

Trabajos Originales

Fortalecimiento de la musculatura del piso pélvico en gestantes en control en un centro de salud familiar: Un estudio experimental

Camila Cohen-Quintana^a, Mercedes Carrasco-Portiño^b, Camilo Manríquez-Vidal^c Carolina Bascur-Castillo^d

^a Matrona del CESFAM Ignacio Carrera Pinto de Yerbas Buenas. Estudiante de Magister en Salud Sexual y Reproductiva. Universidad de la Concepción.

^b Matrona, Magister en Salud Pública y Administración Sanitaria. Doctora en Salud Pública. Profesora asociada del Dpto. de Obstetricia y Puericultura. Universidad de Concepción.

^c Ingeniero estadístico. Colaborador académico del Dpto. de Obstetricia y Puericultura. Universidad de Concepción.

^d Matrona. Especialista en Ginecología. Magister en Salud Reproductiva. Doctora (c) en Ciencias de la Salud. Profesora asistente del Dpto. de Obstetricia y Puericultura. Universidad de Concepción.

RESUMEN

Antecedentes: Aunque la presencia de disfunciones del piso pélvico es más prevalente en mujeres adultas de avanzada edad, durante el embarazo o post parto se puede presentar incontinencia urinaria (IU), siendo la de esfuerzo (IUE) la más común en este período.

Objetivo: Evaluar el efecto del entrenamiento de la musculatura del piso pélvico (EMPP) en gestantes controladas en el Centro de Salud Familiar de la comuna de Yerbas Buenas, durante el año 2016.

Material y Método: Estudio piloto cuasi-experimental en gestantes entre 20 y 40 años, atendidas en Atención Primaria de Salud. Muestra piloto: 20 gestantes (20 a 28 semanas de gestación). Se les evaluó la fuerza de la musculatura pélvica (FMP) mediante Escala de Oxford Modificada al inicio y luego de 8 semanas de EMPP, además se midieron las características socio-bio-demográficas, antecedentes mórbidos y obstétricos, hábitos y la sintomatología urinaria, lo que fue medido utilizando el International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form (ICIQ-SF).

Resultados: El 50% de las gestantes refirió IU durante el embarazo, siendo en el 95% IUE. No se relacionó la paridad, tipo de parto y EN con menor FMP. El EMPP mejoró significativamente la FMP de las gestantes ($p < 0,05$)

Conclusiones: La IUE fue la DPP más prevalente en las gestantes. Es posible mejorar la FMP en gestantes con el EMPP, por tanto, se debería considerar su incorporación a las prestaciones del sistema público de salud como una acción de promoción de la salud sexual y reproductiva, ya que es una intervención de bajo costo y baja complejidad.

PALABRAS CLAVE: Entrenamiento de la musculatura pélvica, Gestantes, Piso pélvico.

ABSTRACT

Background: Although pelvic floor dysfunctions are more prevalent in older adult women, urinary incontinence may be present during pregnancy or postpartum, with stress incontinence (SUI) being the most common in this period.

Objective: To evaluate the effect of pelvic floor muscle training on pregnant women attended in a family health center in Yerbas Buenas, Chile, in 2016.

Material and Method: Pilot quasi-experimental study in pregnant women, aged between 20 and 40, attending a primary health care center. Pilot sample: 20 pregnant women (20 to 28 weeks). Pelvic muscle strength was assessed by Modified Oxford Scale at the beginning of the study and then after 8 weeks of exercising. Socio- and bio-demographic characteristics, morbidity and obstetric history, habits, and urinary symptoms were assessed using the International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form (ICIQ-SF).

Results: 50% of the women presented urinary incontinence during pregnancy, with 95% of them suffering from stress incontinence. Parity, type of delivery and nutritional status did not relate to lower pelvic musculature strength. Pelvic floor muscle training significantly improved the women's pelvic muscle strength ($p < 0.05$).

Conclusions: Stress urinary incontinence was the most prevalent pelvic floor dysfunction in pregnant women. It is possible to improve pelvic muscle strength in pregnant women through pelvic floor muscle training; therefore, their inclusion into the public health system should be considered as an action to promote sexual and reproductive health, since it is a low-cost and low-complexity intervention.

