta de lubricación u otras respuestas personales
- **Disminución del orgasmo:** dificultad para alcanzar orgasmo después de una estimulación sexual adecuada
- **Incontinencia durante el coito:** pérdida involuntaria de orina o heces durante el coito

Síntomas de Disfunción Ano-rectal¹⁵

- **Incontinencia anal:** pérdida involuntaria a flatos y heces fecales líquidas y sólidas.
- **Incontinencia fecal pasiva:** sensación de “ensuciar” la ropa interior.
- **Incontinencia fecal coital:** ocurrida durante la penetración vaginal.
- **Incontinencia a flatos:** pérdida involuntaria de flatos
- **Incontinencia a heces líquidas:** pérdida involuntaria de heces líquidas
- **Incontinencia a heces sólidas:** pérdida involuntaria de heces sólidas
- **Urgencia fecal:** deseo repentino e imperioso de defecar, difícil de reprimir.
- **Sensación de evacuación incompleta:** sensación de que el ámpula rectal se encuentra llena aun después de la defecación.

- **Estreñimiento:** evacuaciones poco frecuentes, y/o incompletas, e incluso puede acompañarse por la necesidad de esfuerzo frecuente o asistencia manual.
- **Prolapso rectal:** protuberancia externa del recto.
- **Sangrado/moco rectal:** pérdida de sangre y/o moco por el recto.
- **Necesidad de pujo durante la defecación o uso de maniobras facilitadoras**
- **Disminución de las sensaciones rectales**

Una vez conocida la terminología general del piso pélvico que describe el cuadro clínico de su disfunción, habrá también que identificar la presencia de dolor, sensación dependiente del umbral de cada paciente, pero, síntoma característico de la patología, pélvica, ya que su identificación permitirá el establecimiento de múltiples diagnósticos diferenciales. Ver figura 2.

FIGURA 2. TIPOS DE DOLOR PÉLVICO¹⁵

Tipo de dolor	Definición
Dolor vejiga	Dolor suprapúbica o retropúbica que aumenta con vejiga llena
Dolor uretral	Dolor en el sitio de la uretra
Dolor vulvar	Dolor dentro o alrededor de la vulva
Dolor vaginal	Dolor por encima del introito vaginal
Dolor perineal	Dolor entre la horquilla vulvar y el ano
Dolor pélvico	Dolor en la pelvis no asociado a malestar urinario, gastrointestinal o ginecológico
Dolor pélvico cíclico	Dolor relacionado con la menstruación
Neuralgia del pudendo	Dolor en cualquier lugar que va desde el clítoris al ano

PATOLOGÍAS DE DISFUNCIÓN DE PISO PÉLVICO

Se enlistan los siguientes grupos de patologías de disfunción de piso pélvico

Patología Urinaria

La patología urinaria es la principal queja de disfunción en la mujer embarazada, específicamente la incontinencia urinaria, la cual es definida por *la International Continence Society (ICS)* como “pérdida involuntaria de orina por esfuerzo físico, al toser o estornudar”, la incidencia se coloca entre el 18.6% al 75% empeorando durante el tercer trimestre del embarazo, factor de riesgo principal para su aparición.¹⁶

La causa aún no se encuentra con certeza, sin embargo, algunas teorías señalan a las alteraciones hormonales propias del embarazo como las causantes de la disminución en la fuerza de contracción y apoyo de la musculatura del piso pélvico; la musculatura del piso pélvico juega un papel muy importante en la continencia urinaria, ya que “cierran” el esfínter uretral cuando se realiza algún movimiento físico, como: toser, estornudar, reír, moverse e incluso levantar alguna carga pesada, estos movimientos incrementan la presión intraabdominal, misma que se transmite a la vejiga; cuando la presión de la vejiga es mayor a la uretral, vence la resistencia de esta última, provocando la pérdida involuntaria de orina.¹⁴

Reportes han señalado, que la explicación anterior, es más notoria durante el tercer trimestre de gestación, sin embargo, esta condición puede ser prevenida y se pueden rehabilitar los músculos del suelo pélvico mediante ejercicios de fortalecimiento durante el embarazo y el puerperio.¹⁷

Como factores de riesgo no modificables “clásicos” para la incontinencia durante el embarazo, se reconocen: raza, presencia de comorbilidades crónicas y el peso fetal, El Dr. Zhu y Cols. definieron que la edad materna avanzada está asociada con el desenvolvimiento de la incontinencia urinaria (OR= 1.041; IC 95% 1.027-1.055), siendo apoyado por el investigador Hvidman et al. Quien además indicó que la edad mayor a 30 años precipitaba este riesgo, explicando además que los cambios morfológicos en las fibras musculares y la disminución en la conductividad nerviosa van mermando a partir de dicha edad.¹⁸

La obesidad, un índice de masa corporal elevado (IMC) y el aumento ponderal exagerado durante el embarazo, se suman a los factores de riesgo para incontinencia urinaria. Su explicación fisiopatológica recae en el incremento del perímetro abdominal incrementa la presión intraabdominal, provocando tensión sobre el suelo pélvico, afectando el flujo sanguíneo y la inervación nerviosa de vejiga y uretra, algunos reporte ecográficos encontraron un descenso importante en el cuello de la vejiga en las mujeres obesas en comparación con mujeres con peso normal.¹⁴ El Dr. Zhu y Cols. Informaron que el riesgo

para presentar incontinencia urinaria aumenta de manera directamente proporcional con el índice de masa corporal (IMC) prenatal (OR= 1.037; IC del 95% 1.020*1.054)¹⁸, lo anterior fue apoyado por el Dr. Hojberg et al. Quien en su estudio descriptivo encontró que las mujeres embarazadas con un IMC mayor a 30 kg/m² presentaban un riesgo significativamente menor para incontinencia urinaria que aquellas mujeres con un IMC normal previo al embarazo; esta condición se convierte en un factor de riesgo modificable que debe ser evaluado durante las consultas prenatales; la misma reducción de peso y de IMC se han identificado como uno de los factores correctivos de esta condición, disminuyendo así la incidencia de esta entidad, además, la reducción de peso también disminuye la gravedad de la incontinencia urinaria.¹⁹La recomendación ponderal para las mujeres gestantes detalla que durante un embarazo normo evolutivo, de una mujer con peso normal y con IMC de 18.5 a 24.9 kg/m², se espera una ganancia ponderal de 11.5 a 16 kg durante todo el desarrollo fetal, mientras que en mujeres obesas con un IMC previo al embarazo de 30 kg/m² la ganancia ponderal máxima corresponde a 7 kg durante todo el embarazo.¹⁴

Las pacientes diagnosticadas con diabetes gestacional, tienen mayor riesgo de presentar incontinencia urinaria de esfuerzo, la bibliografía cita que se encuentra vinculado con la gravedad del padecimiento, con mayor riesgo de persistencia, hasta por 5 años; la diabetes gestacional causa aumento ponderal, poliuria, inestabilidad del músculo detrusor, aumento del peso fetal, factores desencadenantes de la incontinencia urinaria.¹⁴

El tabaquismo, se asocia a la aparición de incontinencia urinaria; el monóxido de carbono disminuye el transporte de oxígeno hacia los tejidos corporales, provocando atrofia muscular, el hábito de fumar puede desencadenar tos crónica y paroxística; y como ya describimos anteriormente, el ejercicio de toser incrementa la presión intraabdominal ejerciendo, presión negativa sobre el piso pélvico. La nicotina también se identifica por su efecto agonista sobre el músculo detrusor, provocando hiperactividad del mismo, las mujeres embarazadas que tenían el hábito de fumar presentaron mayor riesgo para presentar incontinencia urinaria de esfuerzo que las mujeres embarazadas no fumadoras²⁰.

El estreñimiento durante el embarazo, es una manifestación clínica frecuente, la prevalencia se estima entre el 11% al 38%, acentuándose durante el tercer trimestre del embarazo, lo anterior se explica por la expansión que sufre el útero durante la gestación, presionando al intestino grueso, sumando la sinergia de los niveles altos de progesterona con la consecuente disminución de la contractilidad de la musculatura esofágica, gástrica y colónica, provocando heces duras y secas (Escala de Bristol 1), lo cual se asocia con esfuerzo repetidos y estrés en el piso pélvico, requiriendo compresión sostenida y repita de la musculatura abdominal, además el estreñimiento propicia que los nervios pélvicos se estiren y se estire la región perianal. El estreñimiento se puede prevenir y tratar, convirtiéndose en un factor modificable a considerar para evitar incontinencia urinaria.⁸⁻²¹

Para la evaluación de la incontinencia urinaria de esfuerzo se utiliza la escala de Sanvik (FIGURA 3) la cual mediante dos preguntas evalúa la severidad del padecimiento, a través

de una multiplicación del resultado de la pregunta 1 por la pregunta 2; un puntaje de 1 a 2 significa incontinencia urinaria de esfuerzo leve, de 3 a 6 moderada, de 8 a 9 grave y mayor a 12 muy grave. (Figura 3)

¿Con que frecuencia se le escapa la orina?	
1.	Menos de una vez al mes
2.	Algunas veces al mes
3.	Algunas veces a la semana
4.	Todos los días y / o noches
¿Qué cantidad de orina se le escapa cada vez?	
1.	Gotas (muy poca cantidad)
2.	Chorro pequeño (cantidad moderada)
3.	Mucha cantidad

FIGURA 3 ESCALA DE SANDVIK ²².

Tomado de: A severity index for epidemiological surveys of female urinary incontinence: Comparison with 48-hour pad-weighing tests. Sandvik H.

La escala de INDEVUS, de características cualitativas, evalúa 4 ítems, desarrollada para evaluar la gravedad de la urgencia y su interferencia con la actividad cotidiana (Figura 4)

Escala de INDEVUS para incontinencia urinaria de urgencia	
0	Sin urgencia
1	Urgencia urinaria que es tolerada
2	Interfiere con las actividad habituales
3	Extrema urgencia que interfiere con cualquier actividad

FIGURA 4. ESCALA DE INDEVUS²³

Tomado de: Evaluación cuantitativa de urgencia. Incontinencia y disfunción del suelo pélvico, Cheng, HL

Prolapso de Órganos Pélvicos (POP)

El prolapso de órganos pélvicos es definido por la International Continence Society (ICS) como “el descenso de un órgano pélvico con mayor frecuencia el útero, cuello uterino, vagina, vejiga o recto siendo estos más frecuentes”.¹⁵

El prolapso durante el embarazo es una entidad poco frecuente siendo esta de 1 en cada 10 000 a 15 000 embarazos, manifestando complicaciones como: infección de vía urinaria, retención urinaria, ulceración de las paredes vaginales, laceración o edema del cérvix, aborto espontáneo, parto prematuro, trabajo de parto obstruido, ruptura uterina a nivel del segmento, muerte fetal y sepsis materna ²⁴⁻²⁵

La aparición de prolapso de órganos pélvicos (POP) durante el embarazo puede ocurrir en cualquier trimestre, sin embargo, es más común que aparezca por primera vez durante el tercer trimestre, puede desaparecer o persistir durante y después del puerperio ²⁴.

Cuando el POP se manifiesta en el primer trimestre aparece como prolapso cervical ²⁵, pero, si se tiene antecedente de POP este desaparecerá durante el segundo trimestre, y reaparecer en el puerperio ²⁵

La etiología es multifactorial, y puede deberse a cambios propios del embarazo aumento de las concentraciones de los niveles de cortisol y progesterona; que causan relajación y debilidad de los ligamentos de soporte (ligamentos cardinales), elongación e hipertrofia del cuello uterino; número de partos vaginales, antecedente obstétrico de partos difíciles, bebés grandes, trauma durante el parto al piso pélvico, hiato genital grande, antecedente prolapso previo al embarazo, ²⁴⁻²⁵

La identificación de síntomas de prolapso de órganos pélvicos incluye ¹⁵

- **Abultamiento vaginal**
- **Presión pélvica**
- **Digitalización vaginal**
- **Dolor lumbar.**
- **Descarga/sangrado/flujo/infección vaginal**

El tratamiento se prescribe de forma individualizada, tomando en cuenta los deseos de la paciente, comodidad, edad gestacional y gravedad de POP; el tratamiento puede ser conservador o quirúrgico.

El tratamiento conservador sostiene a las medidas higiénico-dietéticas como el pilar de resolución, y se incluye: reposo en cama en posición de Trendelenburg ²⁵, colocación de pesario vaginal con uso continuo y ajustar tamaño de acuerdo al crecimiento uterino y retirar hasta el inicio del trabajo de parto; cuando el uso de pesario y reposo prolongado

se imposibilita se recomienda suspensión uterina de Gilliam modificada bajo visualización laparoscópica.²⁶

Síntomas sexuales

La función sexual es una de las funciones vitales en el ser humano, sabiéndose muy poco de la relación de síntomas sexuales con padecimientos crónicos femenino, entre ellos disfunción de piso pélvico. En la búsqueda bibliográfica no se encontró algún artículo de revisión que abordara los síntomas sexuales y disfunción pélvica durante el embarazo, así que resumiré los síntomas sexuales de la disfuncionalidad en mujeres no embarazadas. *The American Foundation For Urologic Disease (AFUD)*²⁷ define a los síntomas sexuales femeninos en cuatro rubros:

1. Líbido baja
2. Problemas con la excitación sexual
3. Incapacidad para alcanzar el orgasmo
4. Dispaurenia

La disfunción sexual puede deberse a factores asociados con el desarrollo de disfunción de piso pélvico o causado por procedimientos quirúrgicos realizados para corregir la disfunción de piso pélvico.¹²

En el estudio del Dr. Sen et al.¹² Se reconocen a la edad avanzada, prolapso de órganos pélvicos, y el tipo de parto como factores de riesgo para disfunción sexual, pues están relacionados con debilidad de los músculos pélvicos o disminución de la sensibilidad urogenital.

Síntomas anorrectales

La incontinencia fecal, es la principal queja anorrectal de disfunción pélvica, y es definida como “el paso incontrolable continuo o recurrente de deposiciones, las cuales pueden ser de consistencia sólida, líquida y gases por periodos de al menos un mes, en pacientes mayores de 4 años”²⁸

Clínicamente, se subdivide en:

1. Incontinencia pasiva
2. Urgencia-Incontinencia
3. Ensuciamiento anal

De acuerdo al grado, como total cuando no hay retención de gases y materia fecal sólida o líquida; y parcial se considera cuando puede controlar la expulsión de heces sólidas, pero no de gases²⁸

La evaluación de la incontinencia anal inicial, será valorada de forma subjetiva por la paciente, utilizando escalas de gravedad, estandarizadas, por ejemplo, la escala de Wexner, actualmente es la más utilizada, investiga si la paciente ha presentado pérdida no controlada de gas, deposiciones líquidas, sólidas, si ha requerido uso de apósitos, indaga la calidad de vida, el puntaje mínimo es 0 significando “continencia perfecta”, y el máximo de 20 puntos “totalmente incontinente”, un score de 0 a 8 puntos resulta “incontinencia fecal leve”, de 9 a 16 “incontinencia fecal moderada” y mayor a 17 “incontinencia fecal grave”²⁹, con esta escala además, se puede evaluar el método de resolución, ya sea conservador o quirúrgico.

Tipo de incontinencia fecal	Nunca	Raramente (< 1 vez/mes)	Algunas veces (> 1 vez/mes y <1 vez/ semana)	Frecuentemente (> 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

FIGURA 5. ESCALA DE WEXNER²⁹

Tomado de: Escalas de evaluación en incontinencia fecal. Flández, J., & Monrroy, H.

DIAGNÓSTICO DE DISFUNCIÓN DE PISO PÉLVICO

La adecuada pesquisa de la enfermedad se logrará con una relación médico-paciente de calidad, donde la confianza otorgada al médico ginecólogo será fundamental para un detallado interrogatorio, que permitirá reconocer y detallar cada una de las quejas y/o molestias de la paciente gestante con disfunción del piso pélvico; una vez reconocidos los síntomas se practicará una exploración física orientada a la estructura dañada.

La exploración física se realizará de forma dinámica, permitir la adecuada valoración de los músculos del suelo pélvico: tono en reposo, fuerza de contracción activa y pasiva. La fuerza de los músculos del piso perineal, es uno de los factores más importantes a evaluar, y siempre se debe incluir: una exploración estática y dinámica, valorando la relajación muscular voluntaria, resistencia muscular, contractilidad, duración, coordinación y desplazamiento.⁶

La ICS¹⁵ estableció una terminología para referirse a la función y/o disfunción de esta región, estableciendo: músculos normales del suelo pélvico, músculos hiperactivos, músculos hipoactivos, músculos del suelo pélvico que no funcionan. Para esta valoración se utilizará la escala modificada de Oxford (Figura 6), que evalúa el reconocimiento muscular, concediendo los siguientes grados:

Escala modificada de Oxford	
Grado	Respuesta muscular
0	Ninguna
1	Parpadeos. Movimientos tembloroso de la musculatura
2	Débil. Presión débil sin parpadeos o temblores musculares
3	Moderado. Aumento de presión y ligera elevación de la pared vaginal posterior
4	Bien. Los dedos del examinador son apretados firmemente; elevación de la pared posterior de la vagina contra resistencia moderada
5	Fuerte. Sujeción con fuerza de los dedos y elevación de la pared posterior en contra de una resistencia máxima

Figura 6. ESCALA MODIFICADA DE OXFORD³⁰

Tomado de: Efectividad de la reeducación del suelo pélvico en adultas mayores con incontinencia urinaria de esfuerzo. Chang Calderin, O.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los principales síntomas de disfunción del piso pélvico durante el tercer trimestre del embarazo?

JUSTIFICACIÓN

Los estudios clínicos relacionados con sintomatología de disfunción de piso pélvico durante el tercer trimestre del embarazo representan un reto por su amplia presentación, por tanto, al momento no se encuentra documentado algún estudio en población mexicana que identifique las principales disfunciones del piso pélvico durante el tercer trimestre de gestación.

Además, el presente estudio pretende demostrar cómo estos padecimientos se encuentran infra diagnosticados, limitando una detección temprana, seguimiento y, por tanto, tratamiento oportuno; impactando en la calidad de vida de la mujer gestante, disminuyendo el disfrute de esta etapa del ciclo vital.

