

Guayaquil, 12 de julio de 2022

Doctora María Touriz Bonifaz
Gestora General de Posgrado
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de Guayaquil
Presente

De mi consideración: Informo a usted sobre el **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN** presentado por la **MD. FATIMA YADIRA RIVERA RASURY** del posgrado de **IMAGENOLOGÍA** del **HGGS** cuyo tema es: “**UTILIDAD DE LA ECOGRAFIA TRANSPERINEAL Y PELVICA EN EL ESTUDIO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN MUJERES DE 40 A 70 AÑOS**”, el mismo que se ha procedido a la revisión pertinente y cumple con los parámetros establecidos en las normas vigentes de la universidad, por tanto puede ser sometido a la evaluación por parte del tribunal examinador que se designe, dicho proyecto queda **APROBADO** y puede continuar con los tramites. Particular que comunico a usted para los fines consiguientes.



Firmado electrónicamente por:
ANGEL OSWALDO
ORTIZ ARAUZ

Atentamente,

Dr. Angel Oswaldo Ortiz Arauz

REVISOR METODOLÓGICO



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
GESTORÍA GENERAL DE POSGRADO



OF.GGPFCM-116-ANTEP

Junio 22 del 2022

Médico
Fátima Yadira Rivera Rasury
RESIDENTE ESPECIALIZACIÓN IMAGENOLÓGIA
HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR
Ciudad

Por medio del presente oficio comunico a usted, que aplicando lo que consta en la Unidad Curricular de Titulación vigente en esta Gestoría su **Anteproyecto de Investigación** con el tema:

“UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA TRANSPERINEAL Y PÉLVICA EN EL ESTUDIO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN MUJERES DE 40 A 70 AÑOS”

Tutor: Dra. Silvia Cullacay Buñay

Ha sido revisado y aprobado por la Gestoría General de Posgrado el día **21 de junio del 2022**, por lo tanto, puede continuar con la ejecución del **Proyecto final de titulación**.
Revisor asignado: Dr. Ángel Ortiz Arauz

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:
MARIA ANTONIETA
TOURIZ BONIFAZ

Dra. María Antonieta Touriz Bonifaz MSc.
GESTORA GENERAL DE POSGRADO

C. archivo

Revisado y Aprobado	Dra. María Antonieta Touriz B.
Elaborado	Tcnlga. Nadia Guerrero V.



UNIDAD CURRICULAR DE TITULACIÓN
FORMULARIO DE REGISTRO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

FECHA: Día: Mes: Año:

PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN
IMAGENOLOGÍA

UNIDAD ASISTENCIAL DOCENTE (UAD)
HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR

Fecha Inicio Programa
Día: <input type="text" value="15"/> Mes: <input type="text" value="11"/> Año: <input type="text" value="2017"/>

Fecha Culminación Programa
Día: <input type="text" value="15"/> Mes: <input type="text" value="11"/> Año: <input type="text" value="2021"/>

DATOS DEL POSGRADISTA			
NOMBRES:	FATIMA YADIRA	APELLIDOS:	RIVERA RASURY
Cédula No:	1311416406	Dirección:	PASCUALES
E-mail Institucional:	Yadira.riverar@ug.edu.ec	E-mail personal:	Dra.yadira_rivera@hotmail.com
Teléfono	0983201000	Teléfono móvil:	0983201000

MODALIDAD/OPCIÓN DE TITULACIÓN:		
1. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN (x)	2. EXAMEN COMPLEXIVO ()	3. ARTÍCULO CIENTÍFICO ()

TRABAJO DE TITULACIÓN: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
Tema:
UTILIDAD DE LA ECOGRAFIA TRANSPERINEAL Y PELVICA EN EL ESTUDIO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN MUJERES DE 40 A 70 AÑOS

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.	
UNIDAD DE POSGRADO, INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO – UG.	
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:	Salud humana, animal y del ambiente
SUBLÍNEA:	Metodologías diagnósticas y terapéuticas, biológicas, bioquímicas y moleculares
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.	
ÁREA/LÍNEA DE INVESTIGACIÓN/SUBLÍNEA	Urinarias/incontinencia urinaria
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN INSTITUCIONAL: Ecografía	
SUBLÍNEA	Ecografía transperineal y pélvica

PALABRAS CLAVE: incontinencia urinaria

TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:
observacional analítico prospectivo

TUTOR:	Dra. Silvia Alejandra Cullacay Bunay	C.I.0301724621
REVISOR METODOLÓGICO:	Dr. Ángel Oswaldo Ortiz Arauz	0906611827
COORDINADOR DEL PROGRAMA:	Dra. Rita Gricelda Solís Rivera	C.I.0908505878

No. DE REGISTRO: No. CLASIFICACIÓN:

VALIDACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN. COORDINACIÓN / GESTIÓN DE INVESTIGACIÓN.					
f)		Firmado electrónicamente por:	f)		Firmado electrónicamente por:
		SILVIA ALEJANDRA CULLACAY BUNAY			ANGEL OSWALDO ORTIZ ARAUZ
					RITA GRICELDA

Guayaquil, 12 de julio de 2022

**Doctora María Touriz Bonifaz
Gestora General de Posgrado
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de Guayaquil
Presente**

CERTIFICADO DEL TUTOR

En mi calidad de tutor del proyecto de investigación “UTILIDAD DE LA ECOGRAFIA TRANSPERINEAL Y PELVICA EN EL ESTUDIO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN MUJERES DE 40 A 70 AÑOS”, de la MD. Fatima Yadira Rivera Rasury para optar por el grado de Especialista en Imagenología de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Guayaquil certifico que he dirigido y revisado el documento, el mismo que cumple con la estructura metodológica y el estilo solicitado por la universidad.

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:
**SILVIA
ALEJANDRA
CULLACAY BUNAY**

**DRA. SILVIA ALEJANDRA CULLACAY BUÑAY
DOCENTE – TUTOR
CC.0301724621**

Guayaquil, 12 de julio 2022

Doctora

María Antonieta Touriz Bonifaz
MSc.Gestora General de
Posgrado Facultad de Ciencias
Médicas Universidad de
Guayaquil

De mis consideraciones:

Revisado el proyecto de investigación titulado: **“UTILIDAD DE LA ECOGRAFIA TRANSPERINEAL Y PELVICA EN EL ESTUDIO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN MUJERES DE 40 A 70 AÑOS”** de la MD. Fatima Yadira Rivera Rasury para optar por el grado de Especialista en Imagenología, el mismo que cumple con los lineamientos metodológicos y de estilo requeridos por la universidad para su aprobación.

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:

RITA
GRICELDA

DRA. RITA GRICELDA SOLIS RIVERA:

COORDINADORA DE POSGRADO DE IMAGENOLOGIA
HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR.

Guayaquil, 13 de julio del 2022

CERTIFICADO

El suscrito Dr. Francisco Obando Freire, Coordinador del Departamento de Docencia e Investigación del Hospital General Guasmo Sur, certifica:

Se ha revisado el proyecto final de Investigación: **“UTILIDAD DE LA ECOGRAFIA TRANSPERINEAL Y PELVICA EN EL ESTUDIO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN MUJERES DE 40 A 70 AÑOS”**, cuya autora es la Md. Fátima Yadira Rivera Rasury; previa obtención de su título de Especialista en Imagenología.



Firmado electrónicamente por:
**FRANCISCO
MARCELO OBANDO
FREIRE**

**Sr. Dr. Francisco Obando, PHD
COORDINADOR DEL DEPARTAMENTO DE DOCENCIA HGGS.**

Guayaquil, 15 de julio del 2022.

CERTIFICADO

El suscrito Ing. Cesar Menéndez, jefe del Departamento admisión y archivo del Hospital General Guasmo Sur, certifica:

Se ha revisado la base de datos de las historias clínicas para la realización del proyecto de Investigación:

“UTILIDAD DE LA ECOGRAFIA TRANSPERINEAL Y PELVICA EN EL ESTUDIO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN MUJERES DE 40 A 70 AÑOS”, cuya autora es la Md. Fátima Yadira Rivera Rasury previa la obtención del título de Especialista en Imagenología, son del Sistema Informático del hospital HGGS “SIGHOS” sistema integral de gestión hospitalaria.

Atentamente



Firmado electrónicamente por:
**CESAR JAIRO
MENEDEZ
CEVALLOS**

Ing. Cesar Menéndez.
Jefe del Departamento admisión y archivo
Hospital General Guasmo Sur

**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
COORDINACION DE POSGRADO**

DECLARACION DE RESPONSABILIDAD

Yo. Md Fátima Yadira Rivera Rasury

DECLARO QUE:

Este proyecto de investigación: "UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA TRANSPERINEAL Y PÉLVICA EN EL ESTUDIO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN MUJERES DE 40 A 70 AÑOS" como parte de requisito, previa a la obtención del título de ESPECIALISTA EN IMAGENOLOGIA ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el texto de trabajo. Y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del proyecto de tesis mencionado

AUTORA



Md. Fátima Yadira Rivera Rasury

CC: 1311416406



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
GESTORÍA GENERAL DE POSTGRADO

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO COMO REQUISITO PREVIO PARA
LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN IMAGENOLÓGÍA**

TEMA

**UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA TRANSPERINEAL Y PÉLVICA EN EL ESTUDIO DE
LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN MUJERES DE 40 A 70 AÑOS**

AUTOR:

Md. FATIMA YADIRA RIVERA RASURY

TUTOR

DRA. SILVIA CULLACAY

AÑO

2021

GUAYAQUIL - ECUADOR

DEDICATORIA

Este trabajo esta dedicado en primer lugar a DIOS Todo poderoso que me ha dado vida y me ha permitido realizar mi especialidad guiandome siempre por el buen camino.

A mi esposo Holger Vera por su paciencia , comprension sin limites pero sobre todo por el cariño y apoyo que me a dado en todos mis proyectos academicos.

YADIRA

AGRADECIMIENTOS

Mi agradecimiento eterno a mi familia porque nunca lo habría logrado sin ellos, especialmente mis padres que son el soporte vital en mi formación como persona y profesional.

A mi querido Hospital General Guasmo sur, por recibirme con los brazos abiertos para alcanzar este sueño anhelado de tener una especialidad.

A la Dra. Rita Solís mi coordinadora de postgrado, por creer siempre en mí y enseñarme con mucha paciencia la importancia de esta noble profesión, fue mi guía, y me apoyo siempre que lo necesite, gracias por su amistad incondicional.

A mi tutora Dra. Silvia Cullacay y a mi revisor de tesis Dr. Ángel Ortiz porque gracias a ellos pude culminar con éxito este gran proyecto para lograr mi titulación.

YADIRA

RESUMEN

Antecedentes: La incontinencia urinaria tiene una influencia significativa en el bienestar de las mujeres afectadas. Ninguna modalidad de imagen estándar es obligatoria en la evaluación inicial de pacientes con incontinencia urinaria. Se ha propuesto la ecografía transperineal como un método fiable para evaluar la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina. **Objetivo:** Este estudio se realizará con el objetivo de analizar la utilidad de la ecografía transperineal y pélvica en el estudio de la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres de 40 a 70 años. **Metodología:** empleada fue la descriptiva, correlacional y prospectiva. El universo y muestra comprende a 112 pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo y valoración ecografía transperineal y pélvica que acuden a la consulta externa del servicio de urología y ginecología del Hospital General Guasmo Sur en el período de enero a septiembre del 2021. **Resultados:** la población analizada presentó un rango de edad prevalente entre 60 a 70 años, de los cuáles el 52% eran del grupo de edad entre 51 a 60 años, el 31% se encontraban en el grupo entre 40 a 50 años y el 17% entre 61 a 70 años, de acuerdo al diagnóstico, el 37% tenían miomatosis uterina, el 30% tenían incontinencia urinaria, 17% tenían un estudio normal, 14% tenían prolapso genital y el 2% prolapso rectal. Se encontró que el eco transperineal es capaz de confirmar el diagnóstico en un 97% como lo indican los verdaderos casos positivos y un 94% descartar los casos negativos. Además, el coeficiente de probabilidad para que un test sea positivo en un paciente con incontinencia urinaria es de 31,33 y que sea negativo 0,06 y un Odd ratio de 1,06 indicando una alta probabilidad de diagnóstico de incontinencia urinaria. **Conclusión:** En esta investigación se ha confirmado la hipótesis planteada demostrando que la técnica de eco transperineal tiene una alta especificidad y sensibilidad para el diagnóstico de incontinencia urinaria, siendo mucho más alta en especificidad que la técnica de eco sonografía pélvica.

Palabras clave: Ecografía transperineal y pélvica; incontinencia urinaria de esfuerzo; Estudio urodinámico; Diagnóstico.

ABSTRACT

Background: Urinary incontinence has a significant influence on the well-being of affected women. No standard imaging modality is mandatory in the initial evaluation of patients with urinary incontinence. Transperineal ultrasound has been proposed as a reliable method to assess female stress urinary incontinence. **Objective:** This study will be carried out with the objective of analyzing the usefulness of transperineal and pelvic ultrasound in the study of stress urinary incontinence in women between 40 and 70 years of age. **Methodology:** used was descriptive, correlational and prospective. The universe and sample comprises 112 patients with stress urinary incontinence and transperineal and pelvic ultrasound evaluation who attend the outpatient clinic of the urology and gynecology service of the Guasmo Sur General Hospital in the period from January to September 2021. **Results:** the population analyzed presented a prevalent age range between 60 to 70 years, of which 52% were from the age group between 51 to 60 years, 31% were in the group between 40 to 50 years and 17% between 61 to 70 years old, according to the diagnosis, 37% had uterine myomatosis, 30% had urinary incontinence, 17% had a normal study, 14% had genital prolapse and 2% rectal prolapse. It was found that the transperineal echo is capable of confirming the diagnosis in 97% as indicated by the true positive cases and 94% ruling out the negative cases. In addition, the probability coefficient for a test to be positive in a patient with urinary incontinence is 31.33 and for it to be negative 0.06 and an Odd ratio of 1.06 indicating a high probability of a diagnosis of urinary incontinence. **Conclusion:** In this investigation, the proposed hypothesis has been confirmed, showing that the transperineal echo technique has a high specificity and sensitivity for the diagnosis of urinary incontinence, being much higher in specificity than the pelvic echo sonography technique.

Keywords: Transperineal and pelvic ultrasound; stress urinary incontinence; Urodynamic study; Diagnosis.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vii
ÍNDICE DE TABLAS	x
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xi
TABLA DE FIGURAS	xii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
EL PROBLEMA	3
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.3 JUSTIFICACIÓN	4
1,4 OBJETIVO GENERAL	5
1.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
CAPÍTULO II	7
MARCO TEÓRICO.....	7
2.1. TEORÍAS GENERALES	7
2.1.1. Definición de incontinencia urinaria	7
2.1.2. Signos de incontinencia urinaria	8
2.1.3. Fisiología de la incontinencia urinaria	9
2.1.4. Causas.....	10
2.1.5. Tratamiento de la incontinencia urinaria	11
2.1.6. Prevención de la incontinencia urinaria	12
2.1.7. Pruebas de incontinencia urinaria.....	12

2.2. Anatomía del suelo pélvico en la mujer.....	13
2.2.1. Apoyos musculares del suelo pélvico	14
2.3. TEORÍAS SUSTANTIVAS	21
2.3.1. Ecografía transperineal.....	21
2.4. REFERENTES EMPÍRICOS.....	23
2.5. HIPÓTESIS.....	27
2.6. VARIABLES	27
2.7. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	28
2.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES	30
CAPÍTULO III	32
MATERIALES Y METODOS	32
3.1. LOCALIZACIÓN.....	32
3.2. UNIVERSO	32
3.3. MUESTRA.....	32
3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	32
3.5. CRITERIOS DE EXCLUSION	33
3.6. VIABILIDAD	33
3.7. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	33
CAPÍTULO IV.....	35
RESULTADOS Y DISCUSION.....	35
4.1. Características demográficas.....	35
4.2. Sensibilidad y especificidad del Eco- tranperineal	38
4.3. Sensibilidad y especificidad del Eco pélvico	38
4.4. Función sexual de las mujeres con: prolapso de órganos pélvicos (POP), Incontinencia urinaria y/ o fecal.....	39
4.4.1. Mujeres que no son sexualmente activas.....	40
4.4.2. Mujeres sexualmente activas	45

DISCUSIÓN	59
CONCLUSIONES.....	63
RECOMENDACIONES	65
BIBLIOGRAFÍA	66
ANEXOS	70

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Incontinencia urinaria	9
Tabla 2 Diagnóstico de incontinencia urinaria	35
Tabla 3 Edad de los pacientes	36
Tabla 4 Multiparidad.....	37
Tabla 5 Sensibilidad y especificidad del Eco- tranperineal.....	38
Tabla 6 Sensibilidad y especificidad del Eco- pélvico	38
Tabla 7 Situación actual	39
Tabla 8 Razón para no tener vida sexual.....	40
Tabla 9 Cuánto limita su actividad sexual	41
Tabla 10 Cómo se siente respecto a su vida sexual	42
Tabla 11 Sentimientos de frustración	43
Tabla 12 En qué medida le molesta no tener actividad sexual	44
Tabla 13 Estimulación sexual.....	45
Tabla 14 Cómo se siente cuando tiene actividad sexual.....	46
Tabla 15 Frecuencia con que tiene escape de orina.....	47
Tabla 16 Cómo son sus orgasmos.....	48
Tabla 17 Frecuencia con que siente dolor	49
Tabla 18 Tiene pareja sexual	50
Tabla 19 Frecuencia en que su pareja tiene problemas.....	51
Tabla 20 Su pareja le influye positiva o negativamente	52
Tabla 21 Frecuencia con que siente que quiere más actividad sexual	53
Tabla 22 Frecuencia en que tiene deseo sexual.....	54
Tabla 23 Cómo evalúa su deseo sexual	55
Tabla 24 Limitación de su actividad sexual	56
Tabla 25 Cómo se siente respecto a su vida sexual	57
Tabla 26 Sentimientos respecto a su vida sexual	58

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico No. 1 Diagnóstico de incontinencia urinaria.....	35
Gráfico No. 2 Edad de los pacientes	36
Gráfico No. 3 Multiparidad de los pacientes.....	37
Gráfico No. 4 Situación actual.....	39
Gráfico No. 5 Razón para no tener vida sexual.....	40
Gráfico No. 6 Cuánto limita su actividad sexual	41
Gráfico No. 7 Cómo se siente respecto a su vida sexual.....	42
Gráfico No. 8 En qué medida le molesta no tener actividad sexual	44
Gráfico No. 9 Estimulación sexual.....	45
Gráfico No. 10 Frecuencia con que tiene escape de orina.....	47
Gráfico No. 11 Cómo son sus orgasmos.....	48
Gráfico No. 12 Frecuencia con que siente dolor	49
Gráfico No. 13 Tiene pareja sexual	50
Gráfico No. 14 Frecuencia en que su pareja tiene problemas	51
Gráfico No. 15 Frecuencia con que siente que quiere más actividad sexual	53
Gráfico No. 16 Frecuencia en que tiene deseo sexual.....	54
Gráfico No. 17 Cómo evalúa su deseo sexual	55
Gráfico No. 18 Limitación de su actividad sexual	56
Gráfico No. 19 Cómo se siente respecto a su actividad sexual	57

TABLA DE FIGURAS

Figura No. 1 Pelvis femenina	14
Figura No. 2 Soporte del suelo pélvico.....	16
Figura No. 3 Piso pélvico	17
Figura No. 4 Mecanismo de continencia	21
Figura No. 5 Ecografía	22
Figura No. 6 Ultrasonido transperineal 2D - Dibujo esquemático.....	23

INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra. El trastorno es más común en mujeres y se manifiesta en la quinta o sexta década de la vida y en mujeres más jóvenes (Varella, 2020).

La Organización Mundial de la Salud estima que unos 200 millones de personas sufren de incontinencia urinaria, independientemente de la edad y del sexo, siendo la población más afectada el sexo femenino; las tasas de prevalencia son elevadas, alcanzando hasta un 69 % en la población femenina, su prevalencia aumenta con la edad a partir de la menopausia , por paridad, por enfermedades como la diabetes, los accidentes cerebrovasculares (ictus) y la obesidad también se asocian con una mayor incidencia de incontinencia urinaria. (Castañeda, Martínez, & García, 2016).