KEYWORDS: pelvic floor, pregnant women, exercise therapy.

INTRODUCCIÓN

Las disfunciones del piso pélvico (DPP), hacen alusión a un amplio rango de problemas clínicos funcionales, siendo las más frecuentes la Incontinencia Urinaria (IU) y Prolapsos de Órganos Pélvicos (POP)¹. Pese a que las DPP tienen un origen multifactorial, dentro de los principales factores de riesgo se describen las condiciones que rodean a un embarazo y la multiparidad^{2,3,4,5}. Durante el embarazo o post parto se puede manifestar por primera vez la IU, siendo la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE) la más común en este período⁶.

Si bien por muchos años la cirugía ha sido la primera elección de tratamiento de las DPP, desde la década del 80 surgió el interés por el tratamiento conservador, y es el entrenamiento de la musculatura del piso pélvico (EMPP) el más utilizado durante el embarazo y post parto^{6,7,8}.

Debido a la gran prevalencia de DPP², al impacto en la calidad de vida que esta problemática genera en las mujeres y a la escasa producción científica nacional y regional sobre los beneficios del EMPP, es que este estudio pretende evaluar el efecto del EMPP en gestantes controladas en el Centro de Salud Familiar de la comuna de Yerbas Buenas, durante el año 2016.

PARTICIPANTES Y MÉTODO

Diseño: Estudio piloto de tipo cuantitativo cuasi-experimental.

Participantes. La muestra piloto estuvo constituida por mujeres jóvenes, gestantes en control prenatal en el Centro de Salud Familiar "Ignacio Carrera Pinto" de la

comuna de Yerbas Buenas, Región del Maule, durante los meses de mayo a agosto del año 2016.

Muestra piloto: Consistió en 20 embarazadas que tenían entre 20 y 28 semanas de gestación durante los meses del estudio, sin embargo, al término del este permanecieron 18 de las 20 gestantes con las que se inició. Debido a las características de este estudio, se realizó un muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia.

Criterios de inclusión: Mujeres entre 18 y 40 años, primigestas o hasta multiparas de dos, edad gestacional mínima de ingreso de 20 semanas, y para alcanzar a completar el entrenamiento de 8 semanas, el máximo fue de 28 semanas de embarazo. Por último, que hayan firmado el consentimiento informado para participar del estudio.

Criterios de exclusión: Multiparas de 3 o más, patologías como Hipertensión Arterial Crónica, Síndrome Hipertensivo del Embarazo, Diabetes Mellitus, Diabetes Gestacional, Síntomas de Parto Prematuro, Hemorragias del 2° o 3° trimestre y discapacidad física o mental que dificulte la participación en el estudio.

Instrumento de recogida de información: Se utilizó un cuestionario de 29 preguntas que se subdividieron en 8 apartados. El primer apartado trataba sobre la identificación de la usuaria (n° de cartola prenatal y teléfono de contacto); el segundo corresponde a datos personales (edad, estado civil, domicilio, peso, talla, IMC, etnia); el tercero acerca de hábitos (tabaquismo); el cuarto sobre antecedentes mórbidos personales (patologías y antecedentes quirúrgicos); el quinto sobre antecedentes obstétricos (paridez y tipo de partos); el sexto acerca del embarazo actual

(Fecha última regla, patología obstétrica); el séptimo trata sobre sintomatología urinaria, para lo que se utilizó un instrumento validado en español y en Chile bajo la denominación “español-chilena”, el “International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form (ICIQ-SF)9”. Este instrumento permite conocer las causas y grado de severidad de la incontinencia de orina. Por otro lado, el octavo apartado del cuestionario corresponde a la evaluación de la contractilidad de la musculatura perineal, para lo cual se utilizó la Escala de Oxford modificada, que evalúa la fuerza de la musculatura pélvica, a través de la palpación digital vaginal, clasificándola en 5 grados (cerca de 0 menor contractilidad y cerca de 5 mayor contractilidad)10.