OBJETIVO GENERAL

Identificar los síntomas de disfunción de piso pélvico más frecuentes durante el tercer trimestre del embarazo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar en embarazadas que cursan el tercer trimestre:

- Síntomas urinarios.
- Síntomas de prolapso.
- Síntomas sexuales.
- Síntomas anorrectales.

Asociar si el número de gestas con mayor número de síntomas de disfunción del piso pélvico

Asociar el peso fetal con mayor número de síntomas de disfunción del piso pélvico (como punto de corte menores de 3500 y mayores de 3500)

Identificar si la diabetes o hipertensión se asocian a mayor severidad de los síntomas.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO

Tipo de estudio

- Clasificación de la investigación: Investigación Cualitativa
- Según el tiempo de ocurrencia de los hechos: Retrospectivo
- Según el periodo y secuencia del estudio: Transversal
- Según el número de mediciones: Descriptivo
- Según la introducción manipulación y control: Observacional

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Pacientes en el tercer trimestre del embarazo.

UNIVERSO DE TRABAJO

Pacientes en el tercer trimestre del embarazo del Hospital Regional General Ignacio Zaragoza-ISSSTE.

TIEMPO DE EJECUCIÓN

Noviembre de 2020 a octubre de 2021

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes en el tercer trimestre del embarazo que desean participar en el estudio que no tengan trabajo de parto.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con embarazo gemelar
- Pacientes que no estén adscritos al ISSSTE
- Pacientes con dolor
- Mujeres en trabajo de parto
- Pacientes que no sepan leer y escribir

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes que no contesten en su totalidad el cuestionario.
- Pacientes que no firmaron el consentimiento informado

METODOLOGÍA PARA EL CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Tipo: Aleatoria

Representatividad: Representativa

Tamaño:

N= 100

n = 100

DESCRIPCIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

Nombre de la variable	Definición	Tipo	Escala de medición	Categorías o valores de la variable
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento a la aplicación del cuestionario	Cuantitativa	Discreta	
Peso	Peso en kg al momento de la aplicación del cuestionario.	Cuantitativa	Discreta	
Talla	Talla en metros al momento de la aplicación del cuestionario	Cuantitativa	Discreta	
Índice de masa corporal	Número que da como resultado la división del peso y multiplicación dos veces la talla	Cuantitativa	Discreta	
Número de gestas	Número de embarazos que presenta la paciente	Cuantitativa	Discreta	
Comorbilidades	Presencia de uno o más de los siguientes: 1=Diabetes tipo 2 2=Diabetes gestacional 3=Hipertensión arterial sistémica		Dicotómica	1= Si 2= No

	4=Hipertensión gestacional			
Síntomas urinarios	Chorro intermitente Vaciamiento incompleto Chorro en spray Doble micción Goteo terminal Disuria Hematuria Urgencia Urinaria Incontinencia urinaria de urgencia Incontinencia urinaria de esfuerzo Incontinencia postural Incontinencia urinaria mixta Incontinencia urinaria durante el coito. Uso de maniobras facilitadoras Retardo para iniciar la micción Nocturia Retención urinaria	Cualitativa	Dicotómica	1= Si 2= No
Nictámero	Numero de micciones presentadas durante el día y la noche	Cuantitativa		1, 2, 3, 4
Escala de valoración modificada de		Cualitativa	Ordinal	0= Ninguno 1= Parpadeos. Movimientos

Oxford para la musculatura del suelo pélvico.				temblorosos de la musculatura. 2= Débil. Presión débil sin parpadeos o temblores musculares. 3= Moderada. Aumento de presión y ligera elevación e la pared vaginal posterior. 4= Bien, los dedos del examinador son apretados firmemente; elevación de la pared posterior de la vagina contra resistencia modera. 5= Fuerte. Sujeción con fuerza de los dedos y elevación de la pared posterior en contra de una resistencia máxima.
Escala de Sandvik		Cualitativa	Ordinal	1 a 2: Leve 3 a 6: Moderada 7 a 9: Severa 10 a 12: Muy severa
Escala de INDEVUS		Cualitativa	Ordinal	0= Sin urgencia 1= Urgencia urinaria que es tolerada 2= Interfiere con las actividades habituales

				3=Extrema urgencia que interfiere con cualquier actividad
Síntomas de POP	Sensación de cuerpo extraño Pesantez pélvica Descarga vaginal Sangrado vaginal Dolor lumbar Infección vaginal Digitación	Cualitativa	Dicotómica	1= Si 2= No
Síntomas sexuales	Dispareunia superficial Dispareunia profunda Penetración obstruida Laxitud vaginal Disminución del deseo sexual Disminución de la excitación Disminución del orgasmo Incontinencia durante el coito	Cualitativa	Dicotómica	1= Si 2= No
Síntomas anorrectales	Incontinencia a flatos Incontinencia a heces líquidas Incontinencia a heces sólida Incontinencia fecal pasiva	Cualitativa	Dicotómica	1= Si 2= No

	<p>Incontinencia fecal durante el coito</p> <p>Urgencia fecal</p> <p>Necesidad de pujo durante las evacuaciones o uso de maniobras facilitadoras</p> <p>Sensación de vaciamiento rectal incompleto</p> <p>Disminución de las sensaciones rectales</p> <p>Estreñimiento</p> <p>Prolapso rectal</p> <p>Sangrado rectal</p> <p>Moco rectal</p>			
Score de Wexner		Cualitativa	Ordinal	<p>0= Continencia perfecta</p> <p>1 a 7= Incontinencia leve</p> <p>8 a 14= Incontinencia moderada</p> <p>15 a 20= Incontinencia grave</p>

MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. Se selecciona a las pacientes que acuden a la consulta de urgencias de ginecología y obstetricia que cumplan con los criterios de inclusión, que acepten participar en el estudio, y firmen consentimiento informado en un periodo de tres meses
2. Se realiza el cuestionario para la detección de síntomas de disfunción de piso pélvico estandarizadas de acuerdo a la Sociedad Internacional de Continencia(ICS)
3. Se continua con la consulta de manera habitual
4. Se consultan datos de resolución obstétrica en SIMEF para completar el llenado de la cedula aplicada. (ANEXO 1)

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Procesamiento de datos en programa SPSS V25

ASPECTOS ÉTICOS

Autonomía: La paciente tuvo la libertad de elegir voluntariamente y sin presiones si contesta o no el cuestionario, sin menoscabo de sus derechos institucionales en el ISSSTE

Beneficencia: Se pretende que este cuestionario identifique pacientes que tengan disfunción de piso pélvico, y les ayude a solicitar seguimiento posterior.

No-maleficencia: La aplicación del cuestionario no retrasa la atención a la paciente y no pone en peligro la vida

Justicia: Se aplica el cuestionario a toda paciente que lo solicite

De acuerdo a la Ley General de Salud respecto a protocolos de investigación respecto a la salud, en su artículo 45 91, no serán puestos en riesgo los fetos y/o recién nacidos, ideas de que será valorado por el Comité de ética, así como Ética en investigación del Hospital Regional Ignacio Zaragoza.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO 2

CONFLICTO DE INTERÉS

No existe conflicto de intereses por parte del investigador y/o el personal

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS

Investigador titular

Expedientes clínicos de pacientes

Computadora.

Impresora.

Tinta de impresora.

Hojas blancas.

Engrapadora.

Marcatextos

Bolígrafos y lapiceros.

Escritorio o mesa

Silla

Programa SPSS

Programas Office

Calculadora

Folders

Todos los gastos serán cubiertos por el titular de la investigación.

Total, estimado: \$15,200

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Etapa/actividad	2020		2021									
	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
• Etapa de planeación del proyecto												
• Introducción, planteamiento y justificación del problema, objetivos	X	X										
• Marco teórico		X	X	X								
• Material y métodos					X							
• Registro y autorización del proyecto						X						
• Etapa de ejecución del proyecto												
• Recolección de datos						X	X	X				
• Almacenamiento de los datos							X	X				
• Análisis de los datos									X			
• Descripción de los resultados										X		
• Discusión de los resultados											X	
• Conclusiones del estudio												X
• Integración y revisión final												X
• Reporte final												X
• Autorizaciones												X
• Publicación de trabajo final												X
• Solicitud de examen de tesis												X

RESULTADOS

Análisis descriptivo.

Características generales.

Se realizó el análisis descriptivo para cada una de las características mencionadas en la redacción del análisis estadístico para las 100 pacientes que se incluyeron en el estudio. Las características generales de los pacientes (tabla 1) muestran una media de 30.19 \pm 6.19, en cuanto al peso se encontró en 75.66 \pm 11.96, la talla en 1.57 \pm 0.05 y el IMC en 30.08 \pm 4 (tabla 1).

En cuanto a número de gestas, se encontró que 23% de las pacientes tenía como antecedente 1 gesta, el 42% tuvo 2 gestas, el 17% tuvo 3 gestas, el 15% con 4 gestas, el 1% un total de 5 gestas y el 2% contaba con 6 gestas. En cuanto a número de partos, se encontró que el 60% de las pacientes tenía 0 partos, el 27% un parto, el 8% dos partos, el 4% tres partos y el 1% cuatro partos. El 63% no había tenido cesárea, el 28% una cesárea, el 7% dos cesáreas y el 2% tres cesáreas. Un total de 77 mujeres no había tenido abortos, mientras que, 20 había tenido por lo menos uno y 3 pacientes dos abortos.

El 6% de la población padecía diabetes gestacional y el 4% tenía diabetes tipo 2. El 9% padecía hipertensión gestacional y el 3% padecía hipertensión arterial crónica, mientras que, en la población se identificaron a 5 mujeres (5%) que sufrieron preeclampsia (tabla 1).

Edad	30.19 \pm 6.19	Número de abortos	0 77 (77%) 1 20 (20%) 2 3 (3%)
Peso	75.66 \pm 11.96	Diabetes gestacional	Si 6 (6%) No 94 (94%)
Talla	1.57 \pm 0.05	Diabetes tipo 2	Si 4 (4%) No 96 (96%)
IMC	30.08 \pm 4	Hipertensión gestacional	Si 9 (9%) No 91 (91%)

Número de gestas		Hipertensión arterial	
1	23 (23%)	Si	3 (3%)
2	42 (42%)	No	97 (97%)
3	17 (17%)		
4	15 (15%)		
5	1 (1%)		
6	2 (2%)		
Número de partos		Preeclampsia	
0	60 (60%)	Si	5 (5%)
1	27 (27%)	No	95 (95%)
2	8 (8%)		
3	4 (4%)		
4	1 (1%)		
Número de cesáreas			
0	63 (63%)		
1	28 (28%)		
2	7 (7%)		
3	2 (2%)		
Se muestra media y desviación estándar, mediana y RIC (25-75%).			

Sintomatología urinaria.

Se muestran los datos de sintomatología urinaria que las pacientes incluidas en el estudio refirieron (tabla 2).

Un total de 12 mujeres tenía chorro intermitente, y 18% chorro en spray. El 35% de las pacientes refirió vaciamiento incompleto, el 27% doble micción, 28% goteo terminal, 10% disuria y 0% hematuria. El 19% de las pacientes refirió urgencia urinaria, 10% incontinencia urinaria de urgencia, 36% incontinencia urinaria de esfuerzo, 10% incontinencia urinaria postural, 6% incontinencia mixta y solo 4% refirió maniobras facilitadoras (tabla 2).

Cuatro mujeres refirieron retardo para iniciar la micción, mientras que, el 25% refirió padecer 2 episodios de nicturia, el 21% tres y el 22% 5 o más episodios, además, el 3% de las pacientes refirió tener incontinencia urinaria durante el coito. En cuanto al consumo de líquidos, el 45% refiere beber 2 litros de agua y el 21% 1.5 litros (tabla 2).

Tabla 2. Sintomatología urinaria en la población (n= 100).					
Chorro intermitente	Si	12 (12%)	Incontinencia urinaria mixta	Si	6 (6%)
	No	88 (88%)		No	94 (94%)
Vaciamiento incompleto	Si	35 (35%)	Maniobras facilitadoras	Si	4 (4%)
	No	65 (65%)		No	96 (96%)
Chorro en spray	Si	18 (18%)	Retardo para iniciar la micción	Si	4 (4%)
	No	82 (82%)		No	96 (96%)
Doble micción	Si	27 (27%)	Nocturia	0	5 (5%)
	No	73 (73%)		1	18 (18%)
				2	25 (25%)
				3	21 (21%)
				4	9 (9%)
				5 o más	22 (22%)
Goteo terminal	Si	28 (28%)	Incontinencia urinaria durante el coito	Si	3 (3%)
	No	72 (72%)		No	97 (97%)
Disuria	Si	10 (10%)	Consumo de líquidos en litros	1	11 (11%)
	No	90 (90%)		1.5	21 (21%)
				2	45 (45%)
				2.5	12 (12%)
				3	8 (8%)
				4	3 (3%)
Hematuria	Si	0 (0%)	Retención urinaria	Si	0 (0%)
	No	100 (100%)		No	100 (100%)
Urgencia urinaria	Si	19 (19%)	OXFORD	1	4 (4%)
	No	81 (81%)		2	25 (25%)
				3	40 (40%)
				4	27 (27%)
				5	4 (4%)
Incontinencia urinaria de urgencia	Si	10 (10%)	SANDVICK	1	2 (5.7%)
	No	90 (90%)		2	13 (37.1%)
				3	3 (8.6%)

			4	7 (20%)
			6	8 (22.9%)
			8	2 (5.7%)
Incontinencia urinaria de esfuerzo		INDEVUS	1	8 (80%)
Si	36 (36%)		2	2 (2%)
No	64 (64%)			
Incontinencia urinaria postural				
Si	10 (10%)			
No	90 (90%)			
Se muestra media y desviación estándar, mediana y RIC (25-75%).				

Síntomas de prolapso de órganos pélvicos.

Se describen los síntomas de prolapso de órganos pélvicos en la población estudiada (tabla 3). Un 2% de las mujeres refirió sensación de cuerpo extraño, el 37% pesantez pélvica, el 51% descarga vaginal, 48% dolor lumbar, 37% infección vaginal y solo una paciente (1%) refirió digitación (tabla 3).

Tabla 3. Síntomas de prolapso de órganos pélvicos en la población (n=100).				
Sensación de cuerpo extraño		Dolor lumbar	Si	48 (48%)
Si	2 (2%)		No	52 (52%)
No	98 (98%)			
Pesantez pélvica		Infección vaginal	Si	37 (37%)
Si	37 (37%)		No	63 (63%)
No	63 (63%)			
Descarga vaginal		Digitación	Si	1 (1%)
Si	51 (51%)		No	99 (99%)
No	49 (49%)			
Sangrado vaginal				
Si	0 (0%)			
No	100 (100%)			
Se muestra media y desviación estándar, mediana y RIC (25-75%).				

Síntomas sexuales.

Se describen los síntomas sexuales en la población de mujeres incluidas en el estudio (tabla 4). Cinco pacientes (5%) refirieron dispareunia superficial y 4% profunda. El 9% de las mujeres reportó sufrir de penetración obstruida durante el coito y 5% laxitud vaginal, mientras que, el 38% de las mujeres refirió tener disminución del deseo sexual, 28% disminución en la excitación y 27% disminución en el orgasmo, además, sólo 3 mujeres (3%) refirieron incontinencia durante el acto sexual (tabla 4).

Tabla 4. Síntomas sexuales en la población (n= 100).			
Dispareunia superficial	Si	5 (5%)	Disminución del deseo sexual
	No	95 (95%)	
Dispareunia profunda	Si	4 (4%)	Disminución de la excitación
	No	96 (96%)	
Penetración obstruida	Si	9 (9%)	Disminución del orgasmo
	No	91 (91%)	
Laxitud vaginal	Si	5 (5%)	Incontinencia durante el acto
	No	95 (95%)	
Se muestra media y desviación estándar, mediana y RIC (25-75%).			

Síntomas anorrectales.

Se evaluaron síntomas anorrectales en la población (tabla 5), encontrando que el 16% de las mujeres padecía incontinencia a flatos, 1% incontinencia a heces líquidas y el mismo porcentaje para incontinencia a heces sólidas. El 5% de las pacientes refirió incontinencia fecal pasiva y 2% urgencia fecal. Se encontró que el 30% de las pacientes tenía necesidad de pujo o maniobras facilitadoras durante la evacuación y el 20% padecía sensación de vaciamiento rectal incompleto (tabla 5). Se encontró que 10% de las mujeres padecía estreñimiento, 6% sangrado rectal y 2% moco rectal. Se clasificó al 26% de las pacientes en Wexner 1, al 21.1% en Wexner 1 y al 31.6% en Wexner 3 (tabla 5).

Tabla 5. Síntomas anorrectales en la población (n= 100).			
Incontinencia a flatos	Si No	16 (16%) 84 (84%)	Sensación de vaciamiento rectal incompleto
			Si No
			20 (20%) 80 (80%)
Incontinencia a heces líquidas	Si No	1 (1%) 99 (99%)	Disminución de las sensaciones rectales
			Si No
			2 (2%) 97 (98%)
Incontinencia a heces sólidas	Si No	1 (1%) 99 (99%)	Estreñimiento
			Si No
			10 (10.1%) 89 (89.9%)
Incontinencia fecal pasiva (manchado fecal)	Si No	5 (5%) 95 (95%)	Prolapso rectal
			Si No
			0 (0%) 100 (100%)
Incontinencia fecal durante el coito	Si No	0 (0%) 100 (100%)	Sangrado rectal
			Si No
			6 (6%) 94 (94%)
Urgencia fecal	Si No	2 (2%) 98 (98%)	Moco rectal
			Si No
			2 (2%) 98 (98%)
Necesidad de pujo durante la evacuación o uso de maniobras facilitadoras	Si No	30 (30%) 70 (70%)	Wexner
			1
			5 (26.3%)
			2
			4 (21.1%)
			3
			6 (31.6%)
			4
			1 (5.3%)
			6
			1 (5.3%)
			7
			1 (5.3%)
			12
			1 (5.3%)
Se muestra media y desviación estándar, mediana y RIC (25-75%).			