Mundialmente en la población de personas entre 60 y 74 años, el 9% de los hombres y el 22% de las mujeres han tenido incontinencia urinaria. Finalmente, en un estudio realizado con mujeres de 40 a 57 años reveló que sufrieron un promedio de cinco años antes de reportar el problema y que el 61% de ellas nunca había reportado el problema a su médico de familia.

Estudios realizados en el Ecuador, demostró que la incontinencia urinaria, o aparición de pérdidas de orina al menos una vez en los últimos 12 meses, afecta al 5%-69% de las mujeres y al 1%-39% de los varones. Sin embargo, la incidencia anual en las mujeres oscila entre el 2 % y el 11 %; la incidencia máxima se da durante el embarazo. (Trujillo, 2016).

La aparición de la ecografía pélvica y transperineal, su bajo coste, inmediatez, ausencia de irradiación y efectos secundarios, baja invasividad y disponibilidad en los servicios de Urología y Ginecología amplia hicieron que esta ganara fuerza en el estudio morfológico del tracto urinario inferior. Se ha usado la ecografía, en el estudio de la posición del cuello vesical y uretra en la IUF (Brennan, 2021).

Debido al temor constante de tener alguna pérdida de orina, las mujeres incontinentes, especialmente las sexualmente activas, afectan su calidad de vida con el temor de perder orina durante las relaciones sexuales o tener que interrumpir el acto para orinar y, por ende, disgustar al compañero. Esto conduce a la vergüenza y

hace que eviten el sexo por vergüenza. La mayoría no pierde orina durante el coito, pero el simple hecho de que exista incontinencia hace que prefieran evitar el contacto con su pareja (Fielding & Dumanli, 2015).

Debido a todos estos problemas que se presentan, este estudio tiene el propósito de demostrar que la ecografía transperineal y pélvica son sensibles y específicas para el diagnóstico de la IU en mujeres de 40 a 70 años. La ecografía de la unión uretrovesical y de la uretra proximal puede considerarse un método eficaz para evaluar las mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La incontinencia urinaria se define como la pérdida involuntaria de orina, existiendo múltiples causas posibles para esta patología. Puede aparecer a cualquier edad y puede ser un episodio transitorio (p. ej. asociado a infección urinaria) o prolongado en el tiempo (p. ej. debilitamiento de los músculos pélvicos). Es más común entre mujeres, y se estima que afecta a alrededor del 20% de la población mayor de 40 años. Las pérdidas pueden variar desde fugas ocasionales de bajo volumen hasta pérdidas grandes y muy frecuentes (Varella, 2020). Por ser esta un problema social y médico importante, llevo al interés de la realización de esta investigación.

La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) en la mujer determina cambios significativos en su calidad de vida, siendo responsable del aumento de la incidencia de trastornos psicosociales y sexuales como pérdida de autoestima y depresión. La historia clínica y el examen físico completo son fundamentales en la evaluación de estos casos.

La incontinencia urinaria es una condición médica con problemas sociales, causa principalmente disminución de la libido; la pérdida del control de la vejiga o la fuga involuntaria de orina por la uretra que se produce debido a una presión extra sobre el abdomen durante las relaciones sexuales en pacientes con esta afección, que puede llegar incluso a provocar la suspensión de las relaciones sexuales (Bø & Sherburn, 2015).

La disfunción sexual relacionada con la incontinencia también se asocia con depresión y ansiedad. Se estima que aproximadamente 1 (una) de cada 3 mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo pierden orina durante las relaciones sexuales. Pero lo importante es que esta condición generalmente se puede tratar y superar.

Vivir con episodios de pérdida involuntaria de orina puede generar sentimientos como malestar y vergüenza, que pueden afectar la vida social y profesional y también pueden repercutir negativamente en la vida sexual.

El propósito de esta investigación es proporcionar información útil a los médicos sobre La ecografía transperineal y pélvica ya que es un examen simple, no invasivo y de fácil realización por lo que es viable y se puede utilizar en el diagnóstico de incontinencia de forma tal que quien la padece mejore su calidad de vida.

1.2. Preguntas de investigación

¿Es posible determinar la utilidad de la ecografía transperineal y pélvica para el diagnóstico oportuno de la incontinencia urinaria?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Diversos son los factores que han intervenido en la realización de este estudio. El vínculo de todos ellos ha llevado a considerar este tema relevante e interesante. La causa fundamental que ha justificado esta investigación es la de contribuir a conocer y profundizar en esta temática de la Incontinencia urinaria. Esto traerá una aportación científica para los profesionales de la salud especialmente urólogos y ginecólogos del Hospital General Guasmo sur, ayudándoles a diagnosticar siendo menos invasivos, y orientándoles eficazmente en los problemas que se dan en la población femenina de entre 40 a 70 años de edad que se atienden en este hospital.

El diagnóstico temprano de la IU trae grandes beneficios para la persona que lo padece y su pareja ya que esto contribuye a mejorar su calidad de vida, sexualidad, hábitos diarios y su autoestima, debido a que esta constituye un problema que afecta a un sector amplio de la población del Guasmo Sur.

La ecografía pélvica es la más usada de las diversas vías de evaluación en IUF, por su baja invasividad y poca distorsión de los tejidos y bajo costo, la ecografía transperineal es un examen simple de bajo costo, no invasivo, y fácil realización, es ideal para exploración del suelo de la pelvis permite determinar la posición y movilidad

de los órganos pelvianos en reposo, y evaluar la continencia urinaria y el prolapso. Se puede medir la rotación de la uretra comparando los ángulos de inclinación en reposo y con Valsalva, el ángulo retrovesical en ambas situaciones, la aparición de embudización con el Valsalva. Los datos de la ecografía del descenso del cuello vesical, embudización y fuga de orina se correlacionan bien con los hallazgos radiológicos.

Para la realización de esta investigación se cuenta con todos los recursos materiales y humanos, además de la aprobación del director, jefe de docencia y departamento de urología y ginecología del Hospital General de Guasmo Sur. Donde la ecografía desempeña un papel fundamental para el diagnóstico correcto de la incontinencia urinaria.

1,4 OBJETIVO GENERAL

- Analizar la utilidad de la ecografía transperineal y pélvica en el estudio de la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres de 40 a 70 años en el Hospital General Guasmo Sur durante el período de noviembre del 2020 a noviembre del 2021.

1.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir las características demográficas y clínicas de pacientes con incontinencia urinaria de 40 a 70 años.
2. Identificar los factores de riesgos en pacientes con incontinencia urinaria.
3. Determinar la sensibilidad y especificidad de la ecografía transperineal con la ecografía pélvica como instrumento para la detección y diagnóstico de la incontinencia urinaria.
4. Establecer el funcionamiento sexual en las pacientes con incontinencia urinaria mediante la aplicación de la encuesta PIS-QUIR.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. TEORÍAS GENERALES

2.1.1. Definición de incontinencia urinaria

La incontinencia urinaria es el paso involuntario de orina. Se cree que es un problema común que afecta a millones de personas. Se define como cualquier pérdida involuntaria de orina que causa incomodidad social o higiénica para el paciente y puede demostrarse objetivamente (Bump, Mattiasson, & Bø, 2015).

Hay varios tipos de incontinencia urinaria, que incluyen:

Incontinencia de esfuerzo: cuando la orina se escapa en momentos en que la vejiga está bajo presión; por ejemplo, cuando tose o se ríe.

Incontinencia de urgencia: cuando la orina se escapa cuando siente una necesidad repentina e intensa de orinar, o poco después.

Incontinencia por rebosamiento (retención urinaria crónica): cuando no puede vaciar completamente la vejiga, lo que provoca fugas frecuentes.

Incontinencia total: cuando su vejiga no puede almacenar nada de orina, lo que hace que orine constantemente o tenga fugas frecuentes (Falah & Reeves, 2021).

La incontinencia de esfuerzo suele ser el resultado del debilitamiento o daño de los músculos que se utilizan para evitar la micción, como los músculos del piso pélvico y el esfínter uretral. La incontinencia de urgencia suele ser el resultado de la hiperactividad de los músculos detrusores, que controlan la vejiga. La incontinencia por rebosamiento a menudo es causada por una obstrucción o bloqueo en la vejiga, lo que impide que se vacíe por completo. La incontinencia total puede ser causada por un problema con la vejiga desde el nacimiento, una lesión en la columna o un pequeño orificio similar a un túnel que se puede formar entre la vejiga y un área cercana (fístula) (Goepel, Hefler, & Methfessel, 2015).

La incontinencia urinaria es una pérdida del control de la vejiga que da como resultado una pérdida de orina. Los cuatro tipos de incontinencia urinaria son incontinencia de esfuerzo, incontinencia por rebosamiento, vejiga hiperactiva e incontinencia funcional. La incontinencia urinaria es la pérdida del control de la vejiga que provoca pérdidas accidentales de orina (Brennan, 2021).

La incontinencia urinaria es la pérdida del control de la vejiga que provoca pérdidas accidentales de orina. Afecta al doble de mujeres que de hombres porque el embarazo, el parto y la menopausia pueden afectar la vejiga y otros órganos urinarios. Puede ocurrir en cualquier momento y no está asociado con el envejecimiento, pero afecta principalmente a mujeres mayores (Falah & Reeves, 2021).

La incontinencia urinaria de esfuerzo (SUI) es una pérdida de orina durante momentos de actividad física que aumenta la presión abdominal, como toser, estornudar, reír o hacer ejercicio. La SUI es el tipo más común de incontinencia urinaria en las mujeres.

La IUE puede ocurrir cuando los tejidos y músculos pélvicos, que sostienen la vejiga y la uretra, se debilitan y permiten que el "cuello" de la vejiga (donde se cruzan la vejiga y la uretra) descienda durante las ráfagas de actividad física. Este descenso puede evitar que la uretra funcione correctamente para controlar el flujo de orina. La IUE también puede ocurrir cuando el músculo esfínter que controla la uretra se debilita. El músculo del esfínter debilitado no puede detener el flujo de orina en circunstancias normales y cuando hay un aumento de la presión abdominal. La debilidad puede ocurrir por el embarazo, el parto, el envejecimiento o una cirugía pélvica previa. Otros factores de riesgo de IUE incluyen tos o esfuerzo crónico, obesidad y tabaquismo (Álvarez & Chiharu, 2015).

2.1.2. Signos de incontinencia urinaria

La incontinencia urinaria no es una enfermedad en sí misma, pero puede ser un síntoma de un problema subyacente. El tipo de síntomas que tenga le ayudará a determinar el tipo de incontinencia urinaria.

Algunos síntomas pueden incluir:

- Necesidad repentina e incontrolable de orinar.

- Pérdida de orina al hacer ejercicio, estornudar o toser.
- Micción frecuente.
- Regate constante.
- Incapacidad para vaciar la vejiga.
- Enuresis (Brennan, 2021).

2.1.3. Fisiología de la incontinencia urinaria

El almacenamiento de orina y el posterior vaciado de la vejiga es un proceso fisiológicamente complejo y, para que se produzca adecuadamente, es necesario que trabajen diferentes músculos, nervios parasimpáticos, simpáticos, somáticos y sensoriales juntos. La falla de cualquiera de estas estructuras puede culminar en el desarrollo de la IU. Considerando esto, la interfaz de usuario puede dividirse en cinco tipos clínicos distintos, de acuerdo con el mecanismo fisiopatológico involucrados (Tabla 1).

Tabla 1 Incontinencia urinaria

Tipos	Clínica	Mecanismo
Incontinencia urinaria de esfuerzo	Pérdida involuntaria de orina causadas por situaciones que conducen a un aumento de la presión intravesical, como toser, estornudar, levantar peso, senderismo, entre otros.	Causado por la caída de presión uretral, que se vuelve incapaz de impedir el paso de la orina durante realización de actividades que aumentan la presión intravesical, como toser y estornudar.
Incontinencia urinaria de urgencia	Necesidad repentina, intensa e imperiosa de orinar. El paciente involuntariamente pierde orina, no tiene suficiente tiempo para llegar al baño.	Por trastornos neurológicos hiperactividad sensorial o motora del musculo detrusor.
Incontinencia urinaria mixta	Características simultáneas de	Mecanismos fisiopatológicos mixtos de

	incontinencia urinaria de esfuerzo y de urgencia	Incontinencia urinaria de esfuerzo y urgencia.
Incontinencia urinaria paradójico	El paciente tiene ganas de orinar, pero solo puede eliminar gotas de orina	La vejiga no puede ser vaciado, por problemas neurológicos u obstrucciones infravesicales. Cuando ella está completamente llena, la orina se desborda involuntariamente.
Incontinencia urinaria continua	Perdida urinaria constante	Causado por daños graves en el sistema. Esfínter, que puede ser secundario a resecciones pélvicas o traumatismos genitales. La presión uretral se vuelve incapaz de detener el flujo de orina.

Fuente: (Falah & Reeves, 2021)

2.1.4. Causas

La eliminación de orina está controlada por el sistema nervioso autónomo, pero puede verse comprometida en las siguientes situaciones:

1. Afectación de los músculos del esfínter o del suelo pélvico;
2. Embarazo y parto;
3. Tumores malignos y benignos;
4. Enfermedades que comprimen la vejiga;
5. Obesidad;

6. Tos crónica de fumadores;
7. Condiciones pulmonares obstructivas que generan presión abdominal;
8. Vejigas hiperactivas que se contraen independientemente de la voluntad del portador;
9. Procedimientos quirúrgicos o irradiación que dañan los nervios del esfínter masculino (Fielding & Dumanli, 2015).

2.1.5. Tratamiento de la incontinencia urinaria

Tratamientos no quirúrgicos

Inicialmente, el médico de cabecera puede sugerir algunas medidas simples para ver si ayudan a mejorar sus síntomas.

Estos pueden incluir:

Cambios en el estilo de vida, como perder peso y reducir el consumo de cafeína y alcohol.

Ejercicios del suelo pélvico, en los que fortaleces los músculos del suelo pélvico apretándolos.

Entrenamiento de la vejiga, donde aprende formas de esperar más tiempo entre la necesidad de orinar y el paso de la orina.

También puede beneficiarse del uso de productos para la incontinencia, como almohadillas absorbentes y urinarios de mano.

Es posible que le recomienden medicamentos si aún no puede controlar sus síntomas (Akyuz & Gurcan, 2021).

Tratamientos quirúrgicos

También se puede considerar la cirugía. Los procedimientos adecuados para usted dependerán del tipo de incontinencia que tenga.

El tratamiento quirúrgico para la incontinencia de esfuerzo, como un procedimiento de cabestrillo, se usa para reducir la presión sobre la vejiga o fortalecer los músculos que controlan la micción.

La cirugía para tratar la incontinencia de urgencia incluye agrandar la vejiga o implantar un dispositivo que estimula el nervio que controla los músculos detrusores (Bump, Mattiasson, & Bø, 2015).

2.1.6. Prevención de la incontinencia urinaria

No siempre es posible prevenir la incontinencia urinaria, pero hay algunos pasos que puede seguir que pueden ayudar a reducir la probabilidad de que suceda.

Éstos incluyen:

Mantener un peso saludable.

Evitar o reducir el consumo de alcohol.

Mantenerse activo, en particular, asegurándose de que los músculos del suelo pélvico sean fuertes (Falah & Reeves, 2021).

Recomendaciones:

- Busque un médico para el diagnóstico e identificación de la causa y el tipo de pérdida urinaria que tiene;
- No creas que la incontinencia urinaria es un mal inevitable en la vida de las mujeres a partir de los 50, 60 años. Si el trastorno se trata adecuadamente, la calidad de vida mejorará mucho;
- Considerar los factores que conducen a la incontinencia urinaria en el anciano –uso de diuréticos, ingesta de agua, situaciones de demencia y delirio, problemas de locomoción– y tratar de soslayarlos. A veces, la pérdida de orina en este grupo de edad es más un problema social que físico;
- Evitar la obesidad y el sedentarismo, controlar el aumento de peso durante el embarazo, practicar ejercicios de fisioterapia para fortalecer el suelo pélvico, son medidas que pueden ser útiles para prevenir la incontinencia urinaria (Peiró, 2018).

2.1.7. Pruebas de incontinencia urinaria

Su médico tomará una lista de sus síntomas y su historial médico y personal para determinar cualquier factor relacionado con su afección. También pueden realizar un

examen de próstata o pélvico interno para verificar si hay signos de la causa de su incontinencia (Bump, Mattiasson, & Bø, 2015).

Su médico también puede realizar algunas de las siguientes pruebas:

Análisis de orina y análisis de sangre: Su médico puede analizar una muestra de su orina para detectar infecciones y otras posibles causas de incontinencia.

Ultrasonidos: Una ecografía puede ser útil para detectar problemas estructurales en la pelvis o complicaciones en los órganos urinarios (riñones, vejiga y uretra).

Pruebas urodinámicas: Durante esta prueba, su médico puede llenar su vejiga con agua a través de un tubo delgado. Esto les permite verificar la cantidad de líquido y presión que puede contener su vejiga antes de que gotee.

Prueba de esfuerzo de la vejiga: Su médico puede pedirle que tosa, estornude o se empuje hacia abajo para ver si su vejiga gotea debido al estrés físico.

Cistoscopia: Su médico insertará un tubo con una cámara en su uretra para revisar su vejiga y uretra en busca de tejido dañado (Brennan, 2021).

2.2. Anatomía del suelo pélvico en la mujer

El mantenimiento de la continencia y la prevención del prolapso de órganos pélvicos dependen de los mecanismos de soporte del suelo pélvico. La pelvis ósea consta de 2 huesos innominados, o huesos de la cadera, que se fusionan con el sacro en la parte posterior y entre sí en la parte anterior en la sínfisis del pubis. Cada hueso innominado está compuesto por el ilion, el isquion y el pubis, que están conectados por cartílago en la juventud, pero fusionados en el adulto. La pelvis tiene 2 cuencas: la pelvis mayor (o mayor) y la pelvis menor (o menor). Las vísceras abdominales ocupan la pelvis mayor; la pelvis menor es la continuación más estrecha de la pelvis mayor en la parte inferior. La salida pélvica inferior está cerrada por el suelo pélvico (Soames, 2015).

La pelvis femenina (Figura 2A) tiene un diámetro más ancho y una forma más circular que la del hombre. La entrada más ancha facilita el enganche de la cabeza y el parto. La salida más ancha predispone a la posterior debilidad del suelo pélvico. Numerosas proyecciones y contornos proporcionan sitios de unión para ligamentos, músculos y

capas fasciales. Es de destacar el ligamento sacroespinoso delgado y triangular (Figura 2B), que se extiende desde las espinas isquiáticas hasta los márgenes laterales del sacro y el cóccix por delante del ligamento sacrotuberoso. Su superficie anterior es muscular y constituye el coccígeo; el ligamento se considera a menudo como la parte degenerada del músculo. Los agujeros ciáticos mayor y menor se encuentran por encima y por debajo del ligamento (Herschorn, 2015).

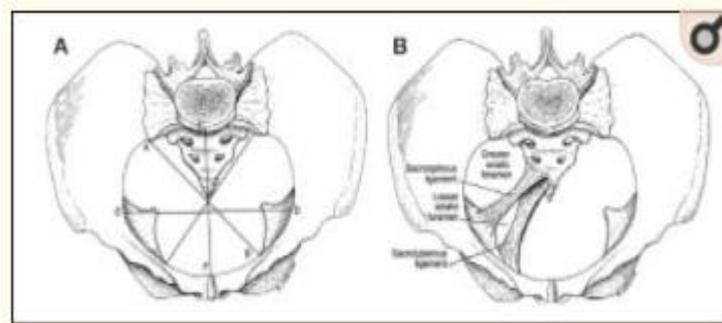


Figura No. 1 Pelvis femenina

Fuente: Herschorn (2015)

(A) Los diámetros de la pelvis menor femenina (apertura superior): A, articulación sacroilíaca; B, eminencia iliopúbica; C y D, medio del borde pélvico; E, promontorio sacro; F, sínfisis púbica. (B) La pelvis femenina desde arriba: el ligamento sacroespinoso se extiende desde las espinas isquiáticas hasta los márgenes laterales del sacro y el cóccix anteriormente hasta el ligamento sacrotuberoso, que se extiende desde la tuberosidad isquiática hasta el cóccix. Los agujeros ciáticos están por encima y por debajo del ligamento sacroespinoso y por delante del ligamento sacrotuberoso (Herschorn, 2015).