Fase experimental: Posterior a la aplicación del cuestionario anteriormente descrito, se dió inicio al protocolo de entrenamiento, que tuvo ocho semanas de duración. Durante el período de entrenamiento se realizaron cuatro evaluaciones de la fuerza de la musculatura pélvica (FMP), una inicial y tres posteriores, con una periodicidad de cada dos semanas, en las cuales se realizó la evaluación de la FMP a través de 3 mediciones de la Escala de Oxford por evaluación, y por último se realizó un seguimiento telefónico semanal a las participantes, con el fin de supervisar la realización del entrenamiento y aclarar dudas que estas pudieran tener respecto a este.

Análisis Estadístico: Para las variables cuantitativas se realizó un análisis descriptivo concálculo de la media, mediana, desviación estándar y rango, y frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas. Para comprobar la existencia de asociación entre variables se utilizaron pruebas paramétricas, como coeficiente de correlación de Pearson para variables continuas; y pruebas no paramétricas como coeficiente de correlación de Spearman, Prueba de Wilcoxon, y Prueba de Mann Whitney. Para cada test empleado se consideraron los resultados estadísticamente significativos con un valor de $P < 0,05$. Los datos fueron analizados a través de la suite estadística SPSS versión 19.0.

RESULTADOS

De la muestra inicial de 20 gestantes, dos de ellas abandonaron el estudio, la primera por motivos personales y la segunda por motivos de salud, terminando con una muestra de 18 gestantes. El promedio de sus edades fue de 26,65 años (D.E: 5,08; Mín: 18; Máx: 40).

Como se observa en la tabla I, el 40% de las gestantes se declara soltera, sin embargo, la mayoría de éstas tiene una relación estable. El 40% convive con su pareja y el 20% se declara casada. Así mismo se puede observar que la mayoría de las gestantes reside en una zona rural (65%), y solo una de ellas declaró pertenecer a alguna etnia indígena (5%).

En cuanto a las características de salud y hábitos de la muestra inicial de participantes ($n=20$), el 30% ($n=9$) tenía un estado nutricional de sobrepeso y el 40% obesidad, siendo la media del IMC del total un 27,54 (D.E: 3,35; Mín: 21,37; Máx: 34,77). El 10% ($n=2$) declaró presentar alguna enfermedad, siendo en el total de los casos hipotiroidismo, y encontrándose ambas en controles adicionales en el Policlínico de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) del Hospital Base de Linares. Sólo el 5% ($n=1$) de las gestantes refirió tener antecedentes de alguna cirugía abdominal previa y de continuar consumiendo tabaco durante la gestación.

En relación a las características obstétricas de las participantes, el promedio de edad gestacional de ingreso de la muestra fue de 25 semanas (D.E: 3,9; Mín: 20; Máx: 29), el 55% ($n=11$) de las gestantes era nulípara y el 45% ($n=9$) múltipara. De éstas, la mayoría había tenido solo un parto, siendo en el 55,6% de los casos parto vaginal. No se reportaron partos instrumentales (ver tabla II).

Respecto a los síntomas urinarios, de la muestra inicial de gestantes el 50% ($n=10$) reportó alguna pérdida de orina durante el embarazo (tabla III). Además, se puede afirmar que no existe relación entre la fuerza del piso pélvico con la presencia de pérdida de orina ($p > 0,866$)

En la tabla IV es posible observar que de las gestantes que reportaron pérdida de orina, la mayoría considera que la cantidad era muy poca y el impacto en su vida diaria era bajo. Por otra parte, es posible observar que casi la totalidad de estas refiere que la pérdida de orina se produce al toser o estornudar.

En cuanto a la evaluación de la fuerza del piso pélvico de la muestra inicial de gestantes ($n=20$) mediante la escala de Oxford Modificada, el promedio en la primera evaluación fue de 1,41 (1ª evaluación: 1,2; 2ª evaluación: 1,6; 3ª evaluación: 1,43).

En la tabla V, se puede observar que no existe una relación estadísticamente significativa entre la