Síntomas de dolor pélvico.

En las pacientes incluidas en el estudio, se evaluaron los síntomas de dolor pélvico (tabla 6), encontrando que el 9% de las mujeres refirió dolor vesical, el 3% dolor uretral, 3% dolor vaginal, 1% dolor perineal y 6% dolor pélvico (tabla 6).

Tabla 6. Síntomas de dolor pélvico en la población (n=100).					
Dolor vesical		Si	9 (9%)	Dolor perineal	
		No	91 (91%)	Si	1 (1%)
				No	99 (99%)
Dolor uretral		Si	3 (3%)	Dolor pélvico	
		No	97 (97%)	Si	6 (6%)
				No	94 (94%)
Dolor vaginal		Si	3 (3%)	Dolor pélvico ciclico	
		No	97 (97%)	Si	0 (0%)
				No	100 (100%)
Se muestra media y desviación estándar, mediana y RIC (25-75%).					

Resolución obstétrica.

En cuanto a la resolución obstétrica, se encontró que en el 39% de las mujeres fue mediante parto y 61% mediante cesárea. Al 1% se le realizó episiotomía media y al 26% episiotomía mediolateral, el 3% sufrió desgarro perineal de primer grado, el 3% de segundo grado y ninguna paciente sufrió de desgarro perineal de tercer y cuarto grado. El peso del producto se cuantificó con una mediana de 3072.5 gramos con rangos de 2635 a 3400 (RIC 25-75%). El sangrado durante el procedimiento se cuantificó con una mediana de 400 ml, con rangos de 262.5 a 500 ml (tabla 7).

Tabla 7. Resolución obstétrica en los pacientes del estudio (n= 100).					
Parto		Si	39 (39%)	Desgarro perineal de cuarto grado	
		No	61 (61%)	Si	0 (0%)
				No	100 (100%)
Cesárea		Si	61 (61%)	Forceps	
		No	39 (39%)	Si	0 (0%)
				No	100 (100%)
Episiotomía media		Si	1 (1%)	Vacum	
		No	99 (99%)	Si	0 (0%)
				No	100 (100%)

Episiotomía mediolateral		Distocia de hombros	
Si	26 (26%)	Si	0 (0%)
No	74 (74%)	No	100 (100%)
Desgarro perineal de primer grado		Peso	3072.5 (2635 – 3400) grs
Si	3 (3%)		
No	97 (97%)		
Desgarro perineal de segundo grado		Sangrado	400 (262.5 – 500)
Si	3 (3%)		
No	97 (97%)		
Desgarro perineal de tercer grado			
Si	0 (0%)		
No	100 (100%)		
Se muestra media y desviación estándar, mediana y RIC (25-75%).			

Análisis inferencial.

Como se describió en la redacción del análisis estadístico, se realizó la inferencia de los síntomas de disfunción de piso pélvico, agrupando a los pacientes por:

- Número de embarazos: Siendo primigestas aquellas pacientes con un embarazo y multigestas con dos o más embarazos.
- Peso fetal: En un grupo las pacientes que tuvieron productos con un peso menor a los 3500 gramos y en otro grupo a aquellas pacientes que tuvieron productos con un peso igual o mayor a los 3500 gramos.
- Diabetes tipo 2: Se agrupó a las pacientes como con diabetes y sin diabetes tipo 2.
- Hipertensión arterial crónica: Se agruparon a las pacientes como con hipertensión arterial y sin hipertensión arterial crónica.

Por lo que cada paso en la inferencia estadística se realizó comparando los síntomas de disfunción de piso pélvico entre dos grupos.

PRIMIGESTAS Y MULTIGESTAS.

Características generales.

Se describen las características generales del análisis inferencial entre primigestas y multigestas en la tabla 8. Se encontró que la edad de las pacientes primigestas (n= 23) fue de 26.78 con una desviación estándar de 6.52 años mientras que en mujeres multigestas (n= 77) fue de 31.21 con una desviación estándar de 5.74 (p= 0.002). No se encontró significancia estadística al evaluar peso (p= 0.844), talla (p= 0.574) e IMC (p=0.619) (tabla 8). En el grupo de primigestas, el 13% sufrió diabetes estacional y el 3.9% en el grupo de multigestas (p= 0.133). El 4.3% en el grupo de primigestas padecía diabetes y 3.9% en el grupo de multigestas (p= 1.000). No se encontró significancia estadística al evaluar hipertensión gestacional, hipertensión arterial y preeclampsia (tabla 8).

Tabla 8. Características generales de la población agrupada por número de embarazos.			
Variable	Primigestas (n= 23)	Multigestas (n= 77)	P valor
Edad	26.78 ±6.52	31.21 ±5.74	0.002st
Peso	75.23 ±10.66	75.79 ±12.38	0.844 ^t
Talla	1.57 (1.55 – 1.63)	1.57 (1.53 – 1.60)	0.574 ^U
IMC	29.72 ±3.12	30.19 ±4.24	0.619 ^t
Diabetes gestacional			
Si	3 (13%)	3 (3.9%)	0.133 ^F
No	20 (87%)	74 (96.1%)	
Diabetes tipo 2			
Si	1 (4.3%)	3(3.9%)	1.000 ^F
No	22 (95.7%)	74 (96.1%)	
Hipertensión gestacional			
Si	4 (17.4%)	5 (6.5%)	0.205 ^F
No	19 (82.6%)	72 (93.5%)	
Hipertensión arterial			
Si	1 (4.3%)	2 (2.6%)	0.548 ^F
No	22 (95.7%)	75 (97.4%)	
Preeclampsia			
Si	1 (4.3%)	4 (5.2%)	1.000 ^F
No	22 (95.7%)	73 (94.8%)	
Se muestra media y desviación estándar, mediana y RIC (25-75%). Pruebas: ^t t de student, ^U U de Mann Whitney, ^{xi} Xi cuadrada de Pearson, ^F Prueba exacta de Fisher. * Significancia estadística p<0.05.			

Síntomas urinarios.

Se evaluó la sintomatología urinaria, comparando primigestas y multigestas (tabla 9). Se encontró que 17% de las primigestas reportaron chorro intermitente, mientras que, el 10.4% de las multigestas reportaron el mismo síntoma ($p= 0.464$). Vaciamiento incompleto se encontró en 39.1% de las primigestas y en 33.8% de las multigestas ($p= 0.636$). Chorro en spray se encontró en 30.4% de las primigestas y en 14.3% de las multigestas ($p= 0.118$). El síntoma de doble micción, fue referido por el 30.4% de las primigestas y por el 26% de las multigestas ($p= 0.672$). Se reportó goteo terminal en 34.8% de las primigestas y en 26% de las multigestas ($p= 0.409$). No se encontró significancia estadística al evaluar, disuria ($p=1.000$), urgencia urinaria ($p= 1.000$), incontinencia urinaria de urgencia ($p= 0.692$), incontinencia urinaria de esfuerzo ($p=0.104$), incontinencia urinaria postural ($p= 1.000$), uso de maniobras facilitadoras ($p= 1.000$) y retardo para iniciar la micción ($p= 0.226$). En cuanto a nocturia, 43.4% de las primigestas, reportó tener 5 o más episodios, mientras que, en las multigestas este número de episodios se encontró en 15.6% ($p= 0.305$). En escala OXFORD, 0% de las primigestas tuvieron 1, 26.1% se clasificaron con 2 puntos, 30.4% con 3, 34.8% con 4 y 8.7% con 5 mientras que, las multigestas, se encontró el 5.2% con 1 punto, 24.7% con 2 puntos, 42.9% con 3, 24.7% con 4 y 2.6% con 5 ($p=0.201$). No se encontró significancia estadística al evaluar SANDVICK ($p=0.826$) e INDEVUS ($p=1.000$) (tabla 9).

Tabla 9. Sintomatología urinaria en la población agrupada por número de embarazos.				
Variable		Primigestas (n=23)	Multigestas (n=77)	P valor
Chorro intermitente	Si	4 (17.4%)	8 (10.4%)	0.464 ^F
	No	19 (82.6%)	69 (89.6%)	
Vaciamiento incompleto	Si	9 (39.1%)	26 (33.8%)	0.636 ^{Xi}
	No	14 (60.9%)	51 (66.2%)	
Chorro en spray	Si	7 (30.4%)	11 (14.3%)	0.118 ^F
	No	16 (69.6%)	66 (85.7%)	
Doble micción	Si	7 (30.4%)	20 (26%)	0.672 ^{Xi}
	No	16 (69.6%)	57 (74%)	
Goteo terminal	Si	8 (34.8%)	20 (26%)	0.409 ^{Xi}
	No	15 (65.2%)	57 (74%)	

Disuria	Si	2 (8.7%)	8 (10.4%)	1.000 ^F
	No	21 (91.3%)	69 (89.6%)	
Hematuria	Si	0 (0%)	0 (0%)	-
	No	23 (100%)	77 (100%)	
Urgencia urinaria	Si	4 (17.4%)	15 (19.5%)	1.000 ^F
	No	19 (82.6%)	62 (80.5%)	
Incontinencia urinaria de urgencia	Si	3 (13%)	7 (9.1%)	0.692 ^F
	No	20 (87%)	70 (90.9%)	
Incontinencia urinaria de esfuerzo	Si	5 (21.7%)	31 (40.3%)	0.104 ^{Xi}
	No	18 (78.3%)	46 (59.7%)	
Incontinencia urinaria postural	Si			1.000 ^F
	No	2 (8.7%) 21 (91.3%)	8 (10.4%) 69 (89.6%)	
Incontinencia urinaria mixta	Si			1.000 ^F
	No	1 (4.3%) 22 (95.7%)	5 (6.5%) 72 (93.5%)	
Maniobras facilitadoras	Si	1 (4.3%)	3 (3.9%)	1.000 ^F
	No	22 (95.7%)	74 (96.1%)	
Retardo para iniciar la micción	Si	2 (8.7%)	2 (2.6%)	0.226 ^F
	No	21 (91.3%)	75 (97.4%)	
Nicturia	0	2 (8.7%)	3 (3.9%)	0.305 ^U
	1	3 (13%)	15 (19.5%)	
	2	5 (21.7%)	20 (26%)	
	3	3 (13%)	18 (23.4%)	
	4	0 (0%)	9 (11.7%)	
	5 o más	10 (43.4%)	12 (15.6%)	
Incontinencia urinaria durante el coito	Si	1 (4.3%)	2 (2.6%)	0.548 ^F
	No	22 (95.7%)	75 (97.4%)	

Consumo de líquidos en litros				
1	4 (17.4%)	7 (9.1%)	0.625 ^U	
1.5	5 (21.7%)	16 (20.8%)		
2	8 (34.8%)	37 (48.1%)		
2.5	3 (13%)	9 (11.7%)		
3	3 (13%)	5 (6.5%)		
4	0 (0%)	3 (3.9%)		
Retención urinaria				
Si	0 (0%)	0 (0%)		-
No	23 (100%)	77 (100%)		
OXFORD				
1	0 (0%)	4 (5.2%)	0.201 ^U	
2	6 (26.1%)	19 (24.7%)		
3	7 (30.4%)	33 (42.9%)		
4	27 (34.8%)	19 (24.7%)		
5	2 (8.7%)	2 (2.6%)		
SANDVICK				
1	0 (0%)	2 (6.7%)	0.826 ^U	
2	1 (20%)	12 (40%)		
3	2 (40%)	1 (3.3%)		
4	1 (20%)	6 (20%)		
6	1 (20%)	7 (23.3%)		
8	0 (0%)	2 (6.7%)		
INDEVUS				
1	3 (100%)	5 (71.4%)	1.000 ^F	
2	0 (0%)	2 (28.6%)		
Se muestra media y desviación estándar, mediana y RIC (25-75%). Pruebas: ^t t de student, ^U U de Mann Whitney, ^{xi} Xi cuadrada de Pearson, ^F Prueba exacta de Fisher. * Significancia estadística p<0.05.				

Síntomas de prolapso de órganos pélvicos.

Al evaluar los síntomas de prolapso de órganos pélvicos, se encontró que 0% de las primigestas reportaron sensación de cuerpo extraño, respecto al 2.6% en el grupo de multigestas (p=1.000). Se encontró pesantez pélvica en 26.1% de las primigestas y en 40.3% de las multigestas (p=0.217). En cuanto a descarga vaginal, se encontró en 43.5% de las primigestas y en 53.2% de las multigestas (p=0.411). No se encontró significancia estadística al evaluar dolor lumbar (p= 0.148), infección vaginal (p=0.086) y digitación (p=1.000) (tabla 10).

Tabla 10. Síntomas de prolapso de órganos pélvicos en la población agrupada por número de embarazos.				
Variable		Primigestas (n= 23)	Multigestas (n=77)	P valor
Sensación de cuerpo extraño	Si	0 (0%)	2 (2.6%)	1.000 ^F
	No	23 (100%)	75 (97.4%)	
Pesantez pélvica	Si	6 (26.1%)	31 (40.3%)	0.217 ^{Xi}
	No	17 (73.9%)	46 (59.7%)	
Descarga vaginal	Si	10 (43.5%)	41 (53.2%)	0.411 ^{Xi}
	No	13 (56.5%)	36 (46.8%)	
Sangrado vaginal	Si	0 (0%)	0 (0%)	-
	No	23 (100%)	77 (100%)	
Dolor lumbar	Si	8 (34.8%)	40 (51.9%)	0.148 ^{Xi}
	No	15 (65.2%)	37 (48.1%)	
Infección vaginal	Si	12 (52.2%)	25 (32.5%)	0.086 ^{Xi}
	No	11 (47.8%)	52 (67.5%)	
Digitación	Si	0 (0%)	1 (1.3%)	1.000 ^F
	No	23 (100%)	76 (98.7%)	
Se muestra media y desviación estándar, mediana y RIC (25-75%). Pruebas: ^t t de student, ^U U de Mann Whitney, ^{Xi} Xi cuadrada de Pearson, ^F Prueba exacta de Fisher. * Significancia estadística p<0.05.				

Síntomas sexuales.

En cuanto a síntomas sexuales, se encontró que 13% de las primigestas y 2.6% de las multigestas refirieron dispareunia superficial ($p= 0.078$). Dispareunia profunda fue referida por 4.3% de las primigestas y 3.9% de las multigestas ($p= 1.000$). El síntoma de penetración obstruida fue referido por 4.3% de las primigestas y por 5.2% de las multigestas ($p=0.680$). En cuanto a disminución del deseo sexual, fue reportado por 26.1% de las primigestas y por 41.6% de las multigestas ($p=0.180$). No se encontró significancia estadística al evaluar disminución de la excitación ($p=0.197$), disminución del orgasmo ($p= 0.086$) e incontinencia durante el coito ($p= 0.548$) (tabla 11).

Tabla 11. Síntomas sexuales en la población agrupada por número de embarazos.				
Variable		Primigestas (n=23)	Multigestas (n=77)	P valor
Dispareunia superficial	Si	3 (13%)	2 (2.6%)	0.078 ^F
	No	20 (87%)	75 (97.4%)	
Dispareunia profunda	Si	1 (4.3%)	3 (3.9%)	1.000 ^F
	No	22 (95.7%)	74 (96.1%)	
Penetración obstruida	Si	1 (4.3%)	8 (10.4%)	0.680 ^F
	No	22 (95.7%)	69 (89.6%)	
Laxitud vaginal	Si	1 (4.3%)	4 (5.2%)	1.000 ^F
	No	22 (95.7%)	73 (94.8%)	
Disminución del deseo sexual	Si	6 (26.1%)	32 (41.6%)	0.180 ^{Xi}
	No	17 (73.9%)	45 (58.4%)	
Disminución de la excitación	Si	4 (17.4%)	24 (31.2%)	0.197 ^{Xi}
	No	19 (82.6%)	53 (68.8%)	
Disminución del orgasmo	Si	3 (13%)	24 (31.2%)	0.086 ^{Xi}
	No	20 (87%)	53 (68.8%)	
Incontinencia durante el coito	Si	1 (4.3%)	2 (2.6%)	0.548 ^F
	No	22 (95.7%)	75 (97.4%)	
Se muestra media y desviación estándar, mediana y RIC (25-75%). Pruebas: ^t t de student, ^U U de Mann Whitney, ^{Xi} Xi cuadrada de Pearson, ^F Prueba exacta de Fisher. * Significancia estadística p<0.05.				

Síntomas anorrectales.

Al evaluar síntomas anorrectales, la incontinencia a flatos fue referida por 13% de las primigestas y por 16.9% de las multigestas ($p=1.000$). La incontinencia a heces líquidas fue reportada por 4.3% de las primigestas y por 0% de las multigestas ($p= 0.230$). La incontinencia fecal pasiva fue reportada por 8.7% de las primigestas y por 3.9% de las multigestas ($p= 0.324$). En cuanto a la necesidad de pujo o uso de maniobras facilitadoras,

se encontró que 26.1% de las primigestas recurren a estas maniobras y 31.2% está presente en las multigestas ($p= 0.641$). Sensación de vaciamiento rectal incompleto fue reportado en 13% y 22.1% en primigestas y multigestas respectivamente ($p= 0.553$). No se encontró significancia estadística al evaluar disminución de sensación rectal ($p= 1.000$), estreñimiento ($p= 0.445$), sangrado rectal ($p= 1.000$) y moco rectal ($p=0.409$). Al evaluar la escala de Wexner, no se encontró significancia estadística ($p=0.404$) (tabla 12).