2.2.1. Apoyos musculares del suelo pélvico

Diafragma pélvico

Los músculos elevadores del ano y coccígeo que están unidos a la superficie interna de la pelvis menor forman el piso muscular de la pelvis. Con sus músculos correspondientes del lado opuesto, forman el diafragma pélvico (Figura 3). El elevador del ano está compuesto por 2 músculos principales de medial a lateral: los músculos pubococcígeo e iliococcígeo.

La porción medial más voluminosa del elevador del ano es el músculo pubococcígeo que surge de la parte posterior del cuerpo del pubis y la porción anterior del arco tendinoso. El arco tendinoso del elevador del ano es una estructura densa de tejido conectivo que se extiende desde la rama púbica hasta la espina ciática y recorre la superficie del músculo obturador interno. El músculo regresa casi horizontalmente a detrás del recto. El borde interno forma el margen del hiato elevador (urogenital), a través del cual pasa la uretra, la vagina y el ano (Herschorn, 2015).

Se han asignado varias subdivisiones musculares a las porciones mediales del pubococcígeo para reflejar las uniones del músculo a la uretra, la vagina, el ano y el recto. Algunos investigadores se refieren a estas porciones como pubouretral, pubovaginalis, puboanalis y puborrectalis. O colectivamente como pubovisceralis, debido a su asociación y unión a las vísceras de la línea media. La porción uretral forma parte de la musculatura periuretral, y las porciones vaginal y anorrectal se insertan en las paredes vaginales, el cuerpo perineal y el músculo esfínter anal externo. La porción puborrectal pasa por detrás del recto y se fusiona con su contraparte del lado opuesto para formar un cabestrillo detrás del anorrecto. Otras partes más posteriores del pubococcígeo se unen al cóccix (Strohbehn, 2015).

La parte lateral delgada del elevador del ano es el músculo iliococcígeo, que surge del arco tendinoso del elevador del ano hasta la espina ciática. Posteriormente se adhiere a los 2 últimos segmentos del cóccix. Las fibras de ambos lados también se fusionan para formar un rafe y contribuyen al ligamento anococcígeo. Este rafe medio entre el ano y el cóccix se llama placa elevadora y es el estante sobre el que descansan los órganos pélvicos. Está formado por la fusión del iliococcígeo y las fibras posteriores de los músculos pubococcígeos. Cuando el cuerpo está de pie, la placa elevadora está horizontal y sostiene el recto y los dos tercios superiores de la vagina por encima de ella. La debilidad del elevador del ano puede aflojar el cabestrillo detrás del anorrecto y hacer que la placa del elevador se hunda. Esto abre el hiato urogenital y predispone al prolapso de órganos pélvicos (Figura 4). Se ha demostrado que las mujeres con prolapso tienen un hiato urogenital agrandado en el examen clínico (Berglas & Rubin, 2015).

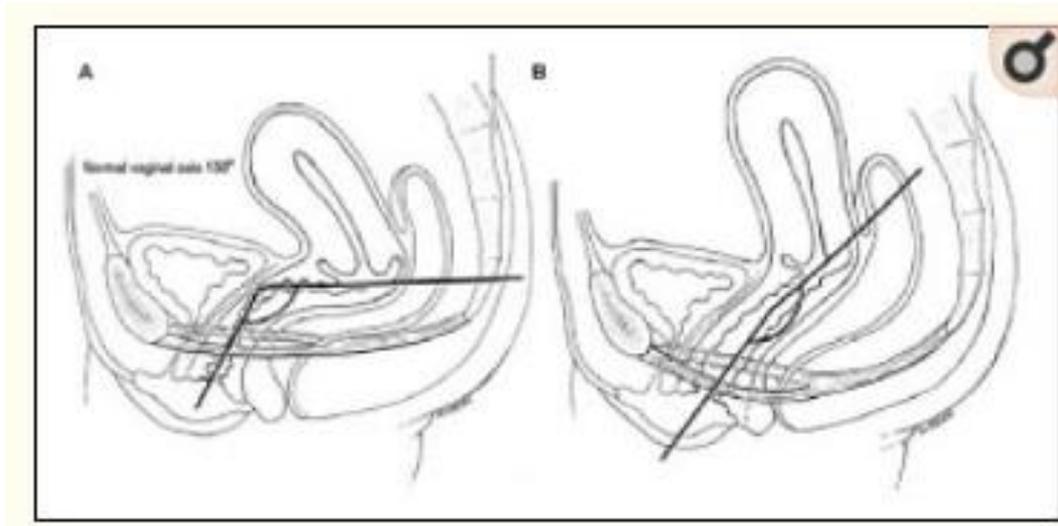


Figura No. 2 Soporte del suelo pélvico

Fuente: Herschorn (2015)

Soporte del suelo pélvico (sección medio sagital de la pelvis): (A) tono normal en el elevador del ano con ángulo anorrectal agudo y placa elevadora horizontal; observe el eje vaginal normal. (B) Con pérdida de tono en el elevador del ano, hay cambio en el eje vaginal, flacidez de la placa elevadora y agrandamiento del hiato urogenital (Herschorn, 2015).

El músculo coccígeo que se extiende desde la columna isquiática hasta el cóccix y la parte inferior del sacro forma la parte posterior del diafragma pélvico. Se asienta sobre la superficie anterior del ligamento sacroespinoso. La resonancia magnética (RM) tridimensional del diafragma pélvico (Figura 5) muestra sus inserciones periféricas y demuestra el hiato urogenital (Fielding & Dumanli, 2015).

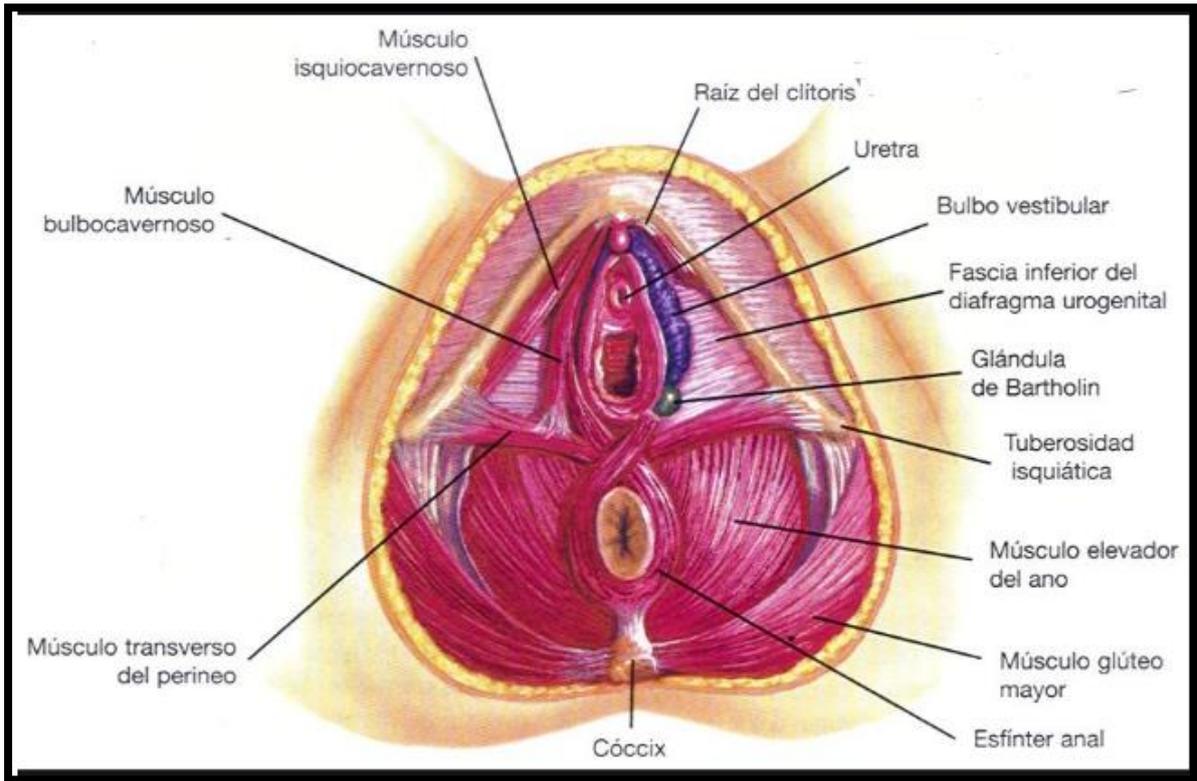


Figura No. 3 Piso pélvico

Fuente: Herschorn (2015)

La inervación directa del músculo elevador del ano en su superficie craneal proviene principalmente de las raíces nerviosas sacras tercero y cuarto a través del nervio pudendo. El puborrectal puede derivar algo si su inervación de una rama pudendo en el lado caudal. músculo estriado, se ha informado que la mayoría de las fibras musculares del elevador del ano son fibras de contracción lenta que mantienen un tono constante (tipo I), con una mayor densidad de fibras de contracción rápida (tipo II) distribuidas en la región periuretral y áreas perianales. Esto sugiere que el elevador del ano normal mantiene el tono en la posición erguida para sostener las vísceras pélvicas. Además, la compresión voluntaria del puborrectal puede aumentar el tono para contrarrestar el aumento de la presión intraabdominal (Herschorn, 2015).

Diafragma urogenital (membrana perineal)

Otra estructura musculofascial, el diafragma urogenital, está presente sobre la salida pélvica anterior debajo del diafragma pélvico. Sin embargo, existe controversia sobre si esta estructura contiene una lámina de músculo transversal que se extiende a través del arco púbico (músculo perineo transversal profundo) intercalada entre la

fascia superior e inferior o 3 músculos estriados contiguos (uretra compresora, uretra esfínter y uretra-vaginal) y una capa fascial inferior llamada membrana perineal. A pesar de la controversia, las resonancias magnéticas muestran claramente la estructura (Klutke & Siegel, 2015).

Los músculos isquiocavernoso y bulbocavernoso más superficiales, así como los delgados deslizamientos del perineo transverso superficial, completan la cara inferior del diafragma urogenital. La estructura cierra el espacio entre las ramas púbicas inferiores bilateralmente y el cuerpo perineal. Cierra el hiato urogenital (elevador); apoya y tiene un efecto de esfínter en la vagina distal; y, debido a que está adherido a los músculos estriados periuretrales, contribuye a la continencia. También proporciona soporte estructural para la uretra distal. El triángulo posterior alrededor del ano no tiene un diafragma o membrana correspondiente. Las fosas isquiorrectales son los espacios laterales al ano debajo del diafragma pélvico (Herschorn, 2015).

Cuerpo perineal

El cuerpo perineal es una estructura fibromuscular piramidal en la línea media entre el ano y la vagina con el tabique rectovaginal en su vértice cefálico.⁴ Debajo de este, los músculos y su fascia convergen y se entrelazan a través de la estructura. Unido al cuerpo perineal están el recto, los deslizamientos vaginales del pubococcígeo, los músculos perineales y el esfínter anal; también contiene músculo liso, fibras elásticas y terminaciones nerviosas. Durante el parto, el cuerpo perineal se distiende y luego retrocede. Es una parte importante del suelo pélvico; justo encima están la vagina y el útero. La debilidad adquirida del cuerpo perineal da lugar a la elongación y predispone a defectos como rectocele y enterocele la estructura muscular inferior, con la membrana perineal en la parte anterior y el esfínter anal en la parte posterior (Klutke & Siegel, 2015).

Apoyos de la fascia endopélvica y del tejido conectivo

La vejiga y la uretra, la vagina y el útero están unidos a las paredes pélvicas mediante un sistema de tejido conectivo que se ha denominado fascia endopélvica. Esta estructura se encuentra inmediatamente debajo del peritoneo y es una unidad continua con varios engrosamientos o condensaciones en áreas específicas. La fascia endopélvica es continua con la fascia visceral, que proporciona una cápsula

que contiene los órganos y permite desplazamientos y cambios de volumen. Las distintas regiones de esta estructura reciben nombres individuales, específicamente ligamentos y fascia, con estructura interna variable. La fascia y los ligamentos endopélvicos son un grupo de fibras de colágeno en forma de malla entrelazadas con elastina, células de músculo liso, fibroblastos y estructuras vasculares. Las estructuras que unen el útero a la pared pélvica, los ligamentos cardinales, obtienen fuerza del colágeno de soporte que forma las paredes de las arterias y venas. Otras estructuras, como la unión de la pared lateral pélvica de la fascia endopélvica (arco tendinoso de la fascia pélvica), son predominantemente colágeno fibroso (Norton, 2015).

Soportes anteriores

Los investigadores coinciden en que los soportes del tejido conectivo de la uretra, la vejiga y la vagina se extienden hasta el arco tendinoso de la fascia pélvica en el diafragma pélvico (Klutke & Siegel, 2015). El tejido de la pared vaginal, que cierra la brecha medialmente en el hiato urogenital, sostiene el cuello vesical y la uretra. Sin embargo, existe controversia al centrarse en las estructuras del tejido conectivo que se asocian con esta hamaca (Herschorn, 2015).

Los ligamentos pubouretrales son estructuras de tejido conectivo que se extienden desde la uretra hasta el hueso púbico. Varios autores las han descrito como estructuras encargadas de sostener la uretra y mantener cerrado el cuello vesical. Sin embargo, otros autores han descrito que el tejido conectivo entre la uretra proximal (y el cuello vesical) y el pubis contiene músculo liso y nervios colinérgicos que hacen que las estructuras sean más adecuadas para la apertura del cuello vesical durante la micción que para el soporte uretral. Debido a que hay una unión del tercio inferior de la uretra al pubis, se postula que hay 2 estructuras separadas: una para soporte en la uretra media o distal y otra cerca del cuello de la vejiga que puede abrirla durante la micción. El soporte distal se ha descrito como tejido conectivo que une la pared vaginal y el tejido periuretral con el arco tendinoso de la fascia pélvica y los músculos elevadores. Dado que el arco tendinoso se inserta en el hueso púbico, estos son los ligamentos que son palpables durante un período de tiempo disección retropúbica. Estos ligamentos son importantes para el soporte uretral (Mostwin & Yang, 2015).

Existe controversia con respecto a la cantidad de tejido de soporte o fascia en la pared vaginal anterior. Aunque la pared está compuesta por mucosa, muscular y adventicia y colinda con una disposición similar tanto en la uretra como en la vejiga, varios autores le han atribuido una capa fascial vaginal. Weber y Walters (1997) citaron muchos artículos en ambos lados de la controversia y no reportaron una capa fascial específica, mientras que De Lancey (1994) demostró una capa fascial suburetralmente en la pared vaginal anterior. Con o sin la capa fascial suburetral, la pared vaginal anterior sostiene la uretra mediante su unión lateral a los elevadores (pubococcígeo) y a la fascia endopélvica desde el arco tendinoso de la fascia pélvica. En esencia, es una hamaca doble. Paradójicamente, cuanto más avanzado es el prolapso, más engrosada e hipertrofiada está la capa submucosa vaginal (Herschorn, 2015).

Mecanismo de continencia

La “hipótesis de la hamaca” (Figura 6) es una forma fácil de entender para explicar el mecanismo de continencia. Los requisitos para la continencia incluyen una vejiga inactiva, soportes musculo fasciales funcionales y un mecanismo de esfínter uretral funcional. Las inserciones fasciales conectan el tejido periuretral y la pared vaginal anterior con el arco tendinoso en la pared lateral pélvica, mientras que las inserciones musculares conectan el tejido periuretral con el borde medial del elevador del ano. El soporte uretral es proporcionado por una acción coordinada de la fascia y los músculos actuando como una unidad integrada bajo control neural. Este soporte musculofascial proporciona una hamaca sobre la que se comprime la uretra durante los aumentos de la presión intraabdominal. Se puede suponer que el mecanismo del esfínter uretral es operativo y se suma al proceso. Además, el fallo de uno de los componentes de soporte no producirá invariablemente incontinencia de esfuerzo, debido al efecto compensador del otro componente. Esto puede explicar por qué algunas mujeres con hiperlaxitud no tienen incontinencia. También puede explicar por qué se pueden usar agentes inyectables en mujeres con hipermovilidad: el agente de carga puede mejorar la función del esfínter uretral (Mostwin & Yang, 2015).

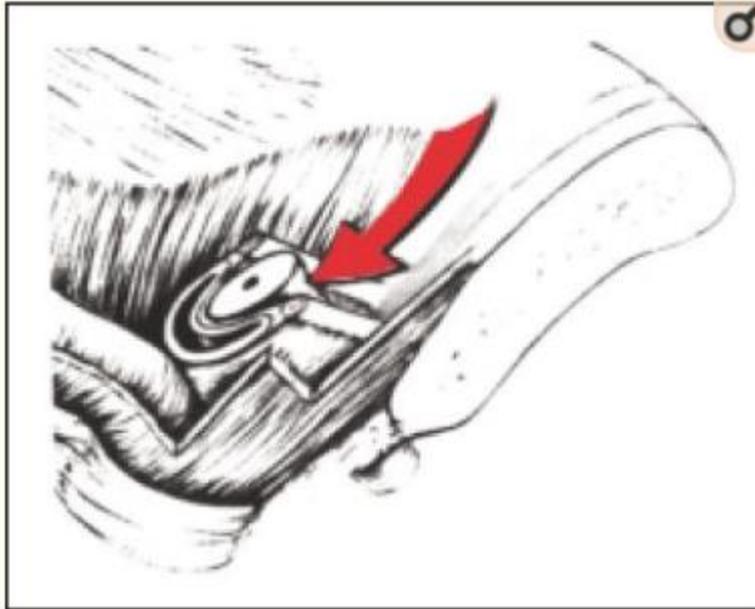


Figura No. 4 Mecanismo de continencia

Fuente: Herschorn (2015)

Vista lateral del piso pélvico con la uretra, la vagina y los tejidos fasciales seccionados a nivel del cuello vesical, extraída de una reconstrucción tridimensional que indica compresión de la uretra por fuerza hacia abajo (flecha) contra los tejidos de soporte.

El mayor conocimiento de la anatomía del suelo pélvico y del tracto urinario inferior ha permitido comprender mejor la fisiopatología de la incontinencia. Esto, a su vez, ha llevado al desarrollo de opciones de tratamiento más nuevas y mínimamente invasivas para la incontinencia de esfuerzo. Aunque estas opciones de tratamiento son ampliamente aplicables, no todos los pacientes son candidatos o responderán. Es en el contexto del paciente complejo con incontinencia con o sin prolapso de órganos pélvicos que el médico debe recurrir a sus conocimientos de anatomía para guiar la toma de decisiones sobre el tratamiento (Herschorn, 2015).

2.3. TEORÍAS SUSTANTIVAS

2.3.1. Ecografía transperineal

Esta es una exploración del piso pélvico usando una sonda manual o 'transductor' que se coloca en el perineo (el área entre la vagina y el ano). Facilita la visualización de la vejiga, uretra (conducto de la orina), vagina, cuello uterino, útero, periné, canal anal y músculos del suelo pélvico.

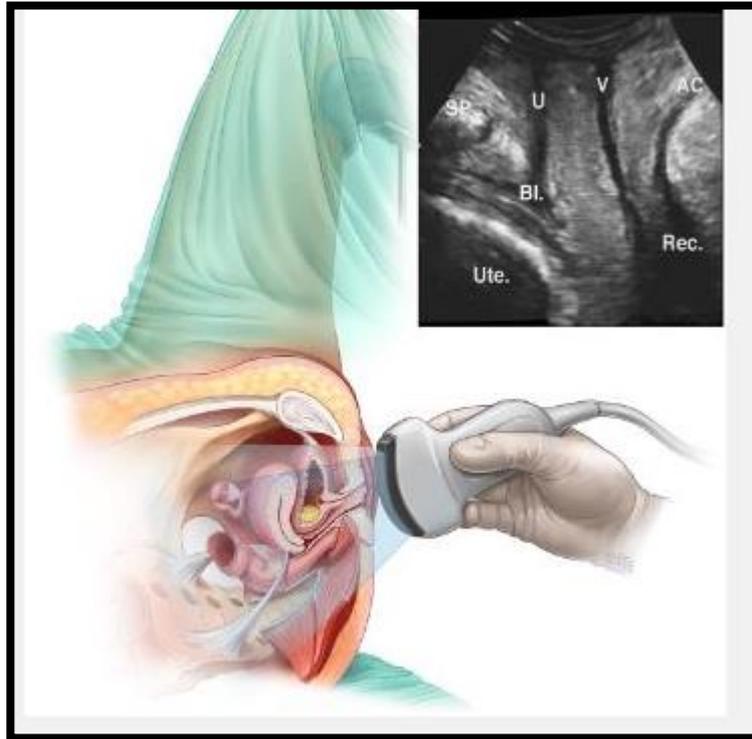


Figura No. 5 Ecografía

Fuente: Herschorn (2015)

La ecografía transperineal se realiza con el paciente colocado en posición de litotomía dorsal, con las caderas flexionadas y abducidas. Si es necesario, se puede examinar al paciente de pie, para maximizar el descenso de los órganos pélvicos, especialmente si al paciente le resulta difícil realizar una maniobra de Valsalva eficaz.

Los transductores convexos convencionales (frecuencias entre 3 y 6 MHz y campo de visión de al menos 70°) proporcionan imágenes 2D del suelo pélvico. La ecografía transperineal se realiza con el paciente colocado en posición de litotomía dorsal, con las caderas flexionadas y abducidas. Si es necesario, se puede examinar al paciente de pie para maximizar el descenso de los órganos pélvicos, especialmente si al paciente le resulta difícil realizar una maniobra de Valsalva eficaz. No se utiliza contraste rectal o vaginal. La ecografía perineal proporciona imágenes seccionales sagitales, coronales y oblicuas, siendo el plano sagital medio el más utilizado, ya que proporciona una evaluación general de todas las estructuras anatómicas (vejiga, uretra, paredes vaginales, canal anal y recto) entre la superficie posterior de la sínfisis del pubis y la parte posterior del elevador del ano (LA). La imagen generalmente se realiza en reposo, en la maniobra de Valsalva máxima y en la contracción de los

músculos del piso pélvico (PFMC). El acceso al plano sagital medio permite las siguientes valoraciones:

Integridad del cuerpo perineal: aparece como una estructura de forma triangular, ligeramente hiperecogénica anterior al esfínter anal;

Medida del ángulo anorrectal (ARA): formado por el eje longitudinal del canal anal y la pared posterior del recto;

Evaluación dinámica del compartimento posterior. Durante Valsalva es posible visualizar el descenso de un enterocele, evaluar el movimiento de la pared rectal anterior para detectar un rectocele y evaluar el movimiento de PR y ARA para diagnosticar disinergia del piso pélvico.

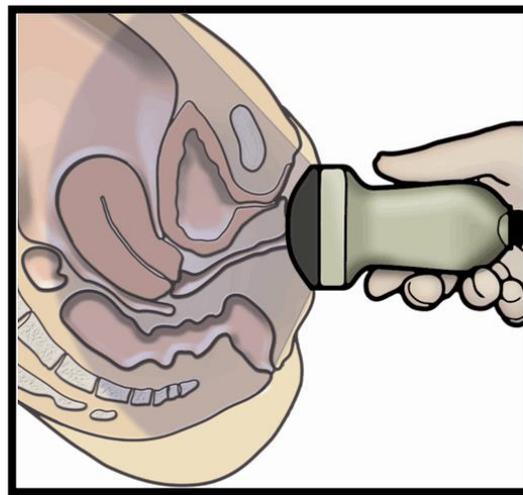


Figura No. 6 Ultrasonido transperineal 2D - Dibujo esquemático

Fuente: Herschorn (2015)

2.4. REFERENTES EMPÍRICOS

La incontinencia urinaria (IU) se define como cualquier pérdida involuntaria de orina que provoca incomodidad social o higiénica para el paciente y puede demostrarse objetivamente. Los estudios indican que hasta el 40% de las mujeres estadounidenses tienen algún grado de IU. Para que pacientes mantienen una adecuada capacidad de continencia urinaria, es necesario que varios músculos, nervios simpáticos, parasimpáticos y somáticos actúan juntos y armónicamente, y la falla de cualquiera de estas estructuras puede culminar en la pérdida involuntaria de orina. Teniendo en cuenta los diferentes mecanismos fisiopatológicos y las diferentes

posibles clínicas de IU, se puede subdividir en cinco tipos básicos: Incontinencia de esfuerzo, de urgencia, mixta, paradójica o continua. Este trastorno es más comúnmente en mujeres caucásicas con antecedentes familiares positivos, que demuestra la participación de factores hereditarios en su etiología. Entre los factores de riesgos ambientales, podemos mencionar: edad avanzada, práctica de actividades físicas de alto impacto, la alta paridad, la obesidad, el tabaquismo y la presencia de algunas enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus. En general, los episodios de incontinencia son responsables de gran vergüenza social de los pacientes afectados, lo que puede comprometer su vida en las esferas social, psicológica, física y económica. Aun así, muchos pacientes no entienden la IU como una enfermedad y creen que es solo una complicación natural del acto de envejecer. Esto es preocupante, ya que enmascara la verdadera gravedad del problema y hace que muchos profesionales de la salud subestimen y descuiden la IU. En las últimas décadas se han propuesto varios tratamientos conservadores, como terapias farmacológicas, uso de ejercicios específicos, biofeedback y estimulación eléctrica o magnética. A pesar de esto, la cirugía todavía se considera el método principal terapéutico para muchos de los pacientes afectados por IU (Fernández & Galván, 2019).

Se evaluó la utilidad de la ecografía transperineal tridimensional en la detección de incontinencia urinaria de esfuerzo oculta en mujeres sometidas a cirugía de reconstrucción del suelo pélvico anterior por cistocele grave. Se inscribieron 207 mujeres con cistocele en estadio III-IV sin incontinencia urinaria de esfuerzo. Una semana antes de la operación, los pacientes se sometieron a una ecografía del suelo pélvico. Medimos la distancia vertical entre el cuello de la vejiga y el margen posterior de la sínfisis púbica, el ángulo vesicouretral posterior, el ángulo de rotación uretral, la formación de la forma de embudo, el área del hiato y la longitud de la uretra y la forma de embudo. Después de la operación, los pacientes fueron evaluados por síntomas de incontinencia urinaria de esfuerzo y con la prueba de la almohadilla de 20 minutos. El ángulo vesicouretral posterior con maniobra de Valsalva, la diferencia en el ángulo vesicouretral posterior entre el estado de reposo y con el estado de Valsalva, y el ángulo de la uretra proximal fueron mayores en el grupo de incontinencia positiva que en el grupo de incontinencia negativa ($P < 0,05$). La uretra en forma de embudo fue más larga en el grupo con incontinencia positiva que en el grupo con incontinencia

negativa ($P < 0,05$). El valor de corte fue de $137,5^\circ$ para el ángulo vesicouretral posterior con maniobra de Valsalva, $39,5^\circ$ para la diferencia del ángulo vesicouretral posterior, $44,5^\circ$ para el ángulo de la uretra proximal y $0,35$ cm para la longitud de la forma de embudo. El análisis multivariado reveló que la diferencia entre el ángulo vesicouretral posterior en estado de reposo y con Valsalva, el ángulo de la uretra proximal y la longitud de la forma de embudo estaban fuertemente correlacionados con la incontinencia urinaria de esfuerzo oculta. La ecografía es un método eficaz para identificar la incontinencia urinaria de esfuerzo oculta (Yitong, Zhijun, & Xiaoyu, 2019).

Evaluar el uso de la ecografía transperineal en el diagnóstico de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) comparando el ángulo uretral (α), el ángulo uretrovesical posterior (β) y el descenso del cuello de la vejiga (BND) durante el reposo y la maniobra de Valsalva en mujeres continentales y mujeres con IUE. Este estudio observacional prospectivo se realizó con 50 mujeres con IUE y 50 mujeres continentales. Se realizó ecografía transperineal en reposo y durante la maniobra de Valsalva. Se realizó la prueba Q-tip. Durante la maniobra de Valsalva, los ángulos α y β fueron significativamente mayores en mujeres con IUE ($p < 0,001$). La diferencia entre las mediciones de Valsalva y de reposo de los ángulos α y β (R_α , R_β) también fue significativamente mayor en mujeres con IUE ($p < 0,001$). El punto de corte determinado para el R_α en el diagnóstico de incontinencia de esfuerzo fue de 16° (80% sensibilidad, 98% especificidad). Se encontró una fuerte correlación estadísticamente significativa entre el ángulo de prueba del hisopo y el valor de R_α ($p=0,000$; $r=0,890$). Las puntuaciones de dolor de la EVA del Q-tip fueron significativamente más altas que las puntuaciones de dolor de la EVA de la ecografía ($p < 0,001$). En relación con el descenso del cuello vesical, la comparación entre los dos grupos mostró que la BND fue significativamente mayor en el grupo IUE ($p < 0,001$). El punto de corte determinado para BND en el diagnóstico de IUE fue >11 mm (90% sensibilidad, 98% especificidad). La ultrasonografía transperineal es un método práctico, confiable, no invasivo y cómodo para la evaluación de la IUE. Tiene la ventaja de la evaluación dinámica durante la maniobra de Valsalva. Los ángulos de rotación y BND tienen alta sensibilidad y especificidad para la detección de SUI. El cambio en el ángulo α con Valsalva (R_α) se puede utilizar como alternativa a la prueba del Q-tip (Alper & Ayse, 2022).

El diagnóstico preciso y rápido de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) en las mujeres puede mejorar profundamente su vida sexual y psicosocial. En este estudio, el poder diagnóstico de la IUE se evaluó mediante ecografía transperineal. En este estudio de casos y controles basado en un hospital, las mujeres casadas que fueron remitidas a las salas de ginecología y ecografía con resultados negativos en el análisis de orina y el cultivo se inscribieron mediante un muestreo aleatorio. Los pacientes con signos de tos positivos según los datos de las pruebas urodinámicas se consideraron casos, mientras que las mujeres de control no mostraron síntomas de tos y fueron reclutadas de la misma sala. Hubo una diferencia significativa ($P < 0,001$) en el descenso del cuello vesical (media \pm DE, $10,89 \pm 5,51$ versus $7,08 \pm 2,60$ mm, respectivamente; $P = 0,0001$) y el ángulo retrovesical (β) con la maniobra de Valsalva ($144,22^\circ \pm 19,63^\circ$ versus $111,81^\circ \pm 24,47^\circ$; $p < 0,001$) entre los grupos de casos y controles. Además, el ángulo β sin la maniobra de Valsalva fue mayor en el grupo de casos ($112,35^\circ \pm 23,10^\circ$) que en el grupo control ($120,17^\circ \pm 25,16^\circ$; $p = 0,001$). No hubo ningún caso de fuga urinaria, diverticulitis uretral, cálculo o masa vesical y cistouretrocele en los pacientes de cada grupo. Los resultados de la regresión logística multivariante con un método hacia atrás mostraron que el descenso del cuello vesical (odds ratio [OR], 1,24; intervalo de confianza [IC] 95 %, 1,09–1,40), los ángulos β con y sin maniobra de Valsalva (OR, 1,1 , IC 95 %, 1,06–1,13 y OR, 1,04; IC 95 %, 1,01–1,06) fueron los predictores de IUE. Un ángulo β superior a 127° con la maniobra de Valsalva, con un área bajo la curva de 0,89 (IC 95 %, 0,75–0,96), podría predecir muy bien la respuesta de la IUE. Este hallazgo muestra que se puede utilizar muy bien para distinguir entre respuestas normales y anormales, con una sensibilidad del 89 % y una especificidad del 79 %. El ángulo β con la maniobra de Valsalva podría muy bien predecir la respuesta de la IUE (Elham & Ensi, 2022).

El objetivo del estudio fue comparar los hallazgos clínicos y ecográficos transperineales de mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo y controles normales. Entre 2004 y 2005, 40 mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo (edad media 47,5 años) diagnosticada por antecedentes a través de ICIQ-SF (Consulta internacional sobre el cuestionario de incontinencia-forma corta) y 40 voluntarias sanas sin incontinencia ni STUI (edad media 42,1 años) se sometió a una ecografía transperineal para determinar el ángulo uretrovesical posterior (beta), la canalización del cuello de la vejiga y la hipermovilidad de la uretra. Estos hallazgos se compararon

entre pacientes y controles con respecto a los datos clínicos. El ángulo beta mayor de 130°, la canalización del cuello de la vejiga y la hipermovilidad de la uretra con la ecografía transperineal fueron más comunes entre los casos que entre los controles. LR (Likelihood Ratio) para la incontinencia urinaria de estos parámetros fue de 2,5, 2,1 y 2, respectivamente. La ecografía perineal está altamente asociada con los hallazgos clínicos. La hipermovilidad de la uretra tuvo la mayor sensibilidad para el diagnóstico de la incontinencia urinaria de esfuerzo, pero la especificidad de la canalización del cuello de la vejiga en la ecografía perineal fue mayor (Hajebrahimi & Azaripour, 2021).

2.5. HIPÓTESIS

Mediante la ecografía transperineal y pélvica se diagnóstica con alta precisión la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres de 40 a 70.

2.6. VARIABLES

Edad.

Incontinencia urinaria de esfuerzo.

Multiparidad.

Menopausia.

Frecuencia miccional.

2.7. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
IUE	Pérdida involuntaria de orina por la uretra, sincrónica con el esfuerzo al estornudar o toser	Diagnóstico	Si No	Cualitativa
Multiparidad	Mujer que ha tenido dos o 3 partos normales	Número de hijos	1 2 3 o más	Cuantitativa
Edad de inicio de Menopausia	Se define como el cese permanente de la menstruación y tiene correlaciones fisiológicas, con la declinación de la secreción de	Edad	Años cumplidos	Cuantitativa

	estrógenos por pérdida de la función folicular			
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona.	Años cumplidos	40 a 50 51 a 60 61 a 70	Cuantitativa
Frecuencia Miccional	Número de veces que acude una persona necesita vaciado vesical	Número de micciones por día y noche	Total de micciones	Cuantitativa

2.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES

La investigación está encaminada a garantizar el ajuste de los aspectos éticos, metodológicos y jurídicos del estudio. Se toma este mecanismo formal de control y garantía del correcto desarrollo de las investigaciones biomédicas, habilitado legalmente con la intención de precautelar los derechos de los individuos comprometidos en dicho entorno. Los datos derivados del estudio serán utilizados con fines académicos y científicos, además de guardar el anonimato el nombre de los participantes.

La Constitución del Ecuador (2008) señala:

Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.

Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

Según la Ley Orgánica de Salud (2006) Plantea:

Art. 10.- Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley.

Art. 95.- La autoridad sanitaria nacional en coordinación con el Ministerio de Ambiente, establecerá las normas básicas para la preservación del ambiente en materias relacionadas con la salud humana, las mismas que serán de cumplimiento obligatorio para todas las personas naturales, entidades públicas, privadas y comunitarias.

El Estado a través de los organismos competentes y el sector privado está obligado a proporcionar a la población, información adecuada y veraz respecto del impacto ambiental y sus consecuencias para la salud individual y colectiva. (...)

CAPÍTULO III

MATERIALES Y METODOS

3.1. LOCALIZACIÓN

El presente trabajo se lleva a cabo en el Hospital General Guasmo Sur, ubicado en la ciudad de Guayaquil Ecuador, consta el hospital de 494 camas, al servicio de la comunidad.

3.2. UNIVERSO

El universo de este proyecto de investigación lo constituyen los pacientes entre 40 y 70 años con incontinencia urinaria de esfuerzo que acuden a la consulta externa del servicio de urología y ginecología del Hospital General Guasmo Sur en el período de noviembre del 2020 a noviembre del 2021. Para este estudio fue de 112 pacientes.

3.3. MUESTRA

La muestra se tomará de aquellos pacientes en los que se requiere la valoración ecografía transperineal y pélvica que cumplan los criterios de inclusión en el Hospital General Guasmo Sur. En este caso fueron 112 pacientes.

3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes femeninas en edades comprendidas entre los 40 y 70 años y afectadas por incontinencia urinaria de esfuerzo.

3.5. CRITERIOS DE EXCLUSION

Otras enfermedades que cursaban con incontinencia de orina que no debían recibir tratamiento rehabilitador, como los procesos oncoproliferativos y las incontinencias por lesión neurológica aguda en proceso evolutivo.

No cooperación de la paciente, por trastorno de conducta, psicológico o temor al uso del transductor de ultrasonido en la región perineal.

Otras enfermedades descompensadas que contraindicaban el uso de agentes físicos terapéuticos, como las cardiopatías, la diabetes mellitus, sepsis de la zona o general.

3.6. VIABILIDAD

Este estudio es viable porque es de interés para la institución como método diagnóstico y pronóstico, existen las autorizaciones correspondientes. Cumpliendo además con todos los protocolos de bioseguridad y garantizando los derechos de autonomía del paciente.

3.7. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de esta investigación está apoyado en los enfoques cuantitativo y cualitativo.

El enfoque cualitativo Sampieri (2017), expresa que este tiene como propósito la búsqueda de la recaudación de información sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación. Este enfoque se

refiere a la observación directa del fenómeno a investigar, el mismo que puede ser interpretado de acuerdo a las características que presente dicho hecho.

La investigación cuantitativa hace referencia al estudio empírico sistemático de los fenómenos sociales por medio de diferentes métodos matemáticos, estadísticos o informáticos. El interés de la investigación cuantitativa es desarrollar y emplear modelos matemáticos, teorías y/o hipótesis concernientes a los diferentes fenómenos de interés en la investigación (Sampieri, 2017).

La investigación es descriptiva, correlacional y prospectiva.

La investigación es descriptiva ya que facilita describir y observar el comportamiento de las variables objeto de estudio en los pacientes atendidos en el Hospital General Guasmo Sur.

El estudio es correlacional ya que permite hacer correlaciones entre los variables objetos de estudio (edad, incontinencia urinaria de esfuerzo, multiparidad, menopausia y frecuencia miccional).

Un estudio de cohorte prospectivo es un estudio de cohorte longitudinal que sigue en el tiempo a un grupo de individuos similares que difieren en ciertos factores bajo estudio para determinar cómo estos factores afectan las tasas de un resultado dado.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

4.1. Características demográficas

Tabla 2 Diagnóstico de incontinencia urinaria

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Incontinencia urinaria	34	30%
Prolapso genital	16	14%
Prolapso rectal	2	2%
Estudio normal	19	17%
Miomatosis uterina	41	37%
TOTAL	112	100%

Fuente: Investigación de campo
Elaborado por: Autora

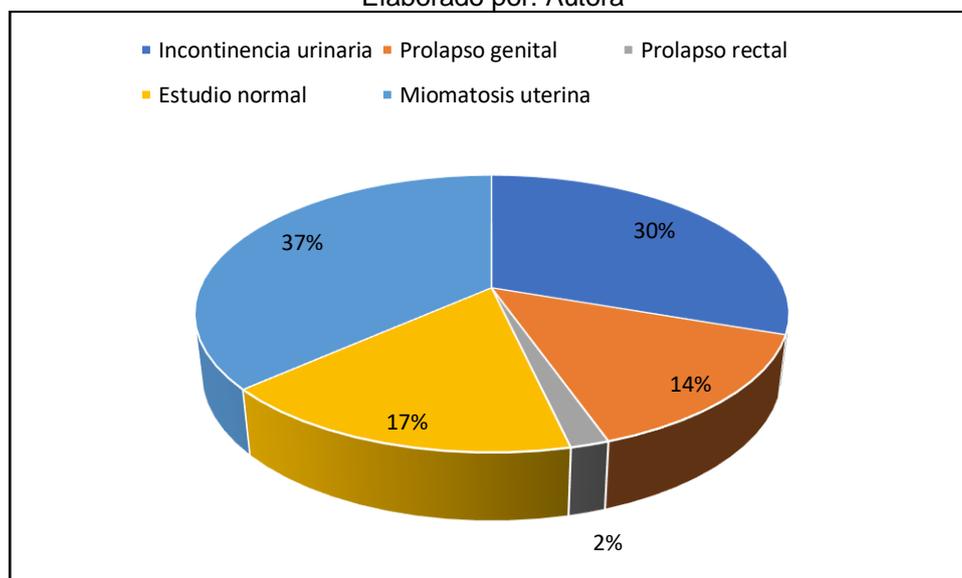


Gráfico No. 1 Diagnóstico de incontinencia urinaria
Fuente: Investigación de campo
Elaborado por: Autora

Análisis e Interpretación:

En la investigación realizada se encontró de acuerdo al diagnóstico, el 37% tenían miomatosis uterina, el 30% tenían incontinencia urinaria, 17% tenían un estudio normal, 14% tenían prolapso genital y el 2% prolapso rectal.