Tabla 12. Síntomas anorrectales en la población agrupada por número de embarazos.				
Variable		Primigestas (n=23)	Multigestas (n=77)	P valor
Incontinencia a flatos	Si	3 (13%)	13 (16.9%)	1.000 ^F
	No	20 (87%)	64 (83.1%)	
Incontinencia a heces líquidas	Si	1 (4.3%)	0 (0%)	0.230 ^F
	No	22 (95.7%)	77 (100%)	
Incontinencia a heces sólidas	Si	1 (4.3%)	0 (0%)	0.230 ^F
	No	22 (95.7%)	77 (100%)	
Incontinencia fecal pasiva (manchado fecal)	Si	2 (8.7%)	3 (3.9%)	0.324 ^F
	No	21 (91.3%)	74 (96.1%)	
Incontinencia fecal durante el coito	Si	0 (0%)	0 (0%)	-
	No	23 (100%)	77 (100%)	
Urgencia fecal	Si	1 (4.3%)	1 (1.3%)	0.409 ^F
	No	22 (95.7%)	76 (98.7%)	
Necesidad de pujo durante la evacuación o uso de maniobras facilitadoras	Si	6 (26.1%)	24 (31.2%)	0.641 ^{Xi}
	No	17 (73.9%)	53 (68.8%)	
Sensación de vaciamiento rectal incompleto	Si	3 (13%)	17 (22.1%)	0.553 ^F
	No	20 (87%)	60 (77.9%)	

Disminución de las sensaciones rectales	Si	0 (0%)	2 (2.6%)	1.000 ^F
	No	23 (100%)	74 (97.4%)	
Estreñimiento	Si	1 (4.3%)	9 (11.8%)	0.445 ^F
	No	22 (95.7%)	67 (88.2%)	
Prolapso rectal	Si	0 (0%)	0 (0%)	-
	No	23 (100%)	77 (100%)	
Sangrado rectal	Si	1 (4.3%)	5 (6.5%)	1.000 ^F
	No	22 (95.7%)	72 (93.5%)	
Moco rectal	Si	1 (4.3%)	1 (1.3%)	0.409 ^F
	No	22 (95.7%)	76 (98.7%)	
Wexner	1	1 (25%)	4 (26.7%)	0.440 ^U
	2	1 (25%)	3 (20%)	
	3	0 (0%)	6 (40%)	
	4	0 (0%)	1 (6.7%)	
	6	0 (0%)	1 (6.7%)	
	7	1 (25%)	0 (0%)	
	12	1 (25%)	0 (0%)	
Se muestra media y desviación estándar, mediana y RIC (25-75%). Pruebas: ^t t de student, ^U U de Mann Whitney, ^{xi} Xi cuadrada de Pearson, ^F Prueba exacta de Fisher. * Significancia estadística p<0.05.				

Síntomas de dolor pélvico.

Se encontró que 0% de las primigestas padecen dolor vesical y 11.7% de las multigestas lo padecen (p= 0.116), en cuanto dolor uretral, fue reportado por 4.3% de las primigestas y por 2.6% de las multigestas (p=0.548). No se encontró significancia estadística al evaluar dolor vaginal (p=1.000), dolor perineal (p=1.000) y dolor pélvico (p=0.332). No se encontró ningún paciente con dolor pélvico cíclico durante el estudio (tabla 13).

Tabla 13. Síntomas de dolor pélvico en la población agrupada por número de embarazos.				
Variable		Primigestas (n=23)	Multigestas (n=77)	P valor
Dolor vesical	Si	0 (0%)	9 (11.7%)	0.113 ^F
	No	23 (100%)	68 (88.3%)	
Dolor uretral	Si	1 (4.3%)	2 (2.6%)	0.548 ^F
	No	22 (95.7%)	75 (97.4%)	
Dolor vaginal	Si	0 (0%)	3 (3.9%)	1.000 ^F
	No	23 (100%)	74 (96.1%)	
Dolor perineal	Si	0 (0%)	1 (1.3%)	1.000 ^F
	No	23 (100%)	76 (98.7%)	
Dolor pélvico	Si	0 (0%)	6 (7.8%)	0.332 ^F
	No	23 (100%)	71 (92.2%)	
Dolor pélvico cíclico	Si	0 (0%)	0 (0%)	-
	No	23 (100%)	77 (100%)	

Se muestra media y desviación estándar, mediana y RIC (25-75%). Pruebas: ^t t de student, ^U U de Mann Whitney, ^{xi} Xi cuadrada de Pearson, ^F Prueba exacta de Fisher. * Significancia estadística p<0.05.

Resolución obstétrica.

Se recabaron los datos de resolución obstétrica y se encontró, que en el grupo de primigestas, en 34.8% se realizó parto y 65.2% cesárea, mientras que, en el grupo de multigestas, parto se realizó al 40.3% y cesárea a 56.7% (p= 0.637). No se encontró significancia estadística al evaluar si se realizó episiotomía media (p=1.000), episiotomía mediolateral (p= 0.581), desgarro perineal de primer grado (p= 1.000), de segundo grado (p=1.000) y no se reportaron pacientes con desgarro perineal de tercer o cuarto grado (tabla 14). La mediana del peso del producto de las primigestas fue de 3065 (2665 – 3215) y en las multigestas fue de 3090 (2630 – 3425) (p= 0.486). En cuanto al sangrado entre primigestas y multigestas se encontró respectivamente [450 (250 – 600) vs 400 (300 – 500), p= 0.581]. (tabla 14).

Tabla 14. Resolución obstétrica en la población agrupada por número de embarazos.				
Variable		Primigestas (n=23)	Multigestas (n=77)	P valor
Parto	Si	8 (34.8%)	31 (40.3%)	0.637 ^{Xi}
	No	15 (65.2%)	46 (59.7%)	
Cesárea	Si	15 (65.2%)	46 (59.7%)	0.637 ^{Xi}
	No	8 (34.8%)	31 (40.3%)	
Episiotomía media	Si	0 (0%)	1 (1.3%)	1.000 ^F
	No	23 (100%)	76 (98.7%)	
Episiotomía mediolateral	Si	7 (30.4%)	19 (24.7%)	0.581 ^{Xi}
	No	16 (69.6%)	58 (75.3%)	
Desgarro perineal de primer grado	Si	0 (0%)	3 (3.9%)	1.000 ^F
	No	23 (100%)	74 (96.1%)	
Desgarro perineal de segundo grado	Si	0 (0%)	3 (3.9%)	1.000 ^F
	No	23 (100%)	74 (96.1%)	
Desgarro perineal de tercer grado	Si	0 (0%)	0 (0%)	-
	No	23 (100%)	77 (100%)	
Desgarro perineal de cuarto grado	Si	0 (0%)	0 (0%)	-
	No	23 (100%)	77 (100%)	
Forceps	Si	0 (0%)	0 (0%)	-
	No	23 (100%)	77 (100%)	
Vacum	Si	0 (0%)	0 (0%)	-
	No	23 (100%)	77 (100%)	
Distocia de hombros	Si	0 (0%)	0 (0%)	-
	No	23 (100%)	77 (100%)	
Peso		3065 (2665 – 3215)	3090 (2630 – 3425)	0.486 ^U
Sangrado		450 (250 – 600)	400 (300 – 500)	0.581 ^U
Se muestra media y desviación estándar, mediana y RIC (25-75%). Pruebas: ^t t de student, ^U U de Mann Whitney, ^{Xi} Xi cuadrada de Pearson, ^F Prueba exacta de Fisher. * Significancia estadística p<0.05.				

**PRODUCTOS DE MENOS DE 3500 GRAMOS Y PRODUCTOS IGUALES O
MAYORES A 3500 GRAMOS.**

Características generales.

Las características generales de las pacientes agrupadas por el peso de sus productos al nacer, se resumen en la tabla 15. Se encontró que la edad de las mujeres con productos menores a los 3500 gramos (n= 83) fue de 29 (25 – 35) y la edad de mujeres con productos \geq 3500 gramos (n= 17) fue de 34 (30 – 38) (p= 0.021). No se encontró significancia estadística al evaluar peso (p=0.140), talla (p= 0.151), IMC (p= 0.373), número de gestas (p= 0.623), número de partos (p= 0.975), número de cesáreas (p= 0.338) y número de abortos (p= 0.629).

Se encontró que las mujeres que tuvieron un producto menor a 3500 gramos, el 3.6% padeció diabetes gestacional y en mujeres con productos \geq 3500 gramos padecieron diabetes gestacional el 17.6% (p= 0.060). El 3.6% de las mujeres que tuvieron un producto menor a 3500 gramos padecía diabetes y 5.9% en el grupo de mujeres con productos \geq 3500 gramos (p= 0.531). No se encontró significancia estadística al evaluar hipertensión gestacional (p= 0.178), hipertensión arterial (p= 1.000) y preeclampsia (p= 0.585) (tabla 15).

Tabla 15. Características generales de la población agrupada por peso fetal.			
Variable	Menos de 3500 mg (n= 83)	3500 mg o más (n= 17)	P valor
Edad	29 (25 – 35)	34 (30 – 38)	0.021*^U
Peso	74.86 \pm 11.78	79.57 \pm 12.43	0.140 ^t
Talla	1.57 (1.53 – 1.60)	1.59 (1.57 – 1.62)	0.151 ^U
IMC	29.92 \pm 4.02	30.88 \pm 3.95	0.373 ^t
Número de gestas			0.623 ^U
1	20 (24.1%)	3 (17.6%)	
2	34 (41%)	8 (47.1%)	
3	15 (18.1%)	2 (11.8%)	
4	12 (14.5%)	3 (17.6%)	
5	1 (1.2%)	0 (0%)	
6	1 (1.2%)	1 (5.9%)	
Número de partos			0.975 ^U
0	49 (59%)	11 (64.7%)	
1	25 (30.1%)	2 (11.8%)	
2	5 (6%)	3 (17.6%)	
3	3 (3.6%)	1 (5.9%)	
4	1 (1.2%)	0 (0%)	

Número de cesáreas				
	0	54 (65.1%)	9 (52.9%)	0.338 ^U
	1	22 (26.5%)	6 (35.3%)	
	2	6 (7.2%)	1 (5.9%)	
	3	1 (1.2%)	1 (5.9%)	
Número de abortos				
	0	63 (75.9%)	14 (82.4%)	0.629 ^U
	1	18 (21.7%)	2 (11.8%)	
	2	2 (2.4%)	1 (5.9%)	
Diabetes gestacional				
	Si	3 (3.6%)	3 (17.6%)	0.060 ^F
	No	80 (96.4%)	14 (82.4%)	
Diabetes tipo 2				
	Si	3 (3.6%)	1 (5.9%)	0.531 ^F
	No	80 (96.4%)	16 (94.1%)	
Hipertensión gestacional				
	Si	6 (7.2%)	3 (17.6%)	0.178 ^F
	No	77 (92.8%)	14 (82.4%)	
Hipertensión arterial				
	Si	3 (3.6%)	0 (0%)	1.000 ^F
	No	80 (96.4%)	17 (100%)	
Preeclampsia				
	Si	5 (6%)	0 (0%)	0.585 ^F
	No	78 (94%)	17 (100%)	
Se muestra media y desviación estándar, mediana y RIC (25-75%). Pruebas: ^t t de student, ^U U de Mann Whitney, ^{xi} Xi cuadrada de Pearson, ^F Prueba exacta de Fisher. * Significancia estadística p<0.05.				

Sintomatología urinaria.

Al evaluar la sintomatología urinaria, se encontró que el 31.3% de las pacientes tuvieron un producto menor a 3500 gramos y el 29.4% de las mujeres que tuvieron un producto ≥ 3500 gramos, padecían doble micción ($p= 0.036$). No se encontró significancia estadística al evaluar el resto de síntomas urinarios, la escala de OXFORD y SANDVICK (tabla 16).

Tabla 16. Sintomatología urinaria en la población agrupada por peso fetal.				
Variable		Menos de 3500 mg (n= 83)	3500 mg o más (n= 17)	P valor
Chorro intermitente	Si	11 (13%)	1 (5.9%)	0.685 ^F
	No	72 (86.7%)	16 (94.1%)	
Vaciamiento incompleto	Si	32 (38.6%)	3 (17.6%)	0.100 ^{Xi}
	No	51 (61.4%)	14 (82.4%)	
Chorro en spray	Si	16 (19.3%)	2 (11.8%)	0.730 ^F
	No	67 (80.7%)	15 (88.2%)	
Doble micción	Si	26 (31.3%)	1 (5.9%)	0.036 ^{*F}
	No	57 (68.7%)	16 (94.1%)	
Goteo terminal	Si	23 (27.7%)	5 (29.4%)	1.000 ^{Xi}
	No	60 (72.3%)	12 (70.6%)	
Disuria	Si	10 (12%)	0 (0%)	0.204 ^F
	No	73 (88%)	17 (100%)	
Hematuria	Si	0 (0%)	0 (0%)	-
	No	83 (100%)	17 (100%)	
Urgencia diaria	Si	16 (19.3%)	3 (17.6%)	1.000 ^F
	No	67 (80.7%)	14 (82.4%)	
Incontinencia urinaria de urgencia	Si	8 (9.6%)	2 (11.8%)	0.677 ^F
	No	75 (90.4%)	15 (88.2%)	
Incontinencia urinaria de esfuerzo	Si	29 (34.9%)	7 (41.2%)	0.626 ^{Xi}
	No	54 (65.1%)	10 (58.8%)	
Incontinencia urinaria postural	Si	9 (10.8%)	1 (5.9%)	1.000 ^F
	No	74 (89.2%)	16 (94.1%)	
Incontinencia urinaria mixta	Si	4 (4.8%)	2 (11.8%)	0.269 ^F
	No	79 (95.2%)	15 (88.2%)	
Maniobras facilitadoras	Si	4 (4.8%)	0 (0%)	1.000 ^F
	No	79 (95.2%)	17 (100%)	

Retardo para iniciar la micción				
	Si	4 (4.8%)	0 (0%)	1.000 ^F
	No	79 (95.2%)	17 (100%)	
Nocturia				
	0	5 (6%)	0 (0%)	0.281 ^U
	1	14 (16.9%)	4 (23.5%)	
	2	19 (22.9%)	6 (35.3%)	
	3	17 (20.5%)	4 (23.5%)	
	4	7 (8.4%)	2 (11.8%)	
	5 o más	21 (25.3%)	1 (5.9%)	
Incontinencia urinaria durante el coito				
	Si	2 (2.4%)	1 (5.9%)	0.432 ^F
	No	81 (97.6%)	16 (94.1%)	
Consumo de líquidos en litros				
	1	11 (13.3%)	0 (0%)	0.738 ^U
	1.5	18 (21.7%)	3 (17.6%)	
	2	33 (39.8%)	12 (70.6%)	
	2.5	10 (12%)	2 (11.8%)	
	3	8 (9.6%)	0 (0%)	
	4	3 (3.6%)	0 (0%)	
	4	3 (3.6%)	0 (0%)	
Retención urinaria				
	Si	0 (0%)	0 (0%)	-
	No	83 (100%)	17 (100%)	
OXFORD				
	1	3 (3.6%)	1 (5.9%)	0.695 ^U
	2	21 (25.3%)	4 (23.5%)	
	3	35 (42.2%)	5 (29.4%)	
	4	20 (24.1%)	7 (41.2%)	
	5	4 (4.8%)	0 (0%)	
SANDVICK				
	1	1 (3.6%)	1 (14.3%)	0.215 ^U
	2	10 (35.7%)	3 (42.9%)	
	3	2 (7.1%)	1 (14.3%)	
	4	6 (21.4%)	1 (14.3%)	
	6	7 (25%)	1 (14.3%)	
	8	2 (7.1%)	0 (0%)	
INDEVUS				
	1	6 (75%)	2 (100%)	1.000 ^F
	2	2 (25%)	0 (0%)	
Se muestra media y desviación estándar, mediana y RIC (25-75%). Pruebas: ^t t de student, ^U U de Mann Whitney, ^{xi} Xi cuadrada de Pearson, ^F Prueba exacta de Fisher. * Significancia estadística p<0.05.				

Síntomas de prolapso de órganos pélvicos.

Al evaluar los síntomas de prolapso de órganos pélvicos, se encontró que 32.5% de las mujeres con un producto menor a 3500 gramos reportaron pesantez pélvica, comparado con 58.8% de las mujeres con un producto igual o mayor a 3500 gramos ($p= 0.041$). No se encontró significancia estadística al evaluar sensación de cuerpo extraño ($p= 0.313$), descarga vaginal ($p= 0.215$), dolor lumbar ($p= 0.932$), infección vaginal ($p= 0.873$) y digitación ($p= 1.000$) (tabla 17).

Tabla 17. Síntomas de prolapso de órganos pélvicos en la población agrupada por peso fetal.				
Variable		Menos de 3500 mg (n= 83)	3500 mg o más (n= 17)	P valor
Sensación de cuerpo extraño	Si	1 (1.2%)	1 (5.9%)	0.313 ^F
	No	82 (98.8%)	16 (94.1%)	
Pesantez pélvica	Si	27 (32.5%)	10 (58.8%)	0.041 ^{*Xi}
	No	56 (67.5%)	7 (41.2%)	
Descarga vaginal	Si	40 (48.2%)	11 (64.7%)	0.215 ^{Xi}
	No	43 (51.8%)	6 (35.3%)	
Sangrado vaginal	Si	0 (0%)	0 (0%)	-
	No	83 (100%)	17 (100%)	
Dolor lumbar	Si	40 (48.2%)	8 (47.1%)	0.932 ^{Xi}
	No	43 (51.8%)	9 (52.9%)	
Infección vaginal	Si	31 (37.3%)	6 (35.3%)	0.873 ^{Xi}
	No	52 (62.7%)	11 (64.7%)	
Digitación	Si	0 (0%)	1 (5.9%)	1.000 ^F
	No	83 (100%)	16 (94.1%)	
Se muestra media y desviación estándar, mediana y RIC (25-75%). Pruebas: ^t t de student, ^U U de Mann Whitney, ^{Xi} Xi cuadrada de Pearson, ^F Prueba exacta de Fisher. * Significancia estadística $p<0.05$.				

Síntomas sexuales.

En cuanto a síntomas sexuales, se encontró dispareunia superficial en el 6% de las mujeres con producto menor a 3500 gramos y en 0% de las mujeres con producto igual o

mayor a 3500 gramos ($p= 0.585$). Se encontró dispareunia profunda en el 3.6% de las mujeres con producto menor a 3500 gramos y en 5.9% de las mujeres con producto igual o mayor a 3500 gramos ($p= 0.531$). Al evaluar penetración obstruida, se encontró el síntoma en 10.8% de las mujeres con producto menor a 3500 gramos y en 0% de las mujeres con producto igual o mayor a 3500 gramos ($p=0.351$). Se encontró disminución del deseo sexual en 38.6% y 35.3% en aquellas mujeres que tuvieron un producto menor a 3500 gramos y mujeres que tuvieron un producto igual o mayor a 3500 gramos respectivamente ($p= 0.801$). No se encontró significancia estadística al evaluar disminución de la excitación ($p= 1.000$), disminución del orgasmo ($p=1.000$) e incontinencia durante el coito ($p= 0.432$) (tabla 18).

Tabla 18. Síntomas sexuales en la población agrupada por peso fetal.				
Variable		Menos de 3500 mg (n= 83)	3500 mg o más (n= 17)	P valor
Dispareunia superficial	Si	5 (6%)	0 (0%)	0.585 ^F
	No	78 (94%)	17 (100%)	
Dispareunia profunda	Si	3 (3.6%)	1 (5.9%)	0.531 ^F
	No	80 (96.4%)	16 (94.1%)	
Penetración obstruida	Si	9 (10.8%)	0 (0%)	0.351 ^F
	No	74 (89.2%)	17 (100%)	
Laxitud vaginal	Si	4 (4.8%)	1 (5.9%)	1.000 ^F
	No	79 (95.2%)	16 (94.1%)	
Disminución del deseo sexual	Si	32 (38.6%)	6 (35.3%)	0.801 ^{Xi}
	No	51 (61.4%)	11 (64.7%)	
Disminución de la excitación	Si	23 (27.7%)	5 (29.4%)	1.000 ^F
	No	60 (72.3%)	12 (70.6%)	
Disminución del orgasmo	Si	23 (27.7%)	4 (23.5%)	1.000 ^F
	No	60 (72.3%)	13 (76.5%)	
Incontinencia durante el coito	Si	2 (2.4%)	1 (5.9%)	0.432 ^F
	No	81 (97.6%)	16 (94.1%)	
Se muestra media y desviación estándar, mediana y RIC (25-75%). Pruebas: ^t t de student, ^U U de Mann Whitney, ^{Xi} Xi cuadrada de Pearson, ^F Prueba exacta de Fisher. * Significancia estadística $p<0.05$.				

Síntomas anorrectales.

Se evaluaron los síntomas anorrectales en las pacientes del estudio, encontrando que el 1.2% de las mujeres que tuvieron un producto menor a 3500 gramos y el 23.5% de las mujeres que tuvieron un producto igual o mayor a 3500 gramos, padecían incontinencia fecal pasiva o manchado fecal ($p= 0.003$). En cuanto a la incontinencia a flatos, fue reportada por el 15.7% de las mujeres que tuvieron un producto menor a 3500 gramos y por el 17.6% de las mujeres que tuvieron un producto igual o mayor a 3500 gramos ($p= 1.000$). En el grupo de las mujeres que tuvieron un producto menor a 3500 gramos, un 31.3% tenía necesidad de pujo o maniobras facilitadoras durante la evacuación y solo en el 23.5% se reportó este síntoma en el grupo de mujeres que tuvieron un producto igual o mayor a 3500 gramos ($p= 0.523$). No se encontró significancia estadística al evaluar otros síntomas anorrectales como sensación de vaciamiento rectal incompleto ($p= 0.741$), disminución de las sensaciones rectales ($p= 1.000$), estreñimiento ($p= 1.000$) y la escala de Wexner ($p= 0.557$) (tabla 19).

Tabla 19. Síntomas anorrectales en la población agrupada por peso fetal.			
Variable	Menos de 3500 mg (n= 83)	3500 mg o más (n= 17)	P valor
Incontinencia a flatos			
Si	13 (15.7%)	3 (17.6%)	1.000
No	70 (84.3%)	14 (83.1%)	
Incontinencia a heces líquidas			
Si	0 (0%)	1 (5.9%)	0.170 ^F
No	83 (100%)	16 (94.1%)	
Incontinencia a heces sólidas			
Si	1 (1.2%)	0 (0%)	0.170 ^F
No	82 (98.8%)	17 (100%)	
Incontinencia fecal pasiva (manchado fecal)			
Si	1 (1.2%)	4 (23.5%)	0.003^{*F}
No	82 (98.8%)	13 (76.5%)	
Incontinencia fecal durante el coito			
Si	0 (0%)	0 (0%)	-
No	83 (100%)	17 (100%)	
Urgencia fecal			
Si	1 (1.2%)	1 (5.9%)	0.313 ^F
No	82 (98.8%)	16 (94.1%)	

Necesidad de pujo durante la evacuación o uso de maniobras facilitadoras				0.523 ^{Xi}
	Si	26 (31.3%)	4 (23.5%)	
	No	57 (68.7%)	13 (76.5%)	
Sensación de vaciamiento rectal incompleto				0.741 ^F
	Si	16 (19.3%)	4 (23.5%)	
	No	67 (80.7%)	13 (76.5%)	
Disminución de las sensaciones rectales				1.000 ^F
	Si	2 (2.4%)	0 (0%)	
	No	80 (97.6%)	17 (100%)	
Estreñimiento				1.000 ^F
	Si	9 (11%)	1 (5.9%)	
	No	73 (89%)	16 (94.1%)	
Prolapso rectal				-
	Si	0 (0%)	0 (0%)	
	No	83 (100%)	17 (100%)	
Sangrado rectal				1.000 ^F
	Si	5 (6%)	1 (5.9%)	
	No	78 (94%)	16 (94.1%)	
Moco rectal				1.000 ^F
	Si	2 (2.4%)	0 (0%)	
	No	81 (97.6%)	17 (100%)	
Wexner				0.557 ^U
	1	4 (30.8%)	1 (16.7%)	
	2	2 (15.4%)	2 (33.3%)	
	3	5 (38.5%)	1 (16.7%)	
	4	1 (7.7%)	0 (0%)	
	6	0 (0%)	1 (16.7%)	
	7	1 (7.7%)	0 (0%)	
	12	0 (0%)	1 (16.7%)	
Se muestra media y desviación estándar, mediana y RIC (25-75%). Pruebas: ^t t de student, ^U U de Mann Whitney, ^{Xi} Xi cuadrada de Pearson, ^F Prueba exacta de Fisher. * Significancia estadística p<0.05.				

Síntomas de dolor pélvico.

Se evaluaron los síntomas de dolor pélvico en las pacientes, encontrando que, dolor vesical, fue reportado por 10.8% de las mujeres que tuvieron un producto menor a 3500 gramos y por 0% de las mujeres que tuvieron un producto igual o mayor a 3500 gramos ($p= 0.351$). Se encontró dolor uretral en 3.6% de las mujeres con producto menor de 3500 gramos y 0% en mujeres con productos iguales o mayores a 3500 gramos ($p= 1.000$). Se preguntó por dolor vaginal y fue referido por el 2.4% del grupo de mujeres que tuvieron un producto menor a 3500 gramos y por el 5.9% de las mujeres que tuvieron un producto igual o mayor a 3500 gramos ($p= 0.432$). No se encontró significancia estadística al evaluar dolor perineal ($p= 1.000$) y dolor pélvico ($p= 0.586$). Ningún paciente tuvo dolor pélvico cíclico (tabla 20).

Tabla 20. Síntomas de dolor pélvico en la población agrupada por peso fetal.				
Variable		Menos de 3500 mg (n= 83)	3500 mg o más (n= 17)	P valor
Dolor vesical	Si	9 (10.8%)	0 (0%)	0.351 ^F
	No	74 (89.2%)	17 (100%)	
Dolor uretral	Si	3 (3.6%)	0 (0%)	1.000 ^F
	No	80 (96.4%)	17 (100%)	
Dolor vaginal	Si	2 (2.4%)	1 (5.9%)	0.432 ^F
	No	81 (97.6%)	16 (94.1%)	
Dolor perineal	Si	1 (1.2%)	0 (0%)	1.000 ^F
	No	82 (98.8%)	17 (100%)	
Dolor pélvico	Si	6 (7.2%)	0 (0%)	0.586 ^F
	No	77 (92.8%)	17 (100%)	
Dolor pélvico ciclico	Si	0 (0%)	0 (0%)	-
	No	83 (100%)	17 (100%)	
Se muestra media y desviación estándar, mediana y RIC (25-75%). Pruebas: ^t t de student, ^U U de Mann Whitney, ^{xi} Xi cuadrada de Pearson, ^F Prueba exacta de Fisher. * Significancia estadística $p<0.05$.				

Resolución obstétrica.

En cuanto a la resolución obstétrica de las pacientes en estudio, se encontró que del grupo de mujeres que tuvieron un producto menor a 3500 gramos, el 39.8% fue sometida a parto y el 60.2% a cesárea, mientras que, en el grupo de mujeres que tuvieron un producto igual o mayor a 3500 gramos, el 35.3% fue sometida a parto y el 64.7% a cesárea ($p= 0.731$). Se realizó episiotomía media en 1.2% de las mujeres que tuvieron un producto menor a 3500 gramos y en 0% de las mujeres que tuvieron un producto igual o mayor a 3500 gramos ($p=1.000$). Episiotomía mediolateral fue realizada en el 27.7% de las mujeres que tuvieron un producto menor a 3500 gramos y en el 17.6% de las mujeres que tuvieron un producto igual o mayor a 3500 gramos ($p= 0.548$). La mediana de sangrado en el grupo de mujeres que tuvieron un producto menor a 3500 gramos fue de 400 (250 – 500) ml y en el grupo de mujeres que tuvieron un producto igual o mayor a 3500 gramos, la mediana de sangrado fue de 450 (300 – 600) $p= 0.435$ (tabla 21).

Tabla 21. Resolución obstétrica en la población agrupada por peso fetal.				
Variable		Menos de 3500 mg (n= 83)	3500 mg o más (n= 17)	P valor
Parto	Si	33 (39.8%)	6 (35.3%)	0.731 ^{Xi}
	No	50 (60.2%)	11 (64.7%)	
Cesárea	Si	50 (60.2%)	11 (64.7%)	0.731 ^{Xi}
	No	33 (39.8%)	6 (35.3%)	
Episiotomía media	Si	1 (1.2%)	0 (0%)	1.000 ^F
	No	82 (98.8%)	17 (100%)	
Episiotomía mediolateral	Si	23 (27.7%)	3 (17.6%)	0.548 ^F
	No	60 (72.3%)	14 (82.4%)	
Desgarro perineal de primer grado	Si	2 (2.4%)	1 (5.9%)	0.432 ^F
	No	81 (97.6%)	16 (94.1%)	
Desgarro perineal de segundo grado	Si	2 (2.4%)	1 (5.9%)	0.432 ^F
	No	81 (97.6%)	16 (94.1%)	
Desgarro perineal de tercer grado	Si	0 (0%)	0 (0%)	-

	No	83 (100%)	17 (100%)	
Desgarro perineal de cuarto grado	Si	0 (0%)	0 (0%)	-
	No	83 (100%)	17 (100%)	
Forceps	Si	0 (0%)	0 (0%)	-
	No	83 (100%)	17 (100%)	
Vacum	Si	0 (0%)	0 (0%)	-
	No	83 (100%)	17 (100%)	
Distocia de hombros	Si	0 (0%)	0 (0%)	-
	No	83 (100%)	17 (100%)	
Sangrado		400 (250 – 500)	450 (300 – 600)	0.435 ^U
Se muestra media y desviación estándar, mediana y RIC (25-75%). Pruebas: ^t t de student, ^U U de Mann Whitney, ^{xi} Xi cuadrada de Pearson, ^F Prueba exacta de Fisher. * Significancia estadística p<0.05.				

DIABETES Y SINTOMAS DE DISFUNCION DE PISO PELVICO

Pacientes con diabetes y sin diabetes.

Las características generales de las pacientes con diabetes (n= 4) y sin diabetes (n=96) están resumidas en la tabla 22.

Al evaluar las características generales de las pacientes, se encontró que, en el grupo de mujeres sin diabetes, la mediana de IMC fue de 30 (27.1 – 32) y en el grupo de mujeres con diabetes, fue de 37.35 (33.65 – 38.85) p= 0.012. La mediana de edad en el grupo de mujeres sin diabetes fue de 29 (25.5 – 35) y en el grupo de mujeres con diabetes fue de 35.5 (30 – 41) (p= 0.084), la mediana de peso en el grupo de mujeres sin diabetes fue de 75 (65.7 – 85) y en el grupo de mujeres con diabetes fue de 82.5 (74.5 – 95.5) (p= 0.221). La mediana de la talla del grupo de mujeres sin diabetes fue de 1.57 (1.54 – 1.61) y del grupo de mujeres con diabetes fue de 1.53 (1.52 – 1.61) (p= 0.433). No se encontró significancia estadística al evaluar número de gestas (p= 0.963), número de partos (p= 0.463), número de cesáreas (p= 0.248) y número de abortos (p= 0.269) (tabla 22). Del grupo de mujeres sin diabetes el 6.3% padeció diabetes gestacional y 0% en el grupo de mujeres con diabetes (p= 1.000). En cuanto a hipertensión gestacional, se encontró en 8.3% de las mujeres sin diabetes y en 25% de las mujeres con diabetes (p= 0.318). El 2.1% de las mujeres sin diabetes era hipertensa y 25% en el grupo de mujeres con

diabetes. Preeclampsia fue desarrollada por el 5.2% del grupo de mujeres sin diabetes y por 0% del grupo de mujeres con diabetes (tabla 22).

Tabla 22. Características generales de la población agrupada por diabetes				
Variable		Sin diabetes (n= 96)	Con diabetes (n=4)	P valor
Edad		29 (25.5 – 35)	35.5 (30 – 41)	0.084 ^U
Peso		75 (65.7 – 85)	82.5 (74.5 – 95.5)	0.221 ^U
Talla		1.57 (1.54 – 1.61)	1.53 (1.52 – 1.61)	0.433 ^U
IMC		30 (27.1 – 32)	37.35 (33.65 – 38.85)	0.012*^U
Número de gestas				
	1	22 (22.9%)	1 (25%)	0.963 ^U
	2	41 (42.7%)	1 (25%)	
	3	15 (15.6%)	2 (50%)	
	4	15 (15.6%)	0 (0%)	
	5	1 (1%)	0 (0%)	
	6	2 (2.1%)	0 (0%)	
Número de partos				
	0	57 (59.4%)	3 (75%)	0.463 ^U
	1	26 (27.1%)	1 (25%)	
	2	8 (8.3%)	0 (0%)	
	3	4 (4.2%)	0 (0%)	
	4	1 (1%)	0 (0%)	
Número de cesáreas				
	0	61 (63.5%)	2 (50%)	0.284 ^U
	1	28 (29.2%)	0 (0%)	
	2	5 (5.2%)	2 (50%)	
	3	2 (2.1%)	0 (0%)	
Número de abortos				
	0	73 (76%)	4 (100%)	0.269 ^U
	1	20 (20.8%)	0 (0%)	
	2	3 (3.1%)	0 (0%)	
Diabetes gestacional				
	Si	6 (6.3%)	0 (0%)	1.000 ^F
	No	90 (93.8%)	4 (100%)	
Hipertensión gestacional				
	Si	8 (8.3%)	1 (25%)	0.318 ^F
	No	88 (91.7%)	3 (75%)	
Hipertensión arterial				
	Si	2 (2.1%)	1 (25%)	0.116 ^F
	No	94 (97.9%)	3 (75%)	
Preeclampsia				
	Si	5 (5.2%)	0 (0%)	1.000 ^F
	No	91 (94.8%)	4 (100%)	

Se muestra media y desviación estándar, mediana y RIC (25-75%). Pruebas: ^t t de student, ^U U de Mann Whitney, ^{Xi} Xi cuadrada de Pearson, ^F Prueba exacta de Fisher. * Significancia estadística p<0.05.

Sintomatología urinaria.

Se evaluaron los síntomas urinarios, encontrando que el 8.3% de las mujeres sin diabetes padecía incontinencia urinaria de urgencia y 50% de las mujeres con diabetes padecía este tipo de incontinencia ($p= 0.049$) (tabla 23). El 11.5% de las mujeres sin diabetes y el 25% de las mujeres con diabetes tenían chorro intermitente ($p= 0.405$). Se encontró que el 34.4% de las mujeres sin diabetes tenía vaciamiento incompleto y 50% de las mujeres con diabetes también lo padecía ($p= 0.610$). Chorro en spray fue reportado por 17.7% de las mujeres sin diabetes y por 25% de las mujeres con diabetes ($p= 0.554$), no se encontraron pacientes con hematuria (tabla 23). Se encontró incontinencia urinaria de esfuerzo en 35.4% de las mujeres sin diabetes y en 50% de las mujeres diabéticas ($p= 0.617$), incontinencia urinaria postural fue reportada por el 9.4% de las mujeres sin diabetes y por 25% de las mujeres con diabetes ($p= 0.348$). No se encontró significancia estadística al evaluar incontinencia urinaria mixta ($p=0.222$), uso de maniobras facilitadoras ($p=0.153$) y retardo para iniciar la micción ($p= 1.000$). Se encontró que 20.9% de las mujeres sin diabetes y en el 50% de las mujeres con diabetes, tenían 5 episodios o más de nicturia ($p=0.312$). No se encontró significancia estadística al evaluar consumo de líquidos ($p= 0.738$), escala de OXFORD y SANDVICK (tabla 23).