Tabla 3 Edad de los pacientes

Edad	Frecuencia	Porcentaje
40 a 50	35	31%
51 a 60	58	52%
61 a 70	19	17%
Total	164	100%

Fuente: Investigación de campo
Elaborado por: Autora

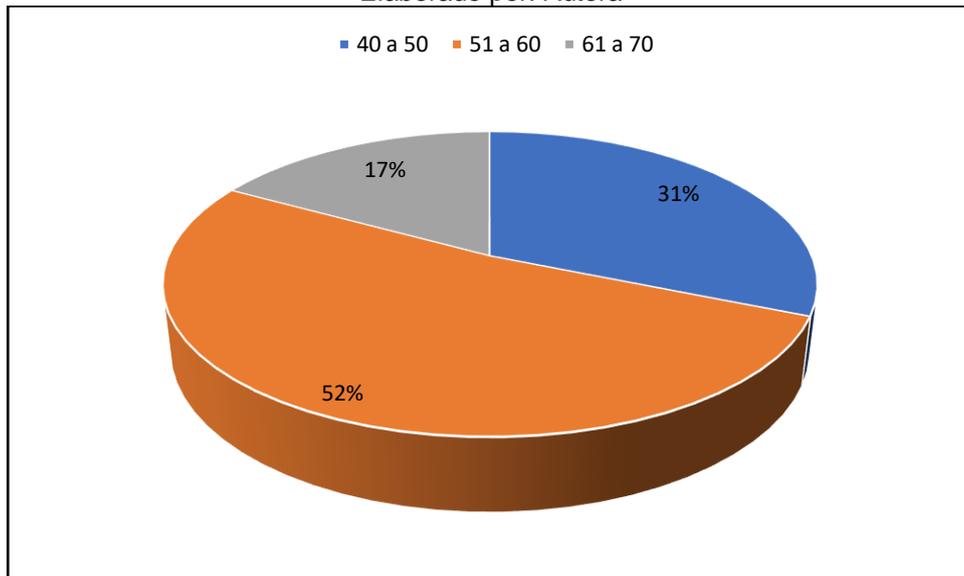


Gráfico No. 2 Edad de los pacientes
Fuente: Investigación de campo
Elaborado por: Autora

Análisis e Interpretación:

En los resultados de la investigación realizada se encontró que el 52% eran del grupo de edad entre 51 a 60 años, el 31% se encontraban en el grupo entre 40 a 50 años y el 17% entre 61 a 70 años, observando un porcentaje mayor en el rango de edad entre 51 a 60 años.

Tabla 4 Multiparidad

Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje
1	6	5%
2	27	24%
3 o más	79	71%
Total	112	100%

Fuente: Investigación de campo
Elaborado por: Autora

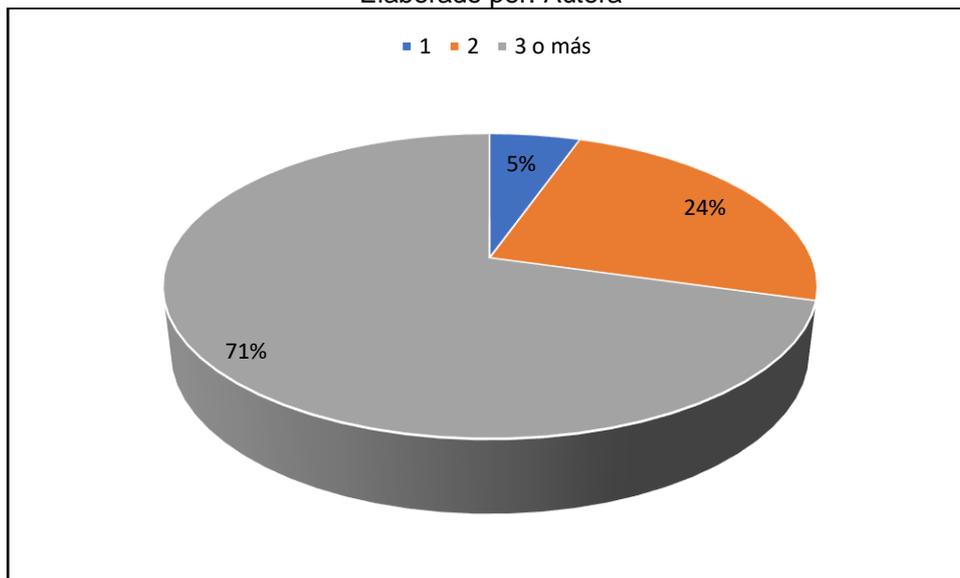


Gráfico No. 3 Multiparidad de los pacientes
Fuente: Investigación de campo
Elaborado por: Autora

Análisis e Interpretación:

En la investigación realizada se encontró que el 71% habían tenido tres hijos o más, el 24% tenían dos hijos y el 5% tenían un solo hijo. Observando que el mayor porcentaje está en los que tienen más de dos hijos.

4.2. Sensibilidad y especificidad del Eco- tranperineal

Tabla 5 Sensibilidad y especificidad del Eco- tranperineal

Sensibilidad:	92%
Especificidad:	97%
Valor Predictivo Positivo (VPP):	97%
Valor Predictivo Negativo (VPN):	94%
Cociente de Probabilidad para un test positivo (LR+):	31.33%
Cociente de Probabilidad para un test negativo (LR-):	0.06
Prior Odd ratio: Probabilidad	1.06%

De los 34 pacientes 33 concluyeron como positivos para diagnóstico de incontinencia urinaria y 1 paciente negativo por lo que corresponde a una sensibilidad de 92% y una especificidad del 97%, es decir el eco transperineal es capaz de confirmar el diagnóstico en un 97% como lo indica los verdaderos casos positivos en la tabla 25 y 94% descartar los casos negativos. Además, el coeficiente de probabilidad para que un test sea positivo en un paciente con incontinencia urinaria es de 31,33 y que sea negativo 0,06 y un Odd ratio de 1,06 indicando una alta probabilidad de diagnóstico de incontinencia urinaria.

4.3. Sensibilidad y especificidad del Eco pélvico

Tabla 6 Sensibilidad y especificidad del Eco- pélvico

Sensibilidad:	89%
Especificidad:	94%
Valor Predictivo Positivo (VPP):	94%
Valor Predictivo Negativo (VPN):	88%
Cociente de Probabilidad para un test positivo (LR+):	14.83
Cociente de Probabilidad para un test negativo (LR-):	0.12
Prior Odds: Probabilidad pre-test %	1.13%

De los 34 pacientes 32 concluyeron como positivos para diagnóstico de incontinencia urinaria y 2 paciente negativo por lo que corresponde a una sensibilidad de 89 % y una especificidad del 94 %, es decir el eco perineal es capaz de confirmar el diagnostico en un 94 % como lo indica los verdaderos casos positivos en la tabla 26 y 88 % descartar los casos negativos. Además, el coeficiente de probabilidad para que un test sea positivo en un paciente con incontinencia urinaria es de 14.83 y que sea negativo 0.12 y un Odd ratio de 1,13 indicando una moderadamente alta probabilidad de diagnóstico de incontinencia urinaria.

4.4. Función sexual de las mujeres con: prolapso de órganos pélvicos (POP), Incontinencia urinaria y/ o fecal

Q1 ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su situación actual?

Tabla 7 Situación actual

Detalles	Frecuencia	Porcentaje
Sin ningún tipo de actividad sexual	76	68%
Sexualmente activa	36	32%
TOTAL	112	100%

Fuente: Investigación de campo
Elaborado por: Autora

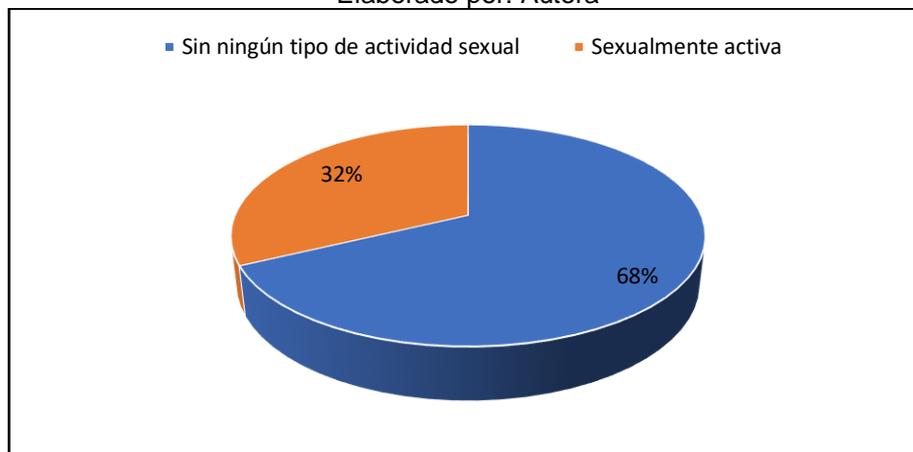


Gráfico No. 4 Situación actual
Fuente: Investigación de campo
Elaborado por: Autora

Análisis e Interpretación

En el estudio se encontró que el 68% no tenían una vida sexual activa y el 32% sí tenían actividad sexual, observando que un porcentaje elevado llevaban una vida sexual inactiva.

4.4.1. Mujeres que no son sexualmente activas

Q2 Motivos por los cuales usted podría no tener actividad sexual.

Tabla 8 Razón para no tener vida sexual

Detalles	Frecuencia	Porcentaje
No tengo pareja	12	16%
No tengo interés	14	18%
Incontinencia urinaria	34	45%
Por otros problemas de salud	10	13%
Por dolor	9	12%
Total	76	100%

Fuente: Investigación de campo
Elaborado por: Autora

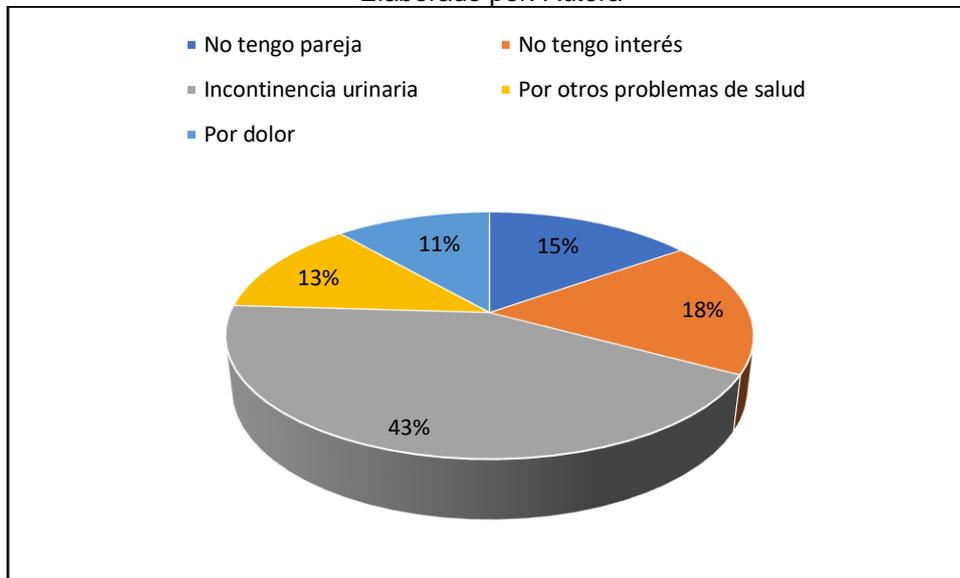


Gráfico No. 5 Razón para no tener vida sexual
Fuente: Investigación de campo
Elaborado por: Autora

Análisis e Interpretación:

En la investigación realizada a las mujeres que no llevaban una vida sexual activa, se encontró que el 45% no tenían vida sexual activa debido a la incontinencia urinaria, el 18% no tenían interés, el 16% no tenía pareja, 13% por otros problemas de salud y el 12% por dolor.

Q3 ¿Cuánto limita su actividad sexual el temor a tener escapes de orina y/o heces y/o la sensación de bulto en la vagina (ya sea vejiga, recto o útero caídos)?

Tabla 9 Cuánto limita su actividad sexual

Detalles	Frecuencia	Porcentaje
Nada	8	11%
Un poco	14	18%
Algo	21	28%
Mucho	33	43%
Total	76	100%

Fuente: Investigación de campo
Elaborado por: Autora

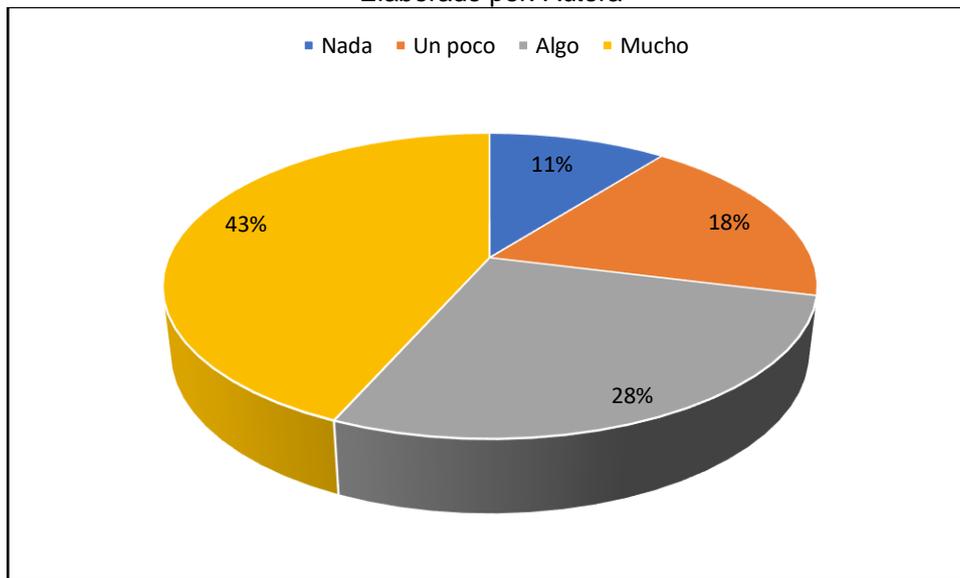


Gráfico No. 6 Cuánto limita su actividad sexual

Fuente: Investigación de campo
Elaborado por: Autora

Análisis e Interpretación:

En el estudio realizado sobre cuánto limita su actividad sexual el temor a tener escapes de orina y/o heces y/o la sensación de bulto en la vagina (ya sea vejiga, recto o útero caídos, se encontró que el 47% manifestaron que mucho, un 29% plantearon que algo, un 17% expresaron que un poco y el 7% dijeron que nada.

Q4 Por favor, rodee en cada una de las siguientes escalas el número (del 1 al 5) que mejor represente cómo se siente usted respecto a su vida sexual:

Tabla 10 Cómo se siente respecto a su vida sexual

Detalles	Frecuencia	Porcentaje
Satisfecha	0	0,0%
Adecuada	0	0,0%
Insatisfecha	31	41%
Inadecuada	45	59%
Total	76	100%

Fuente: Investigación de campo
Elaborado por: Autora

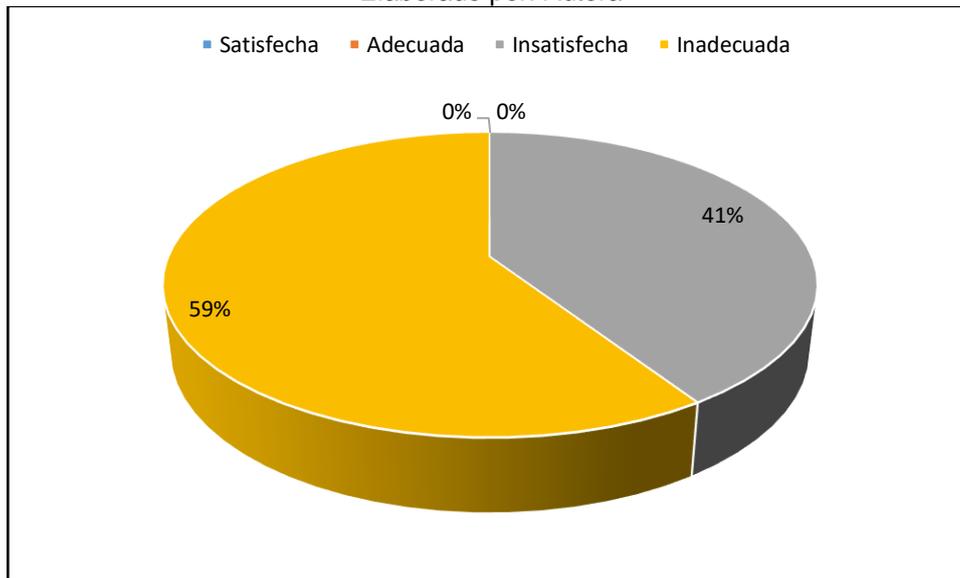


Gráfico No. 7 Cómo se siente respecto a su vida sexual
Fuente: Investigación de campo
Elaborado por: Autora

Análisis e Interpretación:

En la investigación efectuada sobre la interrogante: Cómo se siente respecto a su vida sexual, el 59% de las mujeres plantearon que llevaban una vida sexual inadecuada y el 41% expresaron que su vida sexual era insatisfecha.

Q5 En qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones:

Tabla 11 Sentimientos de frustración

Detalles	Muy de acuerdo (%)	Algo de acuerdo (%)	Algo en desacuerdo (%)	Muy en desacuerdo (%)	Total
Me siento frustrada con mi vida sexual	47	26		10 17	100%
Me siento sexualmente inferior debido a mi incontinencia	53	31		12 5	100%
Me siento enfadada por el impacto que la incontinencia tiene en mi vida sexual	46	25		19 10	100%

Fuente: Investigación de campo
Elaborado por: Autora

Análisis e Interpretación:

En el estudio se encontró que el 47% de las mujeres se sienten frustradas en su vida sexual, un 53% se sienten inferior debido a su incontinencia y el 46% se sienten enfadada por el impacto que la incontinencia tiene en su vida sexual.

Q6 En general, ¿en qué medida le molesta no tener actividad sexual?

Tabla 12 En qué medida le molesta no tener actividad sexual

Detalles	Frecuencia	Porcentaje
Nada	6	8%
Un poco	13	17%
Algo	21	28%
Mucho	36	47%
Total	76	100%

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Autora

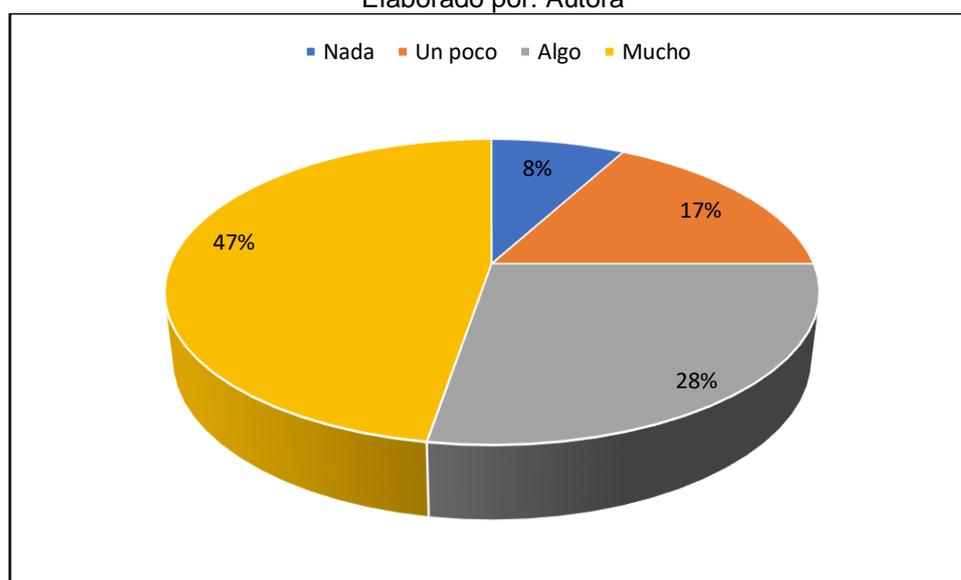


Gráfico No. 8 En qué medida le molesta no tener actividad sexual

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Autora

Análisis e Interpretación:

En el estudio realizado al grupo de mujeres sobre la interrogante: ¿en qué medida le molesta no tener actividad sexual?, el 47% manifestaron que mucho, el 28% expresaron que algo, un 17% plantearon que un poco y solo el 8% dijeron que nada.

4.4.2. Mujeres sexualmente activas

Q7 Indique con qué frecuencia se siente estimulada sexualmente (excitada físicamente o “está caliente”) durante la actividad sexual.