Tabla 23. Sintomatología urinaria en la población agrupada por diabetes			
Variable	Sin diabetes (n= 96)	Con diabetes (n=4)	P valor
Chorro intermitente	Si	11 (11.5%)	0.405 ^F
	No	85 (88.5%)	
Vaciamiento incompleto	Si	33 (34.4%)	0.610 ^F
	No	63 (65.6%)	
Chorro en spray	Si	17 (17.7%)	0.554 ^F
	No	79 (82.3%)	
Doble micción	Si	25 (26%)	0.294 ^F
	No	71 (74%)	
Goteo terminal	Si	27 (28.1%)	1.000 ^F
	No	69 (71.9%)	
Disuria	Si	10 (10.4%)	1.000 ^F
	No	86 (89.6%)	

Hematuria	Si No	0 (0%) 96 (100%)	0 (0%) 4 (100%)	-
Urgencia urinaria	Si No	17 (17.7%) 79 (82.3%)	2 (50%) 2 (50%)	0.162 ^F
Incontinencia urinaria de urgencia	Si No	8 (8.3%) 88 (91.7%)	2 (50%) 2 (50%)	0.049*^F
Incontinencia urinaria de esfuerzo	Si No	34 (35.4%) 62 (64.6%)	2 (50%) 2 (50%)	0.617 ^F
Incontinencia urinaria postural	Si No	9 (9.4%) 87 (90.6%)	1 (25%) 3 (75%)	0.348 ^F
Incontinencia urinaria mixta	Si No	5 (5.2%) 91 (94.8%)	1 (25%) 3 (75%)	0.222 ^F
Maniobras facilitadoras	Si No	3 (3.1%) 93 (96.9%)	1 (25%) 3 (75%)	0.153 ^F
Retardo para iniciar la micción	Si No	4 (4.2%) 92 (95.8%)	0 (0%) 4 (100%)	1.000 ^F
Nocturia	0 1 2 3 4 5 o más	5 (5.2%) 17 (17.7%) 25 (26%) 21 (21.9%) 8 (8.3%) 20 (20.9%)	0 (0%) 1 (25%) 0 (0%) 0 (0%) 1 (25%) 2 (50%)	0.312 ^U
Incontinencia urinaria durante el coito	Si No	2 (2.1%) 94 (97.9%)	1 (25%) 3 (75%)	0.116 ^F
Consumo de líquidos en litros	1 1.5 2	11 (11.5%) 21 (21.9%) 41 (42.7%)	0 (0%) 0 (0%) 0 (0%)	0.738 ^U

	2.5	12 (12.5%)	2 (11.8%)	
	3	8 (8.3%)	0 (0%)	
	4	3 (3.1%)	0 (0%)	
Retención urinaria				
	Si	0 (0%)	0 (0%)	-
	No	96 (100%)	4 (100%)	
OXFORD				
	1	4 (4.2%)	0 (0%)	0.511 ^U
	2	23 (24%)	2 (50%)	
	3	39 (40.6%)	1 (25%)	
	4	26 (27.1%)	1 (25%)	
	5	4 (4.2%)	0 (0%)	
SANDVICK				
	1	2 (6.1%)	0 (0%)	0.131 ^U
	2	13 (39.4%)	0 (0%)	
	3	3 (9.1%)	0 (0%)	
	4	6 (18.2%)	1 (50%)	
	6	8 (24.2%)	0 (0%)	
	8	1 (3%)	1 (50%)	
INDEVUS				
	1	7 (87.5%)	1 (50%)	0.378 ^F
	2	1 (12.5%)	1 (50%)	
Se muestra media y desviación estándar, mediana y RIC (25-75%). Pruebas: ^t t de student, ^U U de Mann Whitney, ^{xi} Xi cuadrada de Pearson, ^F Prueba exacta de Fisher. * Significancia estadística p<0.05.				

Síntomas de prolapso de órganos pélvicos.

Al evaluar síntomas de prolapso de órganos pélvicos, se encontró sensación de cuerpo extraño en 2.1% de las mujeres sin diabetes y en 0% de mujeres diabéticas (p= 1.000). Pesantez pélvica fue referida por 36.5% de mujeres sin diabetes y por 50% de mujeres con diabetes (p= 0.625). En cuanto a descarga vaginal, fue referida por 50% de las mujeres sin diabetes y por 75% de las mujeres con diabetes (p= 0.618). No se encontró significancia estadística al evaluar dolor lumbar (p= 1.000), infección vaginal (p= 1.000) y digitación (p= 1.000) (tabla 24).

Tabla 24. Síntomas de prolapso de órganos pélvicos en la población agrupada por diabetes				
Variable		Sin diabetes (n= 96)	Con diabetes (n=4)	P valor
Sensación de cuerpo extraño	Si	2 (2.1%)	0 (0%)	1.000 ^F
	No	94 (97.9%)	4 (100%)	

Pesantez pélvica	Si	35 (36.5%)	2 (50%)	0.625 ^F
	No	61 (63.5%)	2 (50%)	
Descarga vaginal	Si	48 (50%)	3 (75%)	0.618 ^F
	No	48 (50%)	1 (25%)	
Sangrado vaginal	Si	0 (0%)	0 (0%)	-
	No	96 (100%)	4 (100%)	
Dolor lumbar	Si	46 (47.9%)	2 (50%)	1.000 ^F
	No	50 (52.1%)	2 (50%)	
Infección vaginal	Si	36 (37.5%)	1 (25%)	1.000 ^F
	No	60 (62.5%)	3 (75%)	
Digitación	Si	1 (1%)	0 (0%)	1.000 ^F
	No	95 (99%)	4 (100%)	
Se muestra media y desviación estándar, mediana y RIC (25-75%). Pruebas: ^t t de student, ^U U de Mann Whitney, ^{xi} Xi cuadrada de Pearson, ^F Prueba exacta de Fisher. * Significancia estadística p<0.05.				

Síntomas sexuales.

Se evaluaron los síntomas sexuales, encontrando que 5.2% de las mujeres sin diabetes refirieron dispareunia superficial y 0% en el grupo de mujeres con diabetes ($p= 1.000$). En caso de dispareunia profunda fue referida por 4.2% de las mujeres sin diabetes y 0% de mujeres diabéticas ($p= 1.000$). Penetración obstruida fue referida por el 9.4% de mujeres sin diabetes y por 0% de mujeres con diabetes ($p= 1.000$). No se encontró significancia estadística al evaluar laxitud vaginal ($p= 1.000$), disminución del deseo sexual ($p= 1.000$), disminución de la excitación ($p= 1.000$), disminución del orgasmo ($p= 1.000$) y en incontinencia durante el coito ($p= 1.000$) (tabla 25).

Variable	Sin diabetes (n= 96)	Con diabetes (n=4)	P valor
Dispareunia superficial	Si	5 (5.2%)	1.000 ^F
	No	91 (94.8%)	
Dispareunia profunda	Si	4 (4.2%)	1.000 ^F
	No	92 (95.8%)	

Penetración obstruida				
Si	9 (9.4%)	0 (0%)	1.000 ^F	
No	87 (90.6%)	4 (100%)		
Laxitud vaginal				
Si	5 (5.2%)	0 (0%)	1.000 ^F	
No	91 (94.8%)	4 (100%)		
Disminución del deseo sexual				
Si	37 (38.5%)	1 (25%)	1.000 ^F	
No	59 (61.5%)	3 (75%)		
Disminución de la excitación				
Si	27 (28.1%)	1 (25%)	1.000 ^F	
No	69 (71.9%)	3 (75%)		
Disminución del orgasmo				
Si	26 (27.1%)	1 (25%)	1.000 ^F	
No	70 (72.9%)	3 (75%)		
Incontinencia durante el coito				
Si	2 (2.1%)	1 (25%)	0.116 ^F	
No	94 (97.9%)	3 (75%)		
Se muestra media y desviación estándar, mediana y RIC (25-75%). Pruebas: ^t t de student, ^U U de Mann Whitney, ^{xi} Xi cuadrada de Pearson, ^F Prueba exacta de Fisher. * Significancia estadística p<0.05.				

Síntomas anorrectales.

Al evaluar la sintomatología anorrectal, se encontró que 0% de las mujeres sin diabetes refirió incontinencia a heces líquidas y el 25% de las mujeres diabéticas refirió este síntoma ($p= 0.040$). El 15.6% de las mujeres sin diabetes y el 25% de mujeres con diabetes, refirió incontinencia a flatos ($p= 0.508$), incontinencia a heces sólidas fue referida por 1% de mujeres sin diabetes y por 0% de mujeres diabéticas ($p= 1.000$). El 5.2% de las mujeres sin diabetes y el 0% de las mujeres diabéticas, refirieron incontinencia fecal pasiva ($p= 1.000$). Urgencia fecal fue referida por 1% de las mujeres sin diabetes y por el 25% de las mujeres diabéticas ($p= 0.079$). Necesidad de pujo o maniobras, fue referida por el 28.1% de las mujeres sin diabetes y por el 75% de las mujeres diabéticas ($p= 0.079$). Sensación de vaciamiento incompleto, fue referido por el 18.8% de las mujeres sin diabetes y por el 50% de las mujeres diabéticas ($p= 0.178$). No se encontró significancia estadística al evaluar disminución de sensación rectal ($p= 1.000$), estreñimiento ($p= 1.000$), sangrado

rectal (p= 1.000), moco rectal (p= 1.000) y la escala de Wexner (p= 0.091), donde se encontró solo una mujer diabética con 12 puntos (tabla 26).

Tabla 26. Síntomas anorrectales en la población agrupada por diabetes			
Variable	Sin diabetes (n= 96)	Con diabetes (n=4)	P valor
Incontinencia a flatos			
Si	15 (15.6%)	1 (25%)	0.508 ^F
No	81 (84.4%)	3 (75%)	
Incontinencia a heces líquidas			
Si	0 (0%)	1 (25%)	0.040*^F
No	96 (100%)	3 (75%)	
Incontinencia a heces sólidas			
Si	1 (1%)	0 (0%)	1.000 ^F
No	95 (99%)	4 (100%)	
Incontinencia fecal pasiva (manchado fecal)			
Si	5 (5.2%)	0 (0%)	1.000 ^F
No	91 (94.8%)	4 (100%)	
Incontinencia fecal durante el coito			
Si	0 (0%)	0 (0%)	-
No	96 (100%)	4 (100%)	
Urgencia fecal			
Si	1 (1%)	1 (25%)	0.079 ^F
No	95 (99%)	3 (75%)	
Necesidad de pujo durante la evacuación o uso de maniobras facilitadoras			
Si	27 (28.1%)	3 (75%)	0.079 ^{Xi}
No	69 (71.9%)	1 (25%)	
Sensación de vaciamiento rectal incompleto			
Si	18 (18.8%)	2 (50%)	0.178 ^F
No	78 (81.3%)	2 (50%)	
Disminución de las sensaciones rectales			
Si	2 (2.1%)	0 (0%)	1.000 ^F
No	93 (97.9%)	4 (100%)	

Estreñimiento	Si	10 (10.5%)	0 (0%)	1.000 ^F
	No	85 (89.5%)	4 (100%)	
Prolapso rectal	Si	0 (0%)	0 (0%)	-
	No	96 (100%)	4 (100%)	
Sangrado rectal	Si	6 (6.3%)	0 (0%)	1.000 ^F
	No	90 (93.8%)	4 (100%)	
Moco rectal	Si	2 (2.1%)	0 (0%)	1.000 ^F
	No	94 (97.9%)	4 (100%)	
Wexner	1	5 (27.8%)	0 (0%)	0.091 ^U
	2	4 (22.2%)	0 (0%)	
	3	6 (33.3%)	0 (0%)	
	4	1 (5.6%)	0 (0%)	
	6	1 (5.6%)	0 (0%)	
	7	1 (5.6%)	0 (0%)	
	12	0 (0%)	1 (100%)	
Se muestra media y desviación estándar, mediana y RIC (25-75%). Pruebas: ^t t de student, ^U U de Mann Whitney, ^{xi} Xi cuadrada de Pearson, ^F Prueba exacta de Fisher. * Significancia estadística p<0.05.				

Síntomas de dolor pélvico.

Al evaluar síntomas de dolor pélvico, se encontró dolor vesical en el 9.4% de las mujeres sin diabetes y en ninguna mujer con diabetes ($p= 1.000$). Caso similar fue en dolor uretral, 3.1% en mujeres sin diabetes y 0% en el grupo de mujeres diabéticas ($p= 1.000$). No se encontró significancia estadística al evaluar síntomas como dolor vaginal ($p= 1.000$), dolor perineal ($p= 1.000$) y dolor pélvico ($p= 1.000$). Como se ha mencionado con anterioridad, ninguna paciente refirió dolor pélvico cíclico en este estudio (Tabla 27).

Variable	Sin diabetes (n= 96)	Con diabetes (n=4)	P valor
Dolor vesical	Si	9 (9.4%)	0 (0%)
	No	87 (90.6%)	4 (100%)
Dolor uretral	Si	3 (3.1%)	0 (0%)
	No	93 (96.9%)	4 (100%)

Dolor vaginal	Si	3 (3.1%)	0 (0%)	1.000 ^F
	No	93 (96.9%)	4 (100%)	
Dolor perineal	Si	1 (1%)	0 (0%)	1.000 ^F
	No	95 (99%)	4 (100%)	
Dolor pélvico	Si	6 (6.3%)	0 (0%)	1.000 ^F
	No	90 (93.8%)	4 (100%)	
Dolor pélvico ciclico	Si	0 (0%)	0 (0%)	-
	No	96 (100%)	4 (100%)	

Se muestra media y desviación estándar, mediana y RIC (25-75%). Pruebas: ^t t de student, ^U U de Mann Whitney, ^{xi} Xi cuadrada de Pearson, ^F Prueba exacta de Fisher. * Significancia estadística p<0.05.

Resolución obstétrica.

Los datos de resolución obstétrica, son resumidos en la tabla 28, donde se encontró que la mediana de sangrado en el grupo de mujeres sin diabetes fue de 400 (250 – 500) ml y en el grupo de mujeres diabéticas, fue de 750 (525 – 1000) (p= 0.020). En el grupo de mujeres sin diabetes, el 39.6% fue sometida a parto y el 60.4% a cesárea, mientras que, en el grupo de mujeres diabéticas, el 25% fue sometida a parto y el 75% a cesárea (p= 1.000). No se encontró significancia estadística al evaluar episiotomía media (p= 1.000), episiotomía mediolateral (p= 1.000), desgarró perineal de primer grado (p= 1.000) y segundo grado (p= 1.000). La mediana de peso fetal en el grupo de mujeres sin diabetes fue de 3085 (2675 – 3400) y en el grupo de mujeres diabéticas fue de 2550 (1875 – 3065) (p= 0.170). (tabla 28).

Tabla 28. Resolución obstétrica en la población agrupada por diabetes				
Variable		Sin diabetes (n=96)	Con diabetes (n=4)	P valor
Parto	Si	38 (39.6%)	1 (25%)	1.000 ^F
	No	58 (60.4%)	3 (75%)	
Cesárea	Si	58 (60.4%)	3 (75%)	1.000 ^F
	No	38 (39.6%)	1 (25%)	
Episiotomía media	Si	1 (1%)	0 (0%)	1.000 ^F
	No	95 (99%)	4 (100%)	

Episiotomía mediolateral				
	Si	25 (26%)	1 (25%)	1.000 ^F
	No	71 (74%)	3 (75%)	
Desgarro perineal de primer grado				
	Si	3 (3.1%)	0 (0%)	1.000 ^F
	No	93 (96.9%)	4 (100%)	
Desgarro perineal de segundo grado				
	Si	3 (3.1%)	0 (0%)	1.000 ^F
	No	93 (96.9%)	4 (100%)	
Desgarro perineal de tercer grado				
	Si	0 (0%)	0 (0%)	-
	No	96 (100%)	4 (100%)	
Desgarro perineal de cuarto grado				
	Si	0 (0%)	0 (0%)	-
	No	96 (100%)	4 (100%)	
Forceps				
	Si	0 (0%)	0 (0%)	-
	No	96 (100%)	4 (100%)	
Vacum				
	Si	0 (0%)	0 (0%)	-
	No	96 (100%)	4 (100%)	
Distocia de hombros				
	Si	0 (0%)	0 (0%)	-
	No	96 (100%)	4 (100%)	
Peso fetal		3085 (2675 – 3400)	2550 (1875 – 3065)	0.170 ^U
Sangrado		400 (250 – 500)	750 (525 – 1000)	0.020 ^{*U}
Se muestra media y desviación estándar, mediana y RIC (25-75%). Pruebas: ^t t de student, ^U U de Mann Whitney, ^{xi} Xi cuadrada de Pearson, ^F Prueba exacta de Fisher. * Significancia estadística p<0.05.				

HIPERTENSIÓN Y SÍNTOMAS DE DISFUNCIÓN DE PISO PÉLVICO

Características generales.

Las características generales de las pacientes con hipertensión (n= 3) y sin hipertensión (n=97) están resumidas en la tabla 29.

Al evaluar las características generales de las pacientes, se encontró que, en el grupo de mujeres sin hipertensión, la mediana de IMC fue de 30 (27.2 – 32) y en el grupo de mujeres con hipertensión, fue de 34 (32.5 – 37) $p= 0.055$. La mediana de edad en el grupo de mujeres sin hipertensión fue de 29 (26 – 35) y en el grupo de mujeres con hipertensión fue de 36 (32.5 – 38) ($p= 0.142$), la mediana de peso en el grupo de mujeres sin hipertensión fue de 75 (66 – 85) y en el grupo de mujeres con hipertensión fue de 83 (81 – 84) ($p= 0.312$). La mediana de la talla del grupo de mujeres sin hipertensión fue de 1.57 (1.53 – 1.61) y del grupo de mujeres con hipertensión fue de 1.56 (1.55 – 1.59) ($p= 0.992$). No se encontró significancia estadística al evaluar número de gestas ($p= 0.656$), número de partos ($p= 0.703$), número de cesáreas ($p= 0.859$) y número de abortos ($p= 0.341$) (tabla 29). Del grupo de mujeres sin hipertensión el 6.2% padeció diabetes gestacional y 0% en el grupo de mujeres con hipertensión ($p= 1.000$). En cuanto a hipertensión gestacional, se encontró en 9.3% de las mujeres sin hipertensión y en 0% de las mujeres con hipertensión ($p= 1.000$). El 3.1% de las mujeres sin hipertensión era diabética y 33.3% en el grupo de mujeres con hipertensión. Preeclampsia fue desarrollada por el 4.1% del grupo de mujeres sin hipertensión y por 0% del grupo de mujeres con hipertensión (tabla 29).

Tabla 29. Características generales de la población agrupada por hipertensión			
Variable	Sin hipertensión (n= 97)	Con hipertensión (n=3)	P valor
Edad	29 (26 – 35)	36 (32.5 – 38)	0.142 ^U
Peso	75 (66 – 85)	83 (81 – 84)	0.312 ^U
Talla	1.57 (1.53 – 1.61)	1.56 (1.55 – 1.59)	0.992 ^U
IMC	30 (27.2 – 32)	34 (32.5 – 37)	0.055 ^U
Número de gestas			0.656 ^U
1	22 (22.7%)	1 (33.3%)	
2	41 (42.3%)	1 (33.3%)	
3	16 (16.5%)	1 (33.3%)	
4	15 (15.5%)	0 (0%)	
5	1 (1%)	0 (0%)	
6	2 (2.1%)	0 (0%)	
Número de partos			
0	58 (59.8%)	2 (66.7%)	
1	26 (26.8%)	1 (33.3%)	

	2	8 (8.2%)	0 (0%)	0.703 ^U
	3	4 (4.1%)	0 (0%)	
	4	1 (1%)	0 (0%)	
Número de cesáreas	0	61 (62.9%)	2 (66.7%)	0.859 ^U
	1	28 (28.9%)	0 (0%)	
	2	6 (6.2%)	1 (33.3%)	
	3	2 (2.1%)	0 (0%)	
Número de abortos	0	74 (76.3%)	3 (100%)	0.341 ^U
	1	20 (20.6%)	0 (0%)	
	2	3 (3.1%)	0 (0%)	
Diabetes gestacional	Si	6 (6.2%)	0 (0%)	1.000 ^F
	No	91 (93.8%)	3 (100%)	
Diabetes mellitus	Si	3 (3.1%)	1 (33.3%)	0.116 ^F
	No	94 (96.9%)	2 (66.7%)	
Hipertensión gestacional	Si	9 (9.3%)	0 (0%)	1.000 ^F
	No	88 (90.7%)	3 (100%)	
Preeclampsia	Si	4 (4.1%)	1 (33.3%)	0.144 ^F
	No	93 (95.9%)	2 (66.7%)	
Se muestra media y desviación estándar, mediana y RIC (25-75%). Pruebas: ^t t de student, ^U U de Mann Whitney, ^{xi} Xi cuadrada de Pearson, ^F Prueba exacta de Fisher. * Significancia estadística p<0.05.				

Sintomatología urinaria.

Al evaluar la sintomatología urinaria, se encontró que el 12.4% de los pacientes sin hipertensión tenía chorro intermitente y este síntoma no estuvo presente en el grupo de pacientes con hipertensión (p= 1.000). El 36.1% de pacientes sin hipertensión y 0% de los pacientes con hipertensión, refirió vaciamiento incompleto (p= 0.550). Chorro en spray fue referido por el 18.6% de las pacientes sin hipertensión y por 0% del grupo de pacientes con hipertensión (p= 1.000). Doble micción se encontró en 26.8% de los pacientes sin hipertensión y en 33.33% de los pacientes con hipertensión (p=1.000). Goteo terminar fue referido por el 27.8% de las mujeres sin hipertensión y por 33.3% de las mujeres con hipertensión (p= 1.000). Incontinencia urinaria de esfuerzo fue referida por 35.1% de las mujeres sin hipertensión y por 66.7% de las mujeres con hipertensión. En cuanto a incontinencia urinaria postural, fue referida por el 10.3% de las mujeres sin hipertensión y por 0% de las mujeres con hipertensión (p= 1.000). No se encontró significancia estadística

al evaluar incontinencia mixta ($p= 1.000$), maniobras facilitadoras ($p= 1.000$) y retardo en la micción ($p= 1.000$). Se encontró que en el grupo de mujeres con hipertensión, 0% tenía 5 o más episodios de nicturia, mientras que, en el grupo de mujeres sin hipertensión, el 22.7% presentó 5 o más episodios ($p= 0.405$). No se encontró significancia estadística al evaluar otras variables de sintomatología urinaria como incontinencia urinaria durante el coito ($p= 1.000$), escala de OXFORD ($p= 0.516$) y escala de SANDVICK ($p= 0.825$) (tabla 30).

Tabla 30. Sintomatología urinaria en la población agrupada por hipertensión				
Variable		Sin hipertensión (n= 97)	Con hipertensión (n=3)	P valor
Chorro intermitente	Si	12 (12.4%)	0 (0%)	1.000 ^F
	No	85 (87.6%)	3 (100%)	
Vaciamiento incompleto	Si	35 (36.1%)	0 (0%)	0.550 ^F
	No	60 (63.9%)	3 (100%)	
Chorro en spray	Si	18 (18.6%)	0 (0%)	1.000 ^F
	No	79 (81.4%)	3 (100%)	
Doble micción	Si	26 (26.8%)	1 (33.3%)	1.000 ^F
	No	71 (73.2%)	2 (66.7%)	
Goteo terminal	Si	27 (27.8%)	1 (33.3%)	1.000 ^F
	No	70 (72.2%)	2 (66.7%)	
Disuria	Si	10 (10.3%)	0 (0%)	1.000 ^F
	No	87 (89.7%)	3 (100%)	
Hematuria	Si	0 (0%)	0 (0%)	-
	No	97 (100%)	3 (100%)	
Urgencia urinaria	Si	19 (19.6%)	0 (0%)	1.000 ^F
	No	78 (80.4%)	3 (100%)	
Incontinencia urinaria de urgencia	Si	10 (10.3%)	0 (0%)	1.000 ^F
	No	87 (89.7%)	3 (100%)	
Incontinencia urinaria de esfuerzo	Si	34 (35.1%)	2 (66.7%)	0.294 ^F

	No	63 (64.9%)	1 (33.3%)	
Incontinencia urinaria postural	Si			
	No	10 (10.3%)	0 (0%)	1.000 ^F
		87 (89.7%)	3 (100%)	
Incontinencia urinaria mixta	Si			
	No	6 (6.2%)	0 (0%)	1.000 ^F
		91 (93.8%)	3 (100%)	
Maniobras facilitadoras	Si			
	No	4 (4.1%)	0 (0%)	1.000 ^F
		93 (95.9%)	3 (100%)	
Retardo para iniciar la micción	Si			
	No	4 (4.1%)	0 (0%)	1.000 ^F
		93 (95.9%)	3 (100%)	
Nocturia	0	5 (5.2%)	0 (0%)	0.405 ^U
	1	18 (18.6%)	0 (0%)	
	2	25 (25.8%)	0 (0%)	
	3	19 (19.6%)	2 (66.7%)	
	4	8 (8.2%)	1 (33.3%)	
	5 o más	22 (22.7%)	0 (0%)	
Incontinencia urinaria durante el coito	Si			
	No	3 (3.1%)	0 (0%)	1.000 ^F
		94 (96.9%)	3 (100%)	
Consumo de líquidos en litros	1			0.370 ^U
	1.5	11 (11.3%)	0 (0%)	
	2	21 (21.6%)	0 (0%)	
	2.5	43 (44.3%)	2 (66.7%)	
	3	11 (11.3%)	1 (33.3%)	
	4	8 (8.2%)	0 (0%)	
		3 (3.1%)	0 (0%)	
Retención urinaria	Si			
	No	0 (0%)	0 (0%)	-
		97 (100%)	3 (100%)	
OXFORD	1	4 (4.1%)	0 (0%)	0.516 ^U
	2	25 (25.8%)	0 (0%)	
	3	38 (39.2%)	2 (66.7%)	
	4	26 (26.8%)	1 (33.3%)	
	5	4 (4.1%)	0 (0%)	
SANDVICK				

	1	2 (6.1%)	0 (0%)	0.825 ^U
	2	13 (39.4%)	0 (0%)	
	3	2 (6.1%)	1 (50%)	
	4	6 (18.2%)	1 (50%)	
	6	8 (24.2%)	0 (0%)	
	8	2 (6.1%)	0 (0%)	
INDEVUS	1	8 (80%)	-	-
	2	2 (20%)	-	-
Se muestra media y desviación estándar, mediana y RIC (25-75%). Pruebas: ^t t de student, ^U U de Mann Whitney, ^{Xi} Xi cuadrada de Pearson, ^F Prueba exacta de Fisher. * Significancia estadística p<0.05.				

Síntomas de prolapso de órganos pélvicos

Al evaluar la sintomatología de prolapso de órganos pélvicos, se encontró que el 2.1% de mujeres sin hipertensión, refirió sensación de cuerpo extraño y 0 pacientes en el grupo con hipertensión refirieron el síntoma (p= 1.000). Pesantez pélvica fue referida por 37.1% de mujeres sin hipertensión y por 33.3% de mujeres con hipertensión (p= 1.000). Descarga vaginal fue referida por 50.5% de mujeres sin hipertensión y por 66.7% de mujeres con hipertensión (p= 1.000). No se encontró significancia estadística al evaluar dolor lumbar (p= 1.000), infección vaginal (p= 1.000) y digitación (p= 1.000) (tabla 31).

Variable	Sin hipertensión (n= 97)	Con hipertensión (n=3)	P valor
Sensación de cuerpo extraño	Si	2 (2.1%)	1.000 ^F
	No	95 (97.9%)	
Pesantez pélvica	Si	1 (33.3%)	1.000 ^F
	No	61 (62.9%)	
Descarga vaginal	Si	2 (66.7%)	1.000 ^F
	No	48 (49.5%)	
Sangrado vaginal	Si	0 (0%)	-

	No	97 (100%)	3 (100%)	
Dolor lumbar	Si	48 (49.5%)	0 (0%)	0.244 ^F
	No	49 (50.5%)	3 (100%)	
Infección vaginal	Si	36 (37.1%)	1 (33.3%)	1.000 ^F
	No	61 (62.9%)	2 (66.7%)	
Digitación	Si	1 (1%)	0 (0%)	1.000 ^F
	No	99 (99%)	3 (100%)	
Se muestra media y desviación estándar, mediana y RIC (25-75%). Pruebas: ^t t de student, ^U U de Mann Whitney, ^{xi} Xi cuadrada de Pearson, ^F Prueba exacta de Fisher. * Significancia estadística p<0.05.				

Síntomas sexuales.

Se evaluaron los síntomas sexuales y se encontró que el 5.2% de las mujeres sin hipertensión refirió dispareunia superficial y referida por 0% de las mujeres con hipertensión ($p= 1.000$). Dispareunia profunda fue referida por el 4.1% de las mujeres sin hipertensión y por 0% de las mujeres con hipertensión ($p= 1.000$). No se encontró significancia estadística al evaluar el resto de síntomas sexuales (tabla 32).

Variable	Sin hipertensión (n= 97)	Con hipertensión (n=3)	P valor	
Dispareunia superficial	Si	5 (5.2%)	0 (0%)	1.000 ^F
	No	92 (94.8%)	3 (100%)	
Dispareunia profunda	Si	4 (4.1%)	0 (0%)	1.000 ^F
	No	93 (95.9%)	3 (100%)	
Penetración obstruida	Si	9 (9.3%)	0 (0%)	1.000 ^F
	No	88 (90.7%)	3 (100%)	
Laxitud vaginal	Si	5 (5.2%)	0 (0%)	1.000 ^F
	No	92 (94.8%)	3 (100%)	
Disminución del deseo sexual	Si	38 (39.2%)	0 (0%)	0.286 ^F
	No	59 (60.8%)	3 (100%)	

Disminución de la excitación	Si	28 (28.9%)	0 (0%)	1.000 ^F
	No	69 (71.1%)	3 (100%)	
Disminución del orgasmo	Si	27 (27.8%)	0 (0%)	0.561 ^F
	No	70 (72.2%)	3 (100%)	
Incontinencia durante el coito	Si	3 (3.1%)	0 (0%)	1.000 ^F
	No	94 (96.9%)	3 (100%)	
Se muestra media y desviación estándar, mediana y RIC (25-75%). Pruebas: ^t t de student, ^U U de Mann Whitney, ^{xi} Xi cuadrada de Pearson, ^F Prueba exacta de Fisher. * Significancia estadística p<0.05.				

Síntomas anorrectales.

Al evaluar los síntomas anorrectales, se encontró que 16.5% de las mujeres sin hipertensión reportaron incontinencia a flatos mientras que ninguna paciente con hipertensión refirió este síntoma (p= 1.000). Incontinencia a heces líquidas fue referida por 1% de mujeres sin hipertensión y por 0% de mujeres con hipertensión (p= 1.000). Se encontró necesidad de pujo o uso de maniobras facilitadoras en 29.9% de las mujeres sin hipertensión y en 33.3% de las mujeres con hipertensión (p= 1.000). No se encontró significancia estadística en ningún otro síntoma anorrectal evaluado (tabla 33).

Variable	Sin hipertensión (n= 97)	Con hipertensión (n=3)	P valor	
Incontinencia a flatos	Si	16 (16.5%)	0 (0%)	1.000 ^F
	No	81 (83.5%)	3 (100%)	
Incontinencia a heces líquidas	Si	1 (1%)	0 (0%)	1.000 ^F
	No	96 (99%)	3 (100%)	

Incontinencia a heces sólidas	Si No	1 (1%) 96 (99%)	0 (0%) 3 (100%)	1.000 ^F
Incontinencia fecal pasiva (manchado fecal)	Si No	5 (5.2%) 92 (94.8%)	0 (0%) 3 (100%)	1.000 ^F
Incontinencia fecal durante el coito	Si No	0 (0%) 97 (100%)	0 (0%) 3 (100%)	-
Urgencia fecal	Si No	2 (2.1%) 95 (97.9%)	0 (0%) 3 (100%)	1.000 ^F
Necesidad de pujo durante la evacuación o uso de maniobras facilitadoras	Si No	29 (29.9%) 68 (70.1%)	1 (33.3%) 2 (66.7%)	1.000 ^F
Sensación de vaciamiento rectal incompleto	Si No	20 (20.6%) 77 (79.4%)	0 (0%) 3 (100%)	1.000 ^F
Disminución de las sensaciones rectales	Si No	2 (2.1%) 94 (97.9%)	0 (0%) 3 (100%)	1.000 ^F
Estreñimiento	Si No	10 (10.4%) 86 (89.6%)	0 (0%) 3 (100%)	1.000 ^F
Prolapso rectal	Si No	0 (0%) 97 (100%)	0 (0%) 3 (100%)	-
Sangrado rectal	Si No	6 (6.2%) 91 (93.8%)	0 (0%) 3 (100%)	1.000 ^F
Moco rectal	Si No	2 (2.1%) 95 (97.9%)	0 (0%) 3 (100%)	1.000 ^F

Wexner	1	5 (26.3%)	0 (0%)	-
	2	4 (21.1%)	0 (0%)	
	3	6 (31.6%)	0 (0%)	
	4	1 (5.3%)	0 (0%)	
	6	1 (5.3%)	0 (0%)	
	7	1 (5.3%)	0 (0%)	
	12	1 (5.3%)	0 (0%)	
	Se muestra media y desviación estándar, mediana y RIC (25-75%). Pruebas: ^t t de student, ^U U de Mann Whitney, ^{xi} Xi cuadrada de Pearson, ^F Prueba exacta de Fisher. * Significancia estadística p<0.05.			

Síntomas de dolor pélvico.

Se evaluaron los síntomas de dolor pélvico y se encontró que 9.3% de las mujeres sin hipertensión tenía dolor vesical y ninguna mujer con hipertensión lo padecía ($p= 1.000$). Caso similar en dolor uretral, 3.1% de las mujeres sin hipertensión refirió el síntoma y 0% de mujeres con hipertensión lo refirió ($p= 1.000$). No se encontró significancia estadística al evaluar otros síntomas como dolor vaginal ($p= 1.000$), dolor perineal ($p= 1.000$) y dolor pélvico ($p= 1.000$) (tabla 34).

Tabla 34. Síntomas de dolor pélvico en la población agrupada por hipertensión arterial crónica.			
Variable	Sin hipertensión (n= 97)	Con hipertensión (n=3)	P valor
Dolor vesical			
Si	9 (9.3%)	0 (0%)	1.000 ^F
No	88 (90.7%)	3 (100%)	
Dolor uretral			
Si	3 (3.1%)	0 (0%)	1.000 ^F
No	94 (96.9%)	3 (100%)	
Dolor vaginal			
Si	3 (3.1%)	0 (0%)	1.000 ^F
No	94 (96.9%)	3 (100%)	
Dolor perineal			
Si	1 (1%)	0 (0%)	1.000 ^F
No	96 (99%)	3 (100%)	
Dolor pélvico			
Si	6 (6.2%)	0 (0%)	1.000 ^F
No	91 (93.8%)	3 (100%)	

Dolor pélvico ciclico			
Si	0 (0%)	0 (0%)	-
No	97 (100%)	3 (100%)	
Se muestra media y desviación estándar, mediana y RIC (25-75%). Pruebas: ^t t de student, ^U U de Mann Whitney, ^{xi} Xi cuadrada de Pearson, ^F Prueba exacta de Fisher. * Significancia estadística p<0.05.			

Resolución obstétrica.

En cuanto a la evaluación de la resolución obstétrica, el sangrado de mujeres sin hipertensión, se cuantificó en 400 (250 – 500) y en las mujeres con hipertensión fue de 750 (600 – 825) (p= 0.061). El peso fetal en mujeres con hipertensión fue de 2630 (2170 – 2812.5) y en mujeres in hipertensión fue de 3090 (2670 – 3400) (p= 0.110). Un 40.2% de las mujeres sin hipertensión fue sometida a parto y 59.8% a cesárea, mientras que, en el grupo de mujeres con hipertensión, el 100% fue sometida a cesárea (p= 0.279). No se encontró significancia estadística al evaluar otros síntomas de resolución obstétrica (tabla 35).