Tabla 13 Estimulación sexual

Detalles	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	11	31%
Rara vez	19	53%
Algunas veces	3	8%
A menudo	2	5%
Siempre	1	3%
Total	34	100%

Fuente: Investigación de campo
Elaborado por: Autora

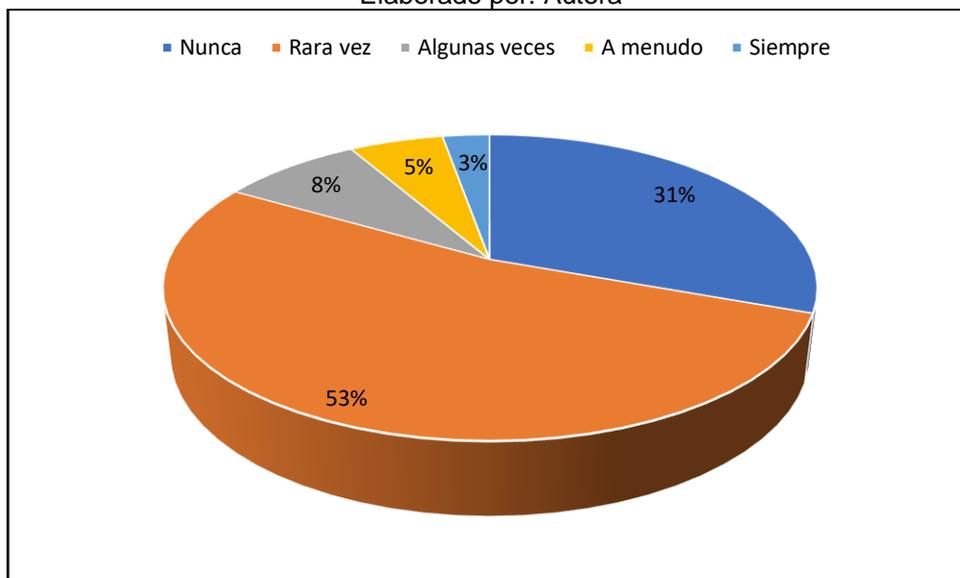


Gráfico No. 9 Estimulación sexual
Fuente: Investigación de campo
Elaborado por: Autora

Análisis e Interpretación:

En la investigación efectuada sobre la interrogante: Indique con qué frecuencia se siente estimulada sexualmente (excitada físicamente o “está caliente”) durante la actividad sexual, el 53% expresaron que rara vez, el 31% dijeron que nunca, el 8% manifestaron que algunas veces, el 5% plantearon que a menudo y solo el 3% revelaron que siempre se sienten estimuladas.

Q8 Cuando tiene actividad sexual, ¿con qué frecuencia experimenta cada una de las siguientes sensaciones?

Tabla 14 Cómo se siente cuando tiene actividad sexual

Detalles	Nunca (%)	Rara vez (%)	Algunas veces (%)	A menudo (%)	Casi siempre (%)	Total
Satisfecha	16	37	31	9	7	100%
Temor	12	8	18	26	36	100%
Vergüenza	6	12	20	27	35	100%

Fuente: Investigación de campo
Elaborado por: Autora

Análisis e Interpretación:

En el estudio realizado se encontró que el 37% de las mujeres manifestaron que rara vez se sienten satisfecha, el 36% expresaron que casi siempre sienten temor y el 35% dijeron que casi siempre sienten vergüenza.

Q9 Con qué frecuencia tiene escapes de orina y/o escapes de heces con cualquier tipo de actividad sexual.

Tabla 15 Frecuencia con que tiene escape de orina

Detalles	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	1	2%
Rara vez	2	6%
Algunas veces	4	12%
A menudo	16	47%
Siempre	11	32%
Total	34	100%

Fuente: Investigación de campo
Elaborado por: Autora

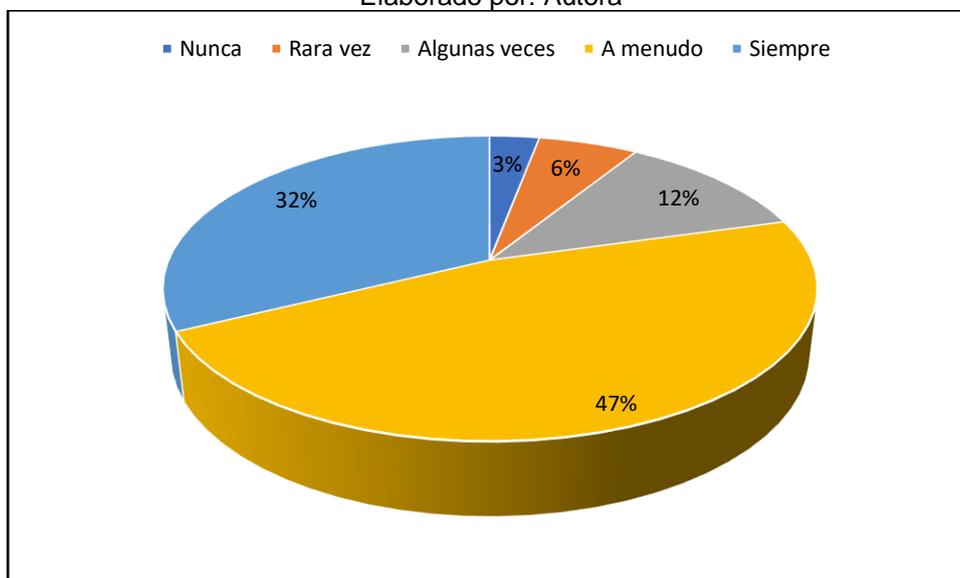


Gráfico No. 10 Frecuencia con que tiene escape de orina
Fuente: Investigación de campo
Elaborado por: Autora

Análisis e interpretación:

En la investigación realizada sobre la interrogante: Con qué frecuencia tiene escapes de orina y/o escapes de heces con cualquier tipo de actividad sexual, el 47% expresaron que a menudo, un 32% dijeron que siempre, el 12% manifestaron que algunas veces, el 6% revelaron que rara vez y solo el 3% plantearon que nunca.

Q10 ¿Cómo son sus orgasmos ahora respecto a los orgasmos que ha tenido en el pasado?

Tabla 16 Cómo son sus orgasmos

Detalles	Frecuencia	Porcentaje
Mucho menos intenso	12	35%
Menos intensos	17	50%
De la misma intensidad	5	15%
Más intenso	0	0,0%
Mucho más intenso	0	0,0%
Total	105	100%

Fuente: Investigación de campo
Elaborado por: Autora

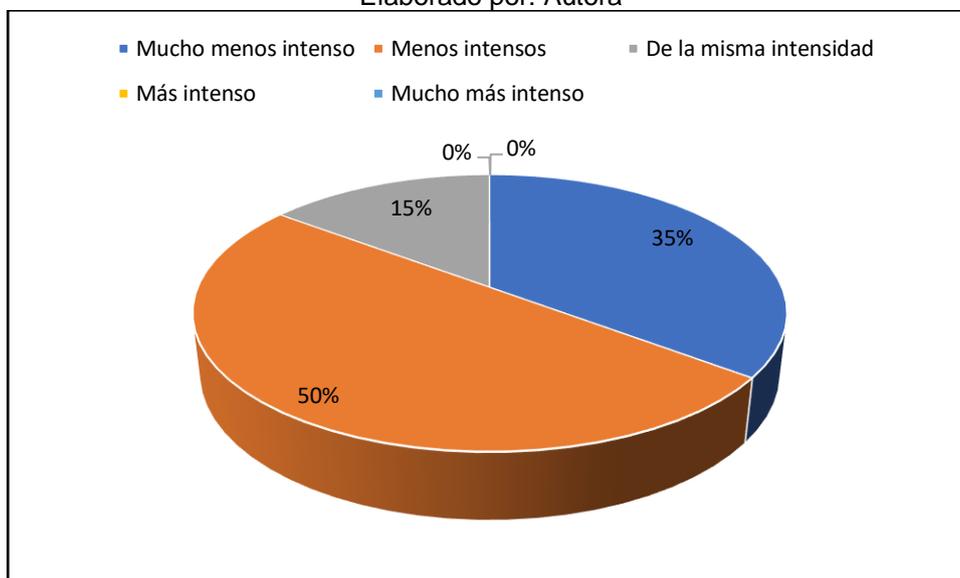


Gráfico No. 11 Cómo son sus orgasmos
Fuente: Investigación de campo
Elaborado por: Autora

Análisis e Interpretación:

En el estudio efectuado sobre la incógnita: Cómo son sus orgasmos ahora respecto a los orgasmos que ha tenido en el pasado, el 50% manifestaron que lo ven menos intensos, el 35% expresaron mucho menos intensos y el 15% dijeron de la misma intensidad.

Q11 ¿Con qué frecuencia siente dolor durante las relaciones sexuales con coito (penetración)?

Tabla 17 Frecuencia con que siente dolor

Detalles	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	2	6%
Rara vez	3	9%
Algunas veces	9	26%
A menudo	16	47%
Siempre	4	12%
Total	34	100%

Fuente: Investigación de campo
Elaborado por: Autora

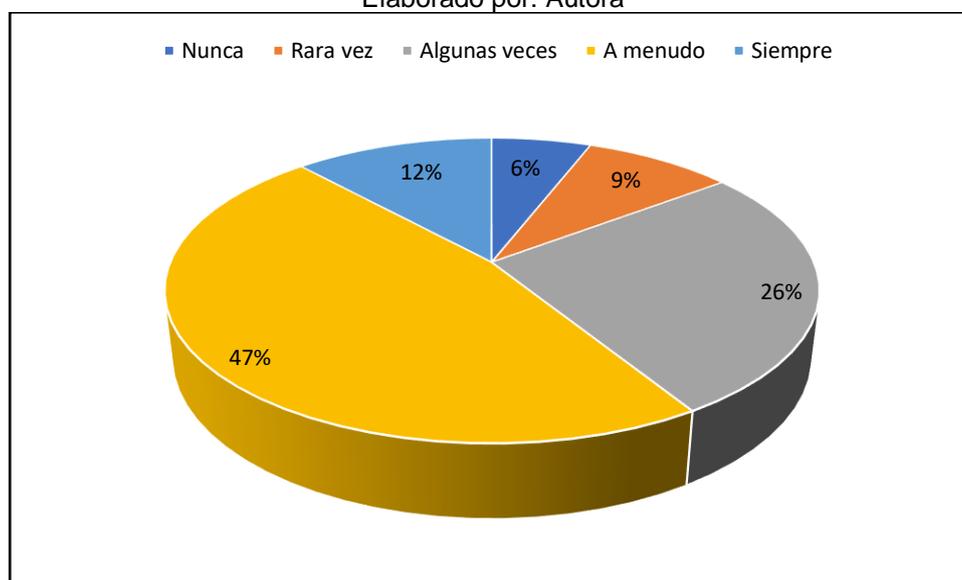


Gráfico No. 12 Frecuencia con que siente dolor
Fuente: Investigación de campo
Elaborado por: Autora

Análisis e Interpretación:

En los resultados de la investigación respecto a la interrogante: ¿Con qué frecuencia siente dolor durante las relaciones sexuales con coito (penetración)?, el 47% manifestaron que a menudo, un 26% plantearon algunas veces, el 12% dijeron que siempre y solo el 6% expresaron que nunca.

Q12 ¿Tiene pareja sexual?

Tabla 18 Tiene pareja sexual

Detalles	Frecuencia	Porcentaje
SI	21	62%
NO	13	38%
TOTAL	34	100,0%

Fuente: Investigación de campo
Elaborado por: Autora

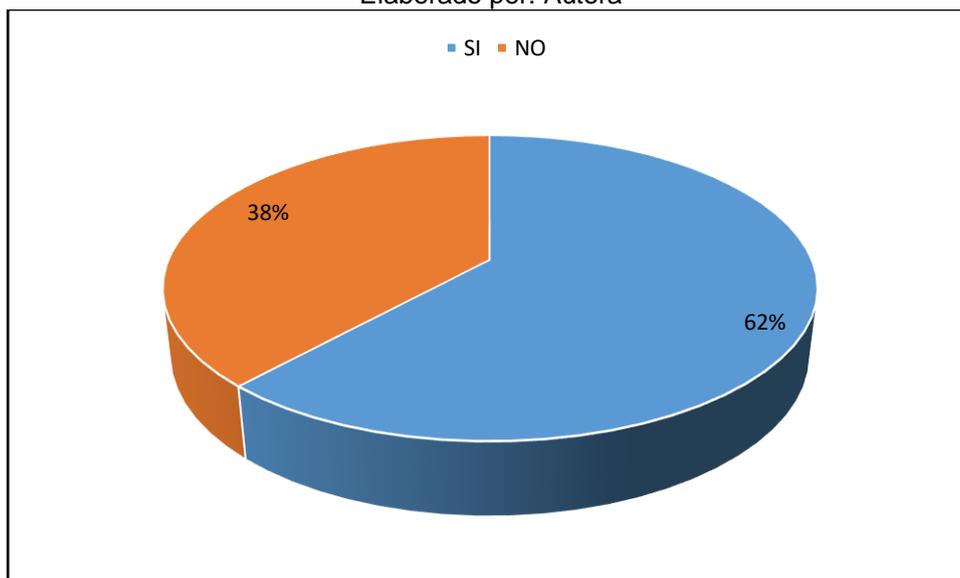


Gráfico No. 13 Tiene pareja sexual

Fuente: Investigación de campo
Elaborado por: Autora

Análisis e Interpretación:

En la investigación realizada se encontró que el 62% de las mujeres que llevaban una vida sexual activa tenía pareja y el 38% no tenían.

Q13 ¿Con qué frecuencia tiene su pareja algún problema (Ej. falta de excitación, de deseo, de erección) que la limite a usted en su actividad sexual?

Tabla 19 Frecuencia en que su pareja tiene problemas

Detalles	Frecuencia	Porcentaje
Todo el tiempo	2	6%
La mayor parte del tiempo	4	12%
Algunas veces	9	26%
Casi nunca/Rara vez	19	56%
Total	34	100%

Fuente: Investigación de campo
Elaborado por: Autora

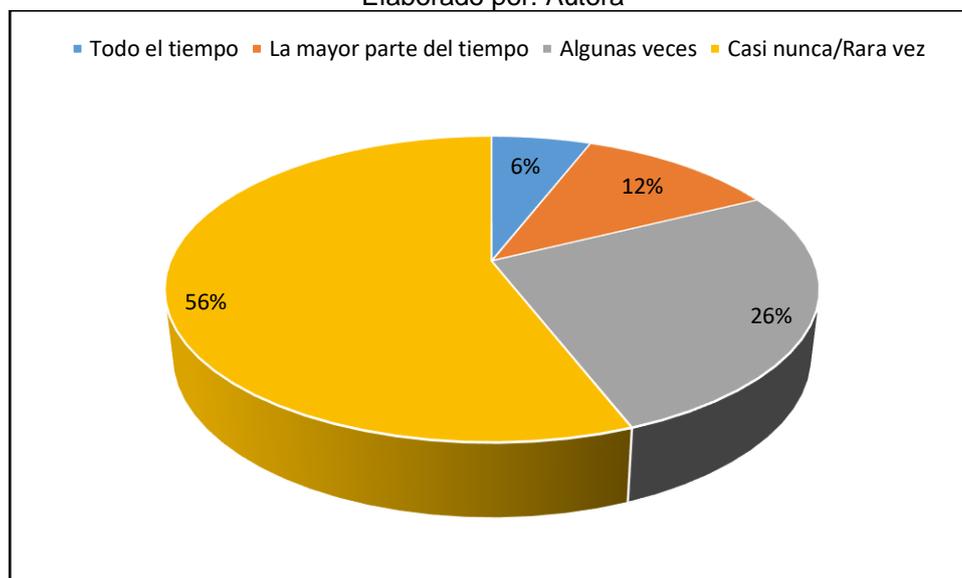


Gráfico No. 14 Frecuencia en que su pareja tiene problemas
Fuente: Investigación de campo
Elaborado por: Autora

Análisis e Interpretación:

Los resultados del estudio en cuanto a la interrogante: ¿Con qué frecuencia tiene su pareja algún problema (Ej. falta de excitación, de deseo, de erección) que la limite a usted en su actividad sexual?, se encontró que el 56% manifestaron que casi nunca o rara vez sus esposos presentan problemas, el 26% expresaron que algunas veces, el 12% dijeron que la mayor parte del tiempo y un 6% revelaron que todo el tiempo sus esposos presentan algún tipo de problemas.

Q14 En términos generales, considera usted que su pareja le influye de forma positiva o negativa en los siguientes aspectos:

Tabla 20 Su pareja le influye positiva o negativamente

Detalles	Muy positiva (%)	Algo positiva (%)	Algo negativa (%)	Muy negativa (%)	Total
El deseo sexual que usted siente	7,6	25,7	41,9	24,8	100%
La frecuencia con la que usted tiene actividad sexual	10,5	27,6	35,2	26,7	100%

Fuente: Investigación de campo
Elaborado por: Autora

Análisis e Interpretación:

En los resultados de la investigación efectuada sobre la incógnita: En términos generales, considera usted que su pareja le influye de forma positiva o negativa en los siguientes aspectos, el 42% expresó que algo negativo influye su pareja en su deseo sexual y el 35% manifestó que su pareja influye negativamente en la frecuencia con la que tiene actividad sexual.

Q15 Cuando tiene actividad sexual, ¿con qué frecuencia siente que quiere más?

Tabla 21 Frecuencia con que siente que quiere más actividad sexual

Detalles	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	14	41%
Rara vez	10	29%
Algunas veces	5	15%
A menudo	3	9%
Siempre	2	6%
Total	34	100%

Fuente: Investigación de campo
Elaborado por: Autora

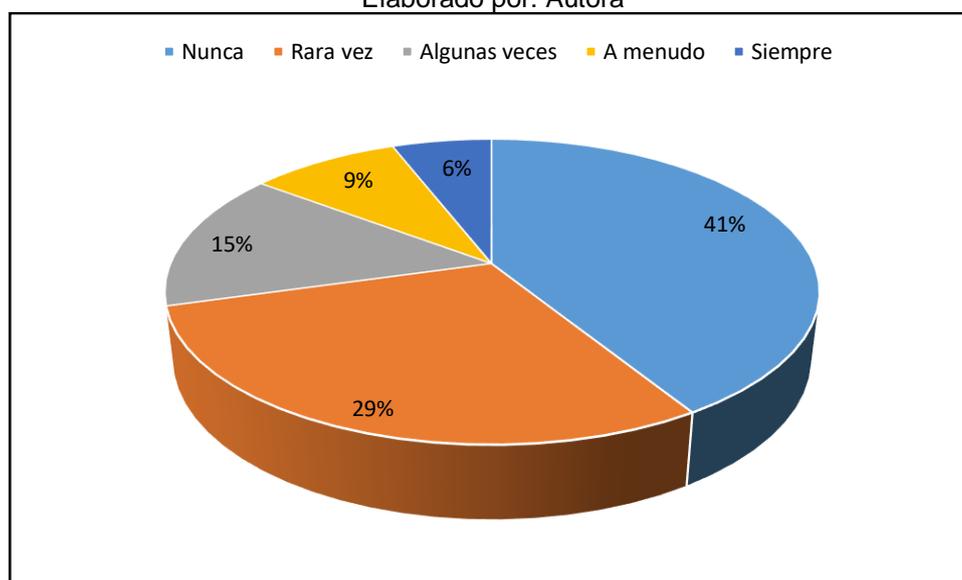


Gráfico No. 15 Frecuencia con que siente que quiere más actividad sexual
Fuente: Investigación de campo
Elaborado por: Autora

Análisis e Interpretación:

En la investigación efectuada sobre la incógnita: Cuando tiene actividad sexual, ¿con qué frecuencia siente que quiere más?, el 41% de las mujeres respondieron que nunca, un 29% manifestaron que rara vez, un 15% expresaron que algunas veces, un 9% plantearon que a menudo y solo el 6% dijeron que siempre.

Q16 ¿Con qué frecuencia tiene usted deseo sexual (esto puede incluir querer mantener relaciones sexuales, tener pensamientos sexuales, fantasías etc.)?

Tabla 22 Frecuencia en que tiene deseo sexual

Detalles	Frecuencia	Porcentaje
A diario	2	6%
Semanalmente	3	9%
Mensualmente	4	12%
Menos de una vez al mes	9	26%
Nunca	16	47%
Total	34	100%

Fuente: Investigación de campo
Elaborado por: Autora

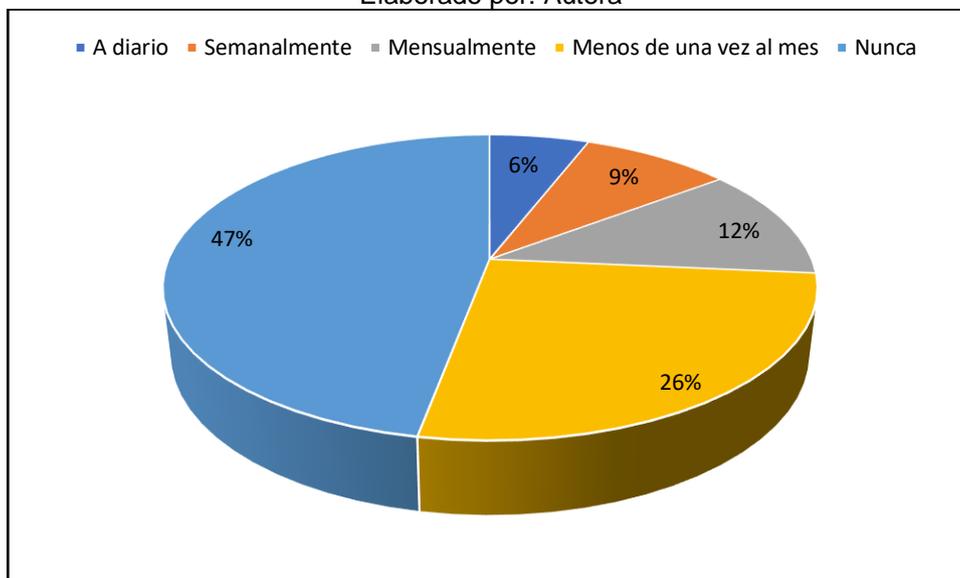


Gráfico No. 16 Frecuencia en que tiene deseo sexual
Fuente: Investigación de campo
Elaborado por: Autora

Análisis e Interpretación:

Los resultados del estudio relacionado con la interrogante: ¿Con qué frecuencia tiene usted deseo sexual (esto puede incluir querer mantener relaciones sexuales, tener pensamientos sexuales, fantasías etc.) ?, el 47% arrojaron que nunca, el 26% expresaron que al menos una vez al mes, el 12% manifestaron que mensualmente, el 9% dijeron que semanalmente y solo el 6% revelaron que a diario.

Q17 ¿Cómo evaluaría su nivel (grado) de deseo o interés sexual?

Tabla 23 Cómo evalúa su deseo sexual

Detalles	Frecuencia	Porcentaje
Muy alto	0	0%
Alto	0	0%
Moderado	2	6%
Bajo	19	56%
Muy bajo o ninguno	13	38%
Total	34	100%

Fuente: Investigación de campo
Elaborado por: Autora

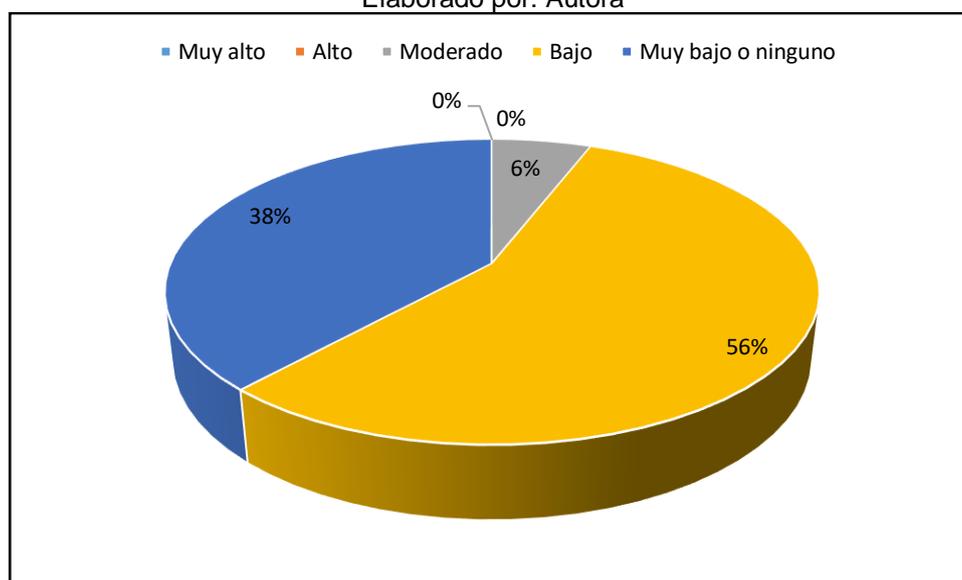


Gráfico No. 17 Cómo evalúa su deseo sexual
Fuente: Investigación de campo
Elaborado por: Autora

Análisis e Interpretación:

En el estudio realizado el 56% de las mujeres evalúan su nivel de deseo o interés sexual bajo, el 38% lo evalúan de muy bajo o ninguno y el 6% de moderado.

Q18 ¿Cuánto limita su actividad sexual el temor a tener escapes de orina y/o heces y/o la sensación de bulto en la vagina (prolapso)?

Tabla 24 Limitación de su actividad sexual

Detalles	Frecuencia	Porcentaje
Nada	2	6%
Un poco	7	21%
Algo	11	32%
Mucho	16	47%
Total	34	100%

Fuente: Investigación de campo
Elaborado por: Autora

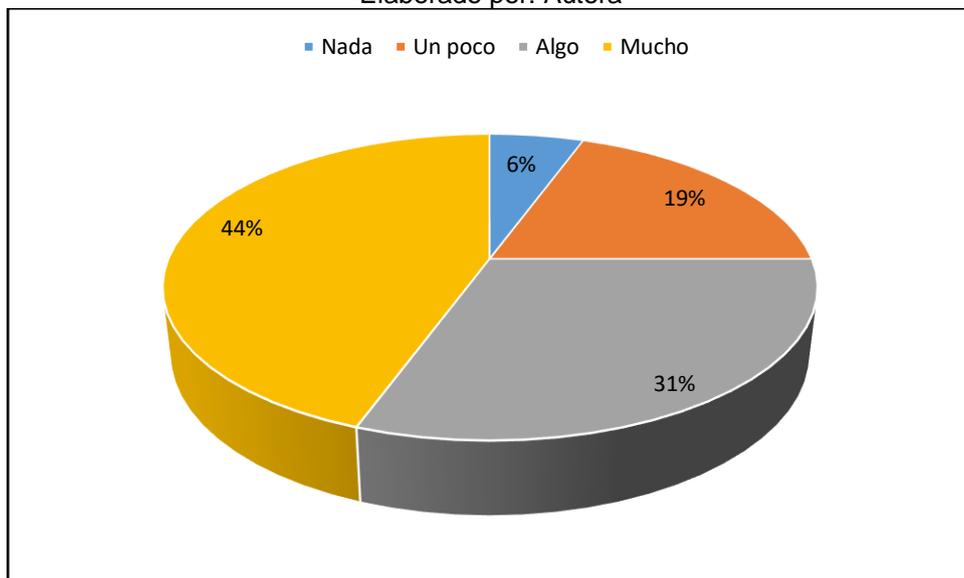


Gráfico No. 18 Limitación de su actividad sexual
Fuente: Investigación de campo
Elaborado por: Autora

Análisis e Interpretación:

En los resultados del estudio sobre la incógnita: ¿Cuánto limita su actividad sexual el temor a tener escapes de orina y/o heces y/o la sensación de bulto en la vagina (prolapso)?, el 47% manifestó que mucho, el 32% expresó que algo, el 21% dijo que un poco lo limita y solo el 6% plantearon que nada.

Q19 Por favor, rodee en cada una de las siguientes escalas el número (del 1 al 5) que mejor represente cómo se siente usted respecto a su vida sexual:

Tabla 25 Cómo se siente respecto a su vida sexual

Detalles	Frecuencia	Porcentaje
Satisfecha	2	6%
Adecuada	3	9%
Segura	3	9%
Insatisfecha	9	26%
Inadecuada	6	18%
Insegura	11	32%
Total	34	100,0%

Fuente: Investigación de campo
Elaborado por: Autora

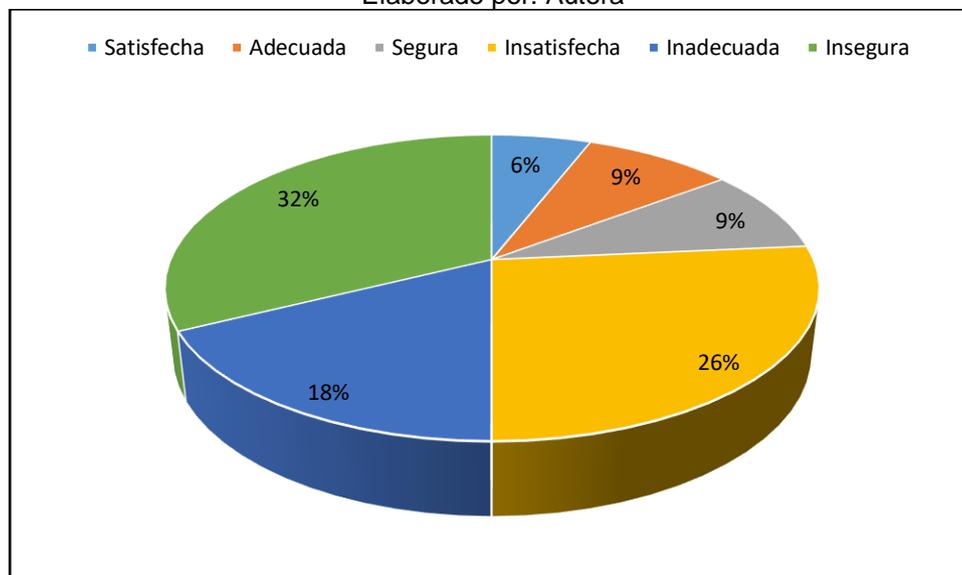


Gráfico No. 19 Cómo se siente respecto a su actividad sexual
Fuente: Investigación de campo
Elaborado por: Autora

Análisis e Interpretación:

En los resultados del estudio el 32% consideran su vida sexual insegura, el 26% insatisfecha, el 18% inadecuada, el 9% segura y adecuada respectivamente. Observando que la mayoría de las mujeres no se encuentran satisfecha con sus relaciones sexuales.

Q20 En qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones:

Tabla 26 Sentimientos respecto a su vida sexual

Detalles	Muy de acuerdo (%)	Algo de acuerdo (%)	Algo en desacuerdo (%)	Muy en desacuerdo (%)	Total
Me siento frustrada por mi vida sexual	65	23	9	4	100%
Me siento sexualmente inferior debido a mi incontinencia	70	26	3	2	100%
Me siento avergonzada por mi vida sexual	54	33	8	5	100%
Me siento enfadada por el impacto que la incontinencia tiene en mi vida sexual	49	42	6	4	100%

Fuente: Investigación de campo
Elaborado por: Autora

Análisis e Interpretación:

En los resultados del estudio realizado a las mujeres, el 65% se sienten frustrada por su vida sexual, el 70% se siente sexualmente inferior debido a su incontinencia, el 54% se siente avergonzada por su vida sexual y el 49% se sienten enfadada por el impacto que la incontinencia tiene en su vida sexual.

DISCUSIÓN

En la investigación realizada se encontró de acuerdo al diagnóstico, el 37% tenían miomatosis uterina, el 30% tenían incontinencia urinaria, 17% tenían un estudio normal, 14% tenían prolapso genital y el 2% prolapso rectal. Estudios similares fueron encontrados por Arab y Chehrehrazi (2016) que encontraron que el 65% de las mujeres estudiadas tenían incontinencia urinaria.

En los resultados de la investigación realizada se encontró que el 52% eran del grupo de edad entre 51 a 60 años, el 31% se encontraban en el grupo entre 40 a 50 años y el 17% entre 61 a 70 años, observando un porcentaje mayor en el rango de edad entre 51 a 60 años. Arabab et al., (2016) en su estudio encontró que la edad promedio de las mujeres con incontinencia urinaria era de 61 años.

En la investigación realizada se encontró que el 71% habían tenido tres hijos o más, el 24% tenían dos hijos y el 5% tenían un solo hijo. Observando que el mayor porcentaje está en los que tienen más de dos hijos. Herschorn (2015) manifestó que, a mayor paridad, las mujeres tenían más probabilidades de padecer en el futuro de incontinencia urinaria.

De los 34 pacientes 33 concluyeron como positivos para diagnóstico de incontinencia urinaria y 1 paciente negativo por lo que corresponde a una sensibilidad de 92% y una especificidad del 97%, es decir el eco transperineal es capaz de confirmar el diagnóstico en un 97% como lo indica los verdaderos casos positivos en la tabla 25 y 94% descartar los casos negativos. Además, el coeficiente de probabilidad para que un test sea positivo en un paciente con incontinencia urinaria es de 31,33 y que sea negativo 0,06 y un Odd ratio de 1,06 indicando una alta probabilidad de diagnóstico de incontinencia urinaria.

De los 34 pacientes 32 concluyeron como positivos para diagnóstico de incontinencia urinaria y 2 paciente negativo por lo que corresponde a una sensibilidad de 89 % y una especificidad del 94 %, es decir el eco perineal es capaz de confirmar el diagnóstico en un 94 % como lo indica los verdaderos casos positivos en la tabla 26 y 88 % descartar los casos negativos. Además, el coeficiente de probabilidad para que un test sea positivo en un paciente con incontinencia urinaria es de 14.83 y que

sea negativo 0.12 y un Odd ratio de 1,13 indicando una moderadamente alta probabilidad de diagnóstico de incontinencia urinaria.

En el estudio se encontró que el 68% no tenían una vida sexual activa y el 32% sí tenían actividad sexual, observando que un porcentaje elevado llevaban una vida sexual inactiva. Similares resultados fueron encontrados por Alper (2022) que manifestó que las mujeres que padecían de IU tenían una vida sexual inactiva.

A las mujeres que no llevaban una vida sexual activa, se encontró que el 45% no tenían vida sexual activa debido a la incontinencia urinaria, el 18% no tenían interés, el 16% no tenía pareja, 13% por otros problemas de salud y el 12% por dolor.

Sobre cuánto limita su actividad sexual el temor a tener escapes de orina y/o heces y/o la sensación de bulto en la vagina (ya sea vejiga, recto o útero caídos, se encontró que el 47% manifestaron que mucho, un 29% plantearon que algo, un 17% expresaron que un poco y el 7% dijeron que nada.

Sobre la interrogante: Cómo se siente respecto a su vida sexual, el 59% de las mujeres plantearon que llevaban una vida sexual inadecuada y el 41% expresaron que su vida sexual era insatisfecha.

En el estudio se encontró que el 47% de las mujeres se sienten frustradas en su vida sexual, un 53% se sienten inferior debido a su incontinencia y el 46% se sienten enfadada por el impacto que la incontinencia tiene en su vida sexual.

En el estudio realizado al grupo de mujeres sobre la interrogante: ¿en qué medida le molesta no tener actividad sexual?, el 47% manifestaron que mucho, el 28% expresaron que algo, un 17% plantearon que un poco y solo el 8% dijeron que nada.

En la investigación efectuada sobre la interrogante: Indique con qué frecuencia se siente estimulada sexualmente (excitada físicamente o “está caliente”) durante la actividad sexual, el 53% expresaron que rara vez, el 31% dijeron que nunca, el 8% manifestaron que algunas veces, el 5% plantearon que a menudo y solo el 3% revelaron que siempre se sienten estimuladas.

En el estudio realizado se encontró que el 37% de las mujeres manifestaron que rara vez se sienten satisfecha, el 36% expresaron que casi siempre sienten temor y el 35% dijeron que casi siempre sienten vergüenza.

En la investigación realizada sobre la interrogante: Con qué frecuencia tiene escapes de orina y/o escapes de heces con cualquier tipo de actividad sexual, el 47% expresaron que a menudo, un 32% dijeron que siempre, el 12% manifestaron que algunas veces, el 6% revelaron que rara vez y solo el 3% plantearon que nunca.

En el estudio efectuado sobre la incógnita: Cómo son sus orgasmos ahora respecto a los orgasmos que ha tenido en el pasado, el 50% manifestaron que lo ven menos intensos, el 35% expresaron mucho menos intensos y el 15% dijeron de la misma intensidad.

En los resultados de la investigación respecto a la interrogante: ¿Con qué frecuencia siente dolor durante las relaciones sexuales con coito (penetración)?, el 47% manifestaron que a menudo, un 26% plantearon algunas veces, el 12% dijeron que siempre y solo el 6% expresaron que nunca.

En la investigación realizada se encontró que el 62% de las mujeres que llevaban una vida sexual activa tenía pareja y el 38% no tenían.

Los resultados del estudio en cuanto a la interrogante: ¿Con qué frecuencia tiene su pareja algún problema (Ej. falta de excitación, de deseo, de erección) que la limite a usted en su actividad sexual?, se encontró que el 56% manifestaron que casi nunca o rara vez sus esposos presentan problemas, el 26% expresaron que algunas veces, el 12% dijeron que la mayor parte del tiempo y un 6% revelaron que todo el tiempo sus esposos presentan algún tipo de problemas.

En los resultados de la investigación efectuada sobre la incógnita: En términos generales, considera usted que su pareja le influye de forma positiva o negativa en los siguientes aspectos, el 42% expresó que algo negativo influye su pareja en su deseo sexual y el 35% manifestó que su pareja influye negativamente en la frecuencia con la que tiene actividad sexual.

En la investigación efectuada sobre la incógnita: Cuando tiene actividad sexual, ¿con qué frecuencia siente que quiere más?, el 41% de las mujeres respondieron que nunca, un 29% manifestaron que rara vez, un 15% expresaron que algunas veces, un 9% plantearon que a menudo y solo el 6% dijeron que siempre.

Los resultados del estudio relacionado con la interrogante: ¿Con qué frecuencia tiene usted deseo sexual (esto puede incluir querer mantener relaciones sexuales, tener pensamientos sexuales, fantasías etc.) ?, el 47% arrojaron que nunca, el 26% expresaron que al menos una vez al mes, el 12% manifestaron que mensualmente, el 9% dijeron que semanalmente y solo el 6% revelaron que a diario.

En el estudio realizado el 56% de las mujeres evalúan su nivel de deseo o interés sexual bajo, el 38% lo evalúan de muy bajo o ninguno y el 6% de moderado.

En los resultados del estudio sobre la incógnita: ¿Cuánto limita su actividad sexual el temor a tener escapes de orina y/o heces y/o la sensación de bulto en la vagina (prolapso)?, el 47% manifestó que mucho, el 32% expresó que algo, el 21% dijo que un poco lo limita y solo el 6% plantearon que nada.

En los resultados del estudio el 32% consideran su vida sexual insegura, el 26% insatisfecha, el 18% inadecuada, el 9% segura y adecuada respectivamente. Observando que la mayoría de las mujeres no se encuentran satisfecha con sus relaciones sexuales.

En los resultados del estudio realizado a las mujeres, el 65% se sienten frustrada por su vida sexual, el 70% se siente sexualmente inferior debido a su incontinencia, el 54% se siente avergonzada por su vida sexual y el 49% se sienten enfadada por el impacto que la incontinencia tiene en su vida sexual.

De acuerdo a la sensibilidad y la especificidad en cuanto a la ecografía pélvica y la ecografía transperineal se encontraron valores superiores en la ecografía trasperineal, demostrando así su mayor efectividad. Concordando con la investigación realizada por Álvarez et al., (2018) que encontraron una sensibilidad del 94% (IC 95% 88-100%), especificidad del 73% (IC 95% 46-99%) y un valor predictivo positivo de 94%.

Mostrando que la ecografía transperineal se puede utilizar como herramienta de detección para el diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo en pacientes, basándose en mediciones simples (Arab & Chehrehrazi, 2016).