Variable	Sin hipertensión (n= 97)	Con hipertensión (n=3)	P valor
Parto			
Si	39 (40.2%)	0 (0%)	0.279 ^F
No	58 (59.8%)	3 (100%)	
Cesárea			
Si	58 (59.8%)	3 (100%)	0.279 ^F
No	39 (40.2%)	0 (0%)	
Episiotomía media			
Si	1 (1%)	0 (0%)	1.000 ^F
No	96 (99%)	3 (100%)	
Episiotomía mediolateral			
Si	26 (26.8%)	0 (0%)	0.566 ^F
No	71 (73.2%)	3 (100%)	
Desgarro perineal de primer grado			
Si	3 (3.1%)	0 (0%)	1.000 ^F
No	94 (96.9%)	3 (100%)	

Desgarro perineal de segundo grado				
	Si	3 (3.1%)	0 (0%)	1.000 ^F
	No	94 (96.9%)	3 (100%)	
Desgarro perineal de tercer grado				
	Si	0 (0%)	0 (0%)	-
	No	97 (100%)	3 (100%)	
Desgarro perineal de cuarto grado				
	Si	0 (0%)	0 (0%)	-
	No	97 (100%)	3 (100%)	
Forceps				
	Si	0 (0%)	0 (0%)	-
	No	97 (100%)	3 (100%)	
Vacum				
	Si	0 (0%)	0 (0%)	-
	No	97 (100%)	3 (100%)	
Distocia de hombros				
	Si	0 (0%)	0 (0%)	-
	No	97 (100%)	3 (100%)	
Peso fetal		3090 (2670 – 3400)	2630 (2170 – 2812.5)	0.110 ^U
Sangrado		400 (250 – 500)	750 (600 – 825)	0.061 ^U
Se muestra media y desviación estándar, mediana y RIC (25-75%). Pruebas: ^t t de student, ^U U de Mann Whitney, ^{xi} Xi cuadrada de Pearson, ^F Prueba exacta de Fisher. * Significancia estadística p<0.05.				

DISCUSIÓN

La disfunción de piso pélvico es un problema común en la población general en el estudio women's health initiative se encuentra una incidencia en países desarrollados del 41% de las mujeres en un rango de edad entre 50 y 79 años.

Sangsawang en su estudio menciona una prevalencia de los trastornos de defunción de piso pélvico, principalmente incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), del 18.6% a 75% para las mujeres embarazadas

Nuestra tasa para incontinencia urinaria de esfuerzo fue del 36 %, en pacientes multigestas se incrementó 40.3 %. y aquellas con producto con peso mayor o igual a 3500 mg 41.2 % en paciente con comorbilidades (diabetes e hipertensión) la tasa fue del 50 % y 66.7 %

Los resultados que obtuvimos fueron similares a la reportada por sangsawang¹⁴ el cual observo los síntomas de disfunción de piso pélvico se presentan con mayor frecuencia en el tercer trimestre del embarazo y se tienen mayor riesgo en pacientes con diabetes debido a un aumento ponderal, poliuria, inestabilidad del musculo detrusor, aumento del peso fetal, que son factores desencadenantes de la incontinencia urinaria.

De acuerdo a lo descrito Guariglia L. y colaboradores en prolapso de órganos pélvicos los resultados son similares ya que solo 2 % de las pacientes refirieron sensación de cuerpo extraño en introito vaginal.

De acuerdo a la búsqueda de información no existe literatura que abarque la disfunción de piso pélvico manifestada con síntomas sexuales, en este estudio se encontró que el principal síntoma es la disminución del deseo sexual con una tasa del 38%.

Respecto al objetivo de identificar síntomas anorrectales, Salinas et al. menciona incontinencia fecal, es la principal queja anorrectal de disfunción pélvica, nuestros hallazgos fueron que el 30 % de las pacientes manifestó necesidad de pujo durante la evacuación o uso de maniobras facilitadoras, 16% incontinencia a flatos, 5% incontinencia fecal pasiva, 1 % incontinencia heces sólidas y líquidas. Concluyendo es más frecuente la incontinencia fecal parcial.

CONCLUSIONES

Los síntomas de disfunción de piso pélvico más frecuentes durante el tercer trimestre del embarazo que se encontraron en nuestra población son los siguientes: síntomas urinarios (incontinencia urinaria de esfuerzo) con una tasa del 36 %; prolapso de órganos pélvicos (descarga vaginal) en un 51 %; síntomas sexuales disminución del deseo sexual en un 38 % y síntomas anorrectales se encontró que el 30% de las pacientes tenía necesidad de pujo o maniobras facilitadoras durante la evacuación.

Sin embargo, al Asociar el número de gestas el principal síntoma urinario fue Nocturia 43.4% de las primigestas, reportó tener 5 o más episodios, mientras que, en las multigestas este número de episodios se encontró en 15.6% , En cuanto a descarga vaginal, se encontró en 43.5% de las primigestas y en 53.2% de las multigestas, para los síntomas sexuales, la disminución del deseo sexual, fue reportado por 26.1% de las primigestas y por 41.6% de las multigestas; síntomas anorrectales la necesidad de pujo o uso de maniobras facilitadoras está presente en 31.2% en las multigestas.

Las características de las pacientes agrupadas por el peso de sus productos al nacer, aquellas que tuvieron productos con un peso de 3500 mg o más tienen en mayor proporción síntomas urinarios (doble micción) que las que tuvieron un producto menos de 3500 mg ($p= 0.036$), síntomas de prolapso de órganos pélvicos (pesantez pélvica) $p= 0.041$ y síntomas de incontinencia fecal pasiva (manchado fecal) $p= 0.003$.

Las mujeres con diabetes tienen en mayor proporción de síntomas de Incontinencia urinaria de urgencia que las mujeres que no ($p= 0.049$), así como Incontinencia a heces líquidas ($p= 0.040$) No se encontró significancia estadística para los demás síntomas o en aquellas pacientes portadoras de hipertensión.

Como mostramos en nuestro estudio, la disfunción de piso pélvico durante el tercer trimestre del embarazo en una condición frecuente ya que todas las pacientes presentan al menos uno de los síntomas ya sea que se manifieste en síntomas urinarios, prolapso de órganos pélvicos, sexuales o anorrectales, es por eso que como médico especialista se debe de interrogar a la paciente de forma intencionada para poder identificarlas y tener un seguimiento.

REFERENCIAS

1. Junqueira Vasconcellos de Oliveira, S. M., De Souza Caroci, A., De Paula Batista Mendes, E., Guimarães de Oliveira, S., & Penha Silva, F. (2018). Disfunções do assoalho pélvico em primíparas após o parto. *Enfermería Global*, 17(3), 26. <https://doi.org/10.6018/eglobal.17.3.292821>
2. Grimes WR, Stratton M. Pelvic Floor Dysfunction. [Updated 2021 May 4]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559246/>
3. Rodrigo Ramírez de Arellano, Y. (2021). Disfunción del suelo pélvico y embarazo. *NPunto*, IV(37), 21–43. <https://www.npunto.es/revista/37/disfuncion-del-suelo-pelvico-y-embarazo>
4. Stepp KJ, Walters MD. Anatomy of the lower urinary tract, rectum and pelvic floor. In: *Urogynecology and Reconstructive Surgery*, 3, Walters M, Karram M (Eds), Mosby, Philadelphia 2007. p.24.
5. Herschorn S. (2004). Female pelvic floor anatomy: the pelvic floor, supporting structures, and pelvic organs. *Reviews in urology*, 6 Suppl 5(Suppl 5), S2–S10.
6. Faubion, S. S., Shuster, L. T., & Bharucha, A. E. (2012). Recognition and management of nonrelaxing pelvic floor dysfunction. *Mayo Clinic proceedings*, 87(2), 187–193. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2011.09.004>
7. Friedman, S., Blomquist, J. L., Nugent, J. M., McDermott, K. C., Muñoz, A., & Handa, V. L. (2012). Pelvic muscle strength after childbirth. *Obstetrics and gynecology*, 120(5), 1021–1028. <https://doi.org/10.1097/aog.0b013e318265de39>
8. Bump, R. C., & Norton, P. A. (1998). EPIDEMIOLOGY AND NATURAL HISTORY OF PELVIC FLOOR DYSFUNCTION. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 25(4), 723–746. [https://doi.org/10.1016/s0889-8545\(05\)70039-5](https://doi.org/10.1016/s0889-8545(05)70039-5)
9. Naser, M., Manríquez, V., & Gómez, M. (2012). Effects of pregnancy and childbirth on the pelvic floor. *Medwave*, 12(03), e5336. <https://doi.org/10.5867/medwave.2012.03.5336>
10. Herbert J. (2009). Pregnancy and childbirth: the effects on pelvic floor muscles. *Nursing times*, 105(7), 38–41.
11. Jaramillo González, D. C., Gómez Londoño, M., & Echavarría Restrepo, L. G. (2014). Embarazo, trauma obstétrico y sus efectos sobre el piso pélvico. Revisión de la

literatura. *Medicina UPB*, 33(2), 129-137. Recuperado a partir de <https://revistas.upb.edu.co/index.php/medicina/article/view/1437>

12. Bozkurt, M., Yumru, A. E., & Şahin, L. (2014). Pelvic floor dysfunction, and effects of pregnancy and mode of delivery on pelvic floor. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 53(4), 452–458. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2014.08.001>

13. Rogers, R. G., & Fashokun, T. B. (2017). Pelvic organ prolapse in women: Epidemiology, risk factors, clinical manifestations, and management. UpToDate. Waltham, MA: Wolters Kluwer

14. Sangsawang, B. (2014). Risk factors for the development of stress urinary incontinence during pregnancy in primigravidae: a review of the literature. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 178, 27–34. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2014.04.010>

15. Haylen, B. T., de Ridder, D., Freeman, R. M., Swift, S. E., Berghmans, B., Lee, J., Monga, A., Petri, E., Rizk, D. E., Sand, P. K., & Schaer, G. N. (2009). An international urogynecological association (IUGA)/international continence society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourology and Urodynamics*, 29(1), 4–20. <https://doi.org/10.1002/nau.20798>

16. Sangsawang, B., & Sangsawang, N. (2013). Stress urinary incontinence in pregnant women: a review of prevalence, pathophysiology, and treatment. *International Urogynecology Journal*, 24(6), 901–912. <https://doi.org/10.1007/s00192-013-2061-7>

17. Mørkved, S., & Bø, K. (2013). Effect of pelvic floor muscle training during pregnancy and after childbirth on prevention and treatment of urinary incontinence: a systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 48(4), 299–310. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2012-091758>

18. Zhu, L., Li, L., Lang, J. H., & Xu, T. (2012). Prevalence and risk factors for peri- and postpartum urinary incontinence in primiparous women in China: a prospective longitudinal study. *International Urogynecology Journal*, 23(5), 563–572. <https://doi.org/10.1007/s00192-011-1640-8>

19. Hojberg, K. E., Salvig, J. D., Winslow, N. A., Lose, G., & Secher, N. J. (1999). Urinary incontinence: prevalence and risk factors at 16 weeks of gestation. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 106(8), 842–850. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1999.tb08407.x>

20. Hannestad, Y. S., Rortveit, G., Daltveit, A. K., & Hunskar, S. (2003). Are smoking and other lifestyle factors associated with female urinary incontinence? The Norwegian

EPINCONT Study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 110(3), 247–254. <https://doi.org/10.1046/j.1471-0528.2003.02327.x>

21. Bonapace, E. S., & Fisher, R. S. (1998). CONSTIPATION AND DIARRHEA IN PREGNANCY. *Gastroenterology Clinics of North America*, 27(1), 197–211. [https://doi.org/10.1016/s0889-8553\(05\)70353-8](https://doi.org/10.1016/s0889-8553(05)70353-8)

22. Sandvik, H., Seim, A., Vanvik, A., & Hunskaar, S. (2000). A severity index for epidemiological surveys of female urinary incontinence: Comparison with 48-hour pad-weighting tests. *Neurourology and Urodynamics*, 19(2), 137–145.

23. Cheng, HL (2008). Evaluación cuantitativa de urgencia. Incontinencia y disfunción del suelo pélvico, 2 (1S), 7-8.

24. Zeng, C., Yang, F., Wu, C., Zhu, J., Guan, X., & Liu, J. (2018). Uterine Prolapse in Pregnancy: Two Cases Report and Literature Review. *Case Reports in Obstetrics and Gynecology*, 2018, 1–5. <https://doi.org/10.1155/2018/1805153>

25. Guariglia, L., Carducci, B., Botta, A., Ferrazzani, S., & Caruso, A. (2005). Uterine Prolapse in Pregnancy. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 60(4), 192–194. <https://doi.org/10.1159/000087069>

26. Matsumoto, T., Nishi, M., Yokota, M., & Ito, M. (1999). LAPAROSCOPIC TREATMENT OF UTERINE PROLAPSE DURING PREGNANCY. *Obstetrics & Gynecology*, 93(Supplement), 849. <https://doi.org/10.1097/00006250-199905001-00028>

27. Handa, V. L., Cundiff, G., Chang, H. H., & Helzlsouer, K. J. (2008). Female Sexual Function and Pelvic Floor Disorders. *Obstetrics & Gynecology*, 111(5), 1045–1052. <https://doi.org/10.1097/aog.0b013e31816bbe85>

28. Salinas, C., Morales, M. , (2020) ,Asociación y frecuencia de incontinencia fecal e incontinencia urinaria en trauma perineal en pacientes primigestas, diagnosticadas mediante cuestionarios y exploración física, recuperado de <http://132.248.9.195/ptd2021/febrero/0808001/Index.html>

29. Flández, J., & Monrroy, H. (2016). Escalas de evaluación en incontinencia fecal. *Gastroenterol. latinoam*, 27(4), 226-230

30. Chang Calderin, O., Pérez Rodríguez, M., Figueredo Villa, K., Llori Otero, K. M., Torres Pérez, M., & Torres Pérez, M. (2019). Efectividad de la reeducación del suelo pélvico en adultas mayores con incontinencia urinaria de esfuerzo. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 35(1).

ANEXOS

ANEXO 1 Cedula de aplicación

Hoja de Recolección de datos

Datos generales			
Nombre:		Fecha:	
Expediente:		Edad:	
Peso:	Talla:	IMC:	
Gestas:	Parto:	Cesárea:	Abortos:

Síntomas del piso pélvico					
Síntomatología urinaria					
Chorro intermitente	Vaciamiento incompleto	Chorro en spray	Doble micción	Goteo terminal	Disuria
Hematuria	Urgencia urinaria	Incontinencia urinaria de urgencia	Incontinencia urinaria de esfuerzo	Incontinencia urinaria postural	Incontinencia urinaria mixta
Maniobras facilitadoras	Retardo para iniciar la micción	Nictamerio	Nocturia	Incontinencia urinaria durante el coito	Consumo de líquidos
Retención urinaria		OXFORD			
Sandvik		INDEVUS			
*Sandvik solamente se reporta si paciente tiene incontinencia urinaria de esfuerzo					
*INDEVUS solamente se realiza si paciente tiene incontinencia urinaria de urgencia					

Síntomas de prolapso de órganos pélvico			
Sensación de cuerpo extraño	Pesantez pélvica	Descarga vaginal	Sangrado vaginal
Dolor lumbar	Infección vaginal	Digitación	

Síntomas de prolapso de órganos pélvico			
Sensación de cuerpo extraño	Pesantez pélvica	Descarga vaginal	Sangrado vaginal
Dolor lumbar	Infección vaginal	Digitación	

Síntomas sexuales			
Dispareunia superficial	Dispareunia profunda	Penetración obstruida	Laxitud vaginal
Disminución del deseo sexual	Disminución de la excitación	Disminución del orgasmo	Incontinencia durante el coito

Síntomas anorrectales			
Incontinencia a flatos	Incontinencia a heces líquidas	Incontinencia a heces solidas	Incontinencia fecal pasiva (manchado fecal)
Incontinencia fecal durante el coito	Urgencia fecal	Necesidad de pujo durante la evacuación o uso de maniobras facilitadoras	Sensación de vaciamiento rectal incompleto
Disminución de las sensaciones rectales	Estreñimiento	Prolapso rectal	Sangrado rectal
Moco rectal	Wexner		

Síntomas de dolor pélvico			
Dolor vesical	Dolor uretral	Dolor vaginal	Dolor perineal
Dolor pélvico	Dolor pélvico cíclico		

Escala de sandvik

¿Con qué frecuencia se le escapa la orina?
1. Menos de una vez al mes
2. Algunas veces al mes
3. Algunas veces a la semana
4. Todos los días y / o noches
¿Qué cantidad de orina se le escapa cada vez?
1. Gotas (muy poca cantidad)
2. Chorro pequeño (una cantidad moderada)
3. Mucha cantidad

Escala de INDEVUS para incontinencia urinaria de urgencia	
0	Sin urgencia
1	Urgencia urinaria que es tolerada
2	Interfiere con las actividad habituales
3	Extrema urgencia que interfiere con cualquier actividad

Modificada de Oxford

Tabla 5. Escala de valoración modificada de Oxford para la musculatura del suelo pélvico

Grado	Respuesta muscular
0	Ninguna
1	Parpados. Movimientos temblorosos de la musculatura
2	Débil. Presión débil sin parpados o temblores musculares
3	Moderado. Aumento de presión y ligera elevación de la pared vaginal posterior
4	Bien. Los dedos del examinador son apretados firmemente: elevación de la pared posterior de la vagina contra resistencia moderada
5	Fuerte. Sujeción con fuerza de los dedos y elevación de la pared posterior en contra de una resistencia máxima

Lapock, 1992.

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

Resolución obstétrica			
Parto	Episiotomía	Media	Mediolateral
Cesárea	Peso fetal	Sangrado	Analgésia obstétrica (solo en partos)
Desgarro perineal	Primero	Segundo	Tercero
Cuarto grado	Fórceps	Vacuum	Distocia de hombros

ANEXO 2 Consentimiento Informado

**AUTORIZACION PARA PARTICIPAR EN PRTOCOLO DE INVESTIGACION
Principales síntomas de disfunción del piso pélvico durante el tercer trimestre del
embarazo**

No firma esta forma hasta que haya leído y comprendido completamente su contenido:

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

Lo siguiente se me ha explicado en términos generales y entiendo que:

Yo estoy consciente y autorizo participar en el protocolo de investigación, Principales síntomas de disfunción del piso pélvico durante el tercer trimestre del embarazo, reconozco que la aplicación del cuestionario no retrasa la atención a la paciente y no pone en peligro la vida del producto y de la madre.

Por firmar este formato reconozco que he leído o que se me ha explicado este mismo, que he comprendido completamente su contenido, que he tenido la oportunidad de preguntar dudas y que éstas se me han explicado satisfactoriamente.

FIRMA DEL PACIENTE