CONCLUSIONES

En la investigación realizada se encontró de acuerdo al diagnóstico, el 37% tenían miomatosis uterina, el 30% tenían incontinencia urinaria, 17% tenían un estudio normal, 14% tenían prolapso genital y el 2% prolapso rectal. De ellos el 52% eran del grupo de edad entre 51 a 60 años, el 31% se encontraban en el grupo entre 40 a 50 años y el 17% entre 61 a 70 años, observando un porcentaje mayor en el rango de edad entre 51 a 60 años. Se halló que el 71% habían tenido tres hijos o más, el 24% tenían dos hijos y el 5% tenían un solo hijo. Encontrando como factores de riesgos en pacientes con incontinencia urinaria la edad y la multiparidad.

El funcionamiento sexual en las pacientes con incontinencia urinaria mediante la aplicación de la encuesta PIS-QUIR fue el 32% tenían una vida sexual activa y el 68% no tenían ningún tipo de actividad sexual. Dentro de ellas el 37% de las mujeres manifestaron que rara vez se sienten satisfecha, el 36% expresaron que casi siempre sienten temor y el 35% dijeron que casi siempre sienten vergüenza. De las cuales el 56% evalúan su nivel de deseo o interés sexual bajo, el 29% lo evalúan de muy bajo o ninguno, el 11% de moderado y solo el 4% lo evalúan de alto.

En esta investigación se ha confirmado la hipótesis planteada demostrando que la técnica de eco transperineal tiene una alta especificidad y sensibilidad para el diagnóstico de incontinencia urinaria, siendo mucho más alta en especificidad que la técnica de eco sonografía pélvica.

La ultrasonografía es un excelente método diagnóstico, que tiene múltiples aplicaciones en diferentes ramas de la medicina y no conviene poner en riesgo su merecido prestigio, tratando de extender su utilidad más allá de los límites donde es realmente indispensable.

La ecografía transperineal es un enfoque especial del examen de ultrasonido pélvico. En la ecografía pélvica de rutina, los principales abordajes son los transabdominales

y vaginales y no se considera el abordaje transperineal, pero recomendamos una técnica tan superficial de ecografía siempre que sea necesario evaluar el segmento uterino inferior y la vagina.

Esta es una herramienta demostrativa no invasiva que podría utilizarse para la detección y caracterización de las masas vaginales y perineales. Los abordajes transabdominal y transvaginal no son adecuados para vírgenes, pero mediante el uso de la técnica transperineal, las patologías vaginales que se ocultan detrás del himen pueden evaluarse fácilmente.

Una evaluación integral del sistema del tracto urinario inferior femenino se basa en la historia clínica, el examen físico, la urodinámica y estudios de imagen. El ultrasonido es una alternativa valiosa a la radiografía y permite la documentación funcional-morfológica. Con incremento en el conocimiento de su aplicación en el tracto urinario inferior femenino, más procedimientos diagnósticos y quirúrgicos pueden realizarse de una manera menos invasiva con la ayuda del ultrasonido. Para los STUI femeninos, es conveniente y útil realizar una ecografía transvaginal e introital al mismo tiempo usando una sonda endovaginal, porque los STUI pueden ser secundarios a condiciones ginecológicas o no ginecológicas.

RECOMENDACIONES

Es importante realizar más estudios con mayor tamaño muestral para establecer la utilidad diagnóstica.

Se recomienda realizar la ecografía transperineal siempre que sea factible.

BIBLIOGRAFÍA

- Ley Orgánica de Salud. (2006). Del derecho a la salud y su protección . Quito, Ecuador: http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/legislations/PDF/EC/ley_organica_de_salud.pdf.
- Akyuz, M., & Gurcan, N. (2021). The evaluation of the use of 2D shear-wave ultrasound elastography in differentiation of clinically insignificant and significant liver fibrosis in pediatric age group. *Abdom Radiol*, 1941.
- Alper, T., & Ayse, D. (2022). The role of transperineal ultrasound in the evaluation of stress urinary incontinence cases. *PubMed*, 70-72.
- Álvarez, M., & Chiharu, A. I. (2015). Utilidad diagnóstica del ultrasonido transperineal en la incontinencia urinaria de esfuerzo. *Ginecol Obstet Mex* , 32-42.
- Arab, A., & Chehrehrazi, M. (2016). Ultrasound measurement of abdominal muscles activity during abdominal hollowing and bracing in women with and without stress urinary incontinence. *Man Ther*, 596.
- Berglas, B., & Rubin, I. (2015). Study of the supportive structures of the uterus by levator myography. *Surg Gynecol Obstet*, 677.
- Bø, K., & Sherburn, M. (2015). Evaluation of female pelvic-floor muscle function and strength. *Phys Ther*, 269.
- Brennan, D. (2021). What Are 4 Types of Urinary Incontinence. *Medicine*, 2.
- Bump, R., Mattiasson, A., & Bø, K. (2015). The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol*, 10.
- Castañeda, I., Martínez, J. D., & García, J. Á. (2016). Aspectos epidemiológicos de la incontinencia urinaria en pacientes femeninas de urología y ginecología. *Revista Cubana de Urología*, 5(2), 54. Obtenido de <http://www.revurologia.sld.cu/index.php/rcu/article/view/250/270#:~:text=De%20todas%20estas%20disfunciones%20la,cualquier%20p%C3%A9rdida%20de%20orina%20involuntaria.&text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,la%20edad%20y%20del%20sexo>
- Constitución del Ecuador. (20 de octubre de 2008). Registro Oficial 449 .

- Elham, K., & Ensi, K. (2022). Prediction of Stress Urinary Incontinence Using the Retrovesical (β) Angle in Transperineal Ultrasound. *PubMed*, 526.
- Falah, K., & Reeves, J. (2021). The pathophysiology of stress urinary incontinence: A systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J*, 501.
- Fernández, J., & Galván, D. (2019). Incontinencia urinaria en mujeres. *Medicina*, 76.
- Fielding, J., & Dumanli, H. (2015). MR-based three-dimensional modeling of the normal female pelvic floor in women: quantification of muscle mass. *AJR Am J Roentgenol*, 174.
- Goepel, C., Hefler, L., & Methfessel, H. (2015). Periurethral connective tissue status of postmenopausal women with genital prolapse with and without stress incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 659.
- Gowda, S., & Bordoni, B. (2021). Anatomy, abdomen and pelvis, levator ani muscle. *Publishing*, 78.
- Hajebrahimi, S., & Azaripour, A. (2021). Clinical and Transperineal Ultrasound Findings in Females with Stress Urinary Incontinence Versus Normal Controls. *Pakistan Journal of Biological Sciences*, 1434.
- Herschorn, S. (2015). Female Pelvic Floor Anatomy: The Pelvic Floor, Supporting Structures, and Pelvic Organs. *PubMed*, 875.
- Jamard, E., & Blouet, M. (2020). Utility of 2D-ultrasound in pelvic floor muscle contraction and bladder neck mobility assessment in women with urinary incontinence. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*, 49.
- Kawano, P., & Amaro, J. L. (2021). Urodinâmica convencional versus cistometria simplificada para caracterização da incontinência urinária feminina. *Scielo*, 541.
- Klutke, C., & Siegel, C. (2015). Functional female pelvic anatomy. *Urol Clin North Am*, 487.
- Komesu, Y., & Schrader, R. (2016). Epidemiology of mixed, stress, and urgency urinary incontinence in middle-aged/older women: The importance of incontinence history. *Int Urogynecol J*, 763.
- Martín, C., & Carnero, M. P. (2020). Prevalencia y factores asociados a incontinencia urinaria en el área de salud este de Valladolid. *Scielo*, 19(57). doi:<https://dx.doi.org/eglobal.19.1.368611>

- Mostwin, J., & Yang, A. (2015). Radiography, sonography, and magnetic resonance imaging for stress incontinence: contributions, uses, and limitations. *Urol Clin North Am*, 539.
- Norton, P. (2015). Pelvic floor disorders: the role of fascia and ligaments. *Clin Obstet Gynecol*, 938.
- Okcu, N. T., & Vuruskan, E. (2021). Use of Shear Wave Elastography to Evaluate Stress Urinary Incontinence in Women. *PubMed*, 399.
- Ortega, J. A. (2016). *Estudio de concordancia entre el diagnóstico clínico de incontinencia de orina en la mujer, realizado en una unidad de suelo pelviano de un programa de atención a la mujer*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Peiró, E. (2018). *Resultados de la cirugía para la incontinencia urinaria de esfuerzo con banda suburetral*. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá.
- Ptaszkowski, K., & Paprocka, M. (2017). Assessment of bioelectrical activity of synergistic muscles during pelvic floor muscles activation in postmenopausal women with and without stress urinary incontinence: A preliminary observational study. *Clin Interv Aging*, 1521.
- Sampieri, R. H. (2017). *Metodología de la Investigación Científica*. México: McGrawHill.
- Sapsford, R., & Hodges, P. (2016). Contraction of the pelvic floor muscles during abdominal maneuvers. *Arch Phys Med Rehabil*, 1081.
- Sapsford, R., Hodges, P., & Richardson, C. (2015). Co-activation of the abdominal and pelvic floor muscles during voluntary exercises. *Neurourol Urodyn*, 31-42.
- Sendag, F., & Vidinli, H. (2015). Role of perineal sonography in the evaluation of patients with stress urinary incontinence. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 54.
- Seon, K., Duk, C., & Seob, S. (2018). Effect of different contraction methods on pelvic floor muscle contraction in middle-aged women. *Physical Therapy Rehabilitation Science*, 103.
- Smith, M., Coppieters, M., & Hodges, P. (2017). Postural response of the pelvic floor and abdominal muscles in women with and without incontinence. *Neurourol Urodyn*, 377.
- Soames, R. (2015). *Skeletal system*. In: Williams PL, Bannister LH, Berry MM, et al., editors. *Gray's Anatomy*. New York: Churchill Livingstone.

- Strohbehn, K. (2015). Normal pelvic floor anatomy. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 683.
- Thompson, J., O'Sullivan, P., & Briffa, K. (2015). Assessment of pelvic floor movement using transabdominal and transperineal ultrasound. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 285.
- Trujillo, A. P. (2016). *Guías Clínicas Sociedad Ecuatoriana de Urología: Vejiga Neurogénica e Incontinencia Urinaria*. Quito: Universidad San Francisco de Quito. Obtenido de <https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/5234/1/123672.pdf>
- Varella, D. (2020). Incontinência urinária. *Salud*, 5.
- Yang, X., & Zhu, L. (2019). Comparisons of electromyography and digital palpation measurement of pelvic floor muscle strength in postpartum women with stress urinary incontinence and asymptomatic parturients: A cross-sectional study. *Gynecol Obstet Invest*, 599.
- Yitong, Y., Zhijun, X., & Xiaoyu, F. (2019). Three-Dimensional Transperineal Ultrasonography for Diagnosis of Female Occult Stress Urinary Incontinence. *PubMed*, 8078.

ANEXOS

PISQ-IR

**Función sexual de las mujeres con: prolapso de órganos
pélvicos (POP), Incontinencia urinaria y/ o fecal**



Q1 Cuál de las siguientes opciones describe mejor su situación actual:

Sin **ningún** tipo de actividad sexual 1 → Vaya a la pregunta **Q2- Pag 1**

Sexualmente **activa, con o sin** pareja 2 → Vaya a la pregunta **Q7 - Pag 3**

Para aquellas mujeres que **NO** son Sexualmente Activas



Si usted mantiene actividad sexual, por favor marque este recuadro y vaya a la

Página 3

Q2 A continuación tiene una lista de motivos por los cuales usted podría **no** tener actividad sexual. Por favor, marque en qué medida está usted de acuerdo o en desacuerdo con cada uno de ellos como razón para no tener actividad sexual.

	MUY DE ACUERDO	ALGO DE ACUERDO	ALGO EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
a No tengo pareja	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
b No tengo interés	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
c Por problemas de vejiga y/o intestinales (ej. incontinencia urinaria o fecal) y/o por prolapso (sensación de bulto en la zona vaginal)	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
d Por mis otros problemas de salud	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
e Por dolor	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴

Q3 ¿Cuánto limita su actividad sexual el temor a tener escapes de orina y/o heces y/o la sensación de bulto en la vagina (ya sea vejiga, recto o útero caídos)?

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Algo
- 4 Mucho

Q4 Por favor, rodee en cada una de las siguientes escalas el número (del 1 al 5) que mejor represente cómo se siente usted respecto a su vida sexual:

	VALORACIÓN					
a. Satisfecha	1	2	3	4	5	Insatisfecha
b. Adecuada	1	2	3	4	5	Inadecuada

Q5 En qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones:

	MUY DE ACUERDO	ALGO DE ACUERDO	ALGO EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
a Me siento frustrada por mi vida sexual	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
b Me siento sexualmente inferior debido a mi incontinencia y/o prolapso	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
c Me siento enfadada por el impacto que la incontinencia y/o prolapso tienen en mi vida sexual	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴

Q6 En general, ¿en qué medida le molesta no tener actividad sexual?

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Algo
- 4 Mucho

Fin de las preguntas para las mujeres NO Sexualmente Activas

Para aquellas mujeres que son Sexualmente Activas

Las preguntas siguientes son de un tema sobre el que no le preguntan con frecuencia.

Las respuestas son totalmente confidenciales

Q7 Indique con qué frecuencia se siente estimulada sexualmente (excitada físicamente o “está caliente”) durante la actividad sexual.

- 1 Nunca
- 2 Rara vez
- 3 Algunas veces
- 4 A menudo
- 5 Siempre

Q8 Cuando tiene actividad sexual, ¿con qué frecuencia experimenta cada una de las siguientes sensaciones?

	NUNCA	RARA VEZ	ALGUNAS	A	CASI
a. Satisfecha	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
b. Vergüenza	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
c. Temor	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

Q9 Con qué frecuencia tiene escapes de orina y/o escapes de heces con cualquier tipo de actividad sexual.

- 1 Nunca
- 2 Rara vez
- 3 Algunas veces
- 4 A menudo
- 5 Siempre

Q10 ¿Cómo son sus orgasmos ahora respecto a los orgasmos que ha tenido en el pasado?

- 1 Mucho menos intensos
- 2 Menos intensos
- 3 De la misma intensidad
- 4 Más intensos
- 5 Mucho más intensos

Q11 ¿Con qué frecuencia siente dolor durante las relaciones sexuales con coito (penetración)? (Si no mantiene relaciones sexuales con coito marque esta casilla y pase a la siguiente pregunta)

- 1 Nunca
- 2 Rara vez
- 3 Algunas veces
- 4 A menudo
- 5 Siempre

Q12 ¿Tiene pareja sexual?

- 1 Sí → Vaya a la pregunta Q13
- 2 No → Vaya a la pregunta Q15

Q13 ¿Con qué frecuencia tiene su pareja algún problema (Ej. falta de excitación, de deseo, de erección) que la limite a usted en su actividad sexual?

- 1 Todo el tiempo
- 2 La mayor parte del tiempo
- 3 Algunas veces
- 4 Casi nunca/Rara vez

Q14 En términos generales, considera usted que su pareja le influye de forma positiva o negativa en los siguientes aspectos:

	MUY POSITIVA	ALGO POSITIVA	ALGO NEGATIVA	MUY NEGATIVA
a. El deseo sexual que usted siente	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
b. La frecuencia con la que usted tiene actividad sexual	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴

Q15 Cuando tiene actividad sexual, ¿con qué frecuencia siente que quiere más?

- 1 Nunca
- 2 Rara vez
- 3 Algunas veces
- 4 A menudo
- 5 Siempre

Q16 ¿Con qué frecuencia tiene usted deseo sexual (esto puede incluir querer mantener relaciones sexuales, tener pensamientos sexuales, fantasías etc.)?

- 1 A diario
- 2 Semanalmente
- 3 Mensualmente
- 4 Menos de una vez al mes
- 5 Nunca

Q17 ¿Cómo evaluaría su nivel (grado) de deseo o interés sexual?

- 1 Muy alto
- 2 Alto
- 3 Moderado
- 4 Bajo
- 5 Muy bajo o ninguno

Q18 ¿Cuánto limita su actividad sexual el temor a tener escapes de orina y/o heces y/o la sensación de bulto en la vagina (prolapso)?

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Algo
- 4 Mucho

Q19 Por favor, rodee en cada una de las siguientes escalas el número (del 1 al 5) que mejor represente cómo se siente usted respecto a su vida sexual:

		VALORACIÓN					
	a Satisfecha	1	2	3	4	5	Insatisfecha
	b Adecuada	1	2	3	4	5	Inadecuada
	c Segura	1	2	3	4	5	Insegura

Q20 En qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones:

		MUY DE ACUERDO	ALGO DE ACUERDO	ALGO EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
	a Me siento frustrada por mi vida sexual	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
	b Me siento sexualmente inferior debido a mi				
	incontinencia y/o prolapso	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
	c Me siento avergonzada por mi vida sexual				
	d Me siento enfadada por el impacto que la incontinencia y/o el prolapso tienen en mi vida sexual	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴

PUNTUACIÓN

Guayaquil 12 de julio del 2022

REPORTE DE ANTIPLAGIO

Yo, Dra. Silvia Cullacay Buñay con C.I. 0301724621 médico tratante de Imagenología del Hospital Luis Vernaza en calidad de TUTOR del proyecto de investigación realizado por la **Md. FATIMA YADIRA RIVERA RASURY** con **C.I. 1311416406**, residente de posgrado en la Especialización de Imagenología desarrollada en el Hospital General Guasmo Sur, Certifico de la veracidad del reporte de **ANTIPLAGIO. URKUND** del proyecto de investigación titulado **“UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA TRANSPERINEAL Y PÉLVICA EN EL ESTUDIO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN MUJERES DE 40 A 70 AÑOS”**

RESULTADOS DEL ANALISIS- URKUND 1 %

Curiginal

Document Information

Analyzed document	TESIS FATIMA YADIRA RIVERA.pdf (D142027509)
Submitted	7/14/2022 4:01:00 AM
Submitted by	
Submitter email	angelortizmd@yahoo.com
Similarity	1%
Analysis address	angel.ortiza.ug@analysis.orkund.com



Firmado electrónicamente por:
**ANGEL OSWALDO
ORTIZ ARAUZ**

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:
**SILVIA
ALEJANDRA
CULLACAY BUNAY**

Dra. Silvia Alejandra Cullacay Buñay
TUTOR
C.I. 0301724621



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia y Tecnología



SENESCYT
SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS

TÍTULO Y SUBTÍTULO: Utilidad de la ecografía transperineal y pélvica en el estudio de la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres de 40 a 70 años de edad

AUTOR: Fátima Yadira Rivera Rasury

TUTOR: Dra. Silvia Alejandra Cullacay Buñay

REVISOR: DR. Ángel Oswaldo Ortiz Arauz

INSTITUCIÓN: UNIVERSIDAD DE
GUAYAQUIL

FACULTAD: CIENCIAS MÉDICAS

ESPECIALIDAD: IMAGENOLOGIA

FECHA DE PUBLICACIÓN:

No. DE PÁGS: 88 PAGINAS

ÁREAS TEMÁTICAS: Imagenología, Metodologías diagnósticas y terapéuticas

PALABRAS CLAVE: incontinencia urinaria de esfuerzo, ecografía transperineal.

RESUMEN: **Antecedentes:** Se ha propuesto la ecografía transperineal como un método fiable para evaluar la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina. **Objetivo:** Este estudio se realizará con el objetivo de analizar la utilidad de la ecografía transperineal y pélvica en el estudio de la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres de 40 a 70 años. **Metodología:** empleada fue la descriptiva, correlacional y prospectiva. **Resultados:** la población analizada presentó un rango de edad prevalente entre 60 a 70 años, de los cuáles el 52% eran del grupo de edad entre 51 a 60 años, el 31% se encontraban en el grupo entre 40 a 50 años y el 17% entre 61 a 70 años, Se encontró que el eco transperineal es capaz de confirmar el diagnóstico en un 97%. **Conclusión:** En esta investigación se ha confirmado la hipótesis planteada demostrando que la técnica de eco transperineal tiene una alta especificidad y sensibilidad para el diagnóstico de incontinencia urinaria, siendo mucho más alta en especificidad que la técnica de eco sonografía pélvica.

No. DE REGISTRO (en base de datos):

No. DE CLASIFICACIÓN:

DIRECCIÓN URL (tesis en la web):

ADJUNTO PDF:

SI

NO

CONTACTO CON AUTOR:

Teléfono: 0983201000

Email: dra.yadira_rivera@hotmail.com

CONTACTO EN LA
INSTITUCIÓN:

Nombre: SECRETARIA COORDINACIÓN DE POSGRADO

Teléfono: 2288086

E-mail: postgrado-fcm@ug.edu.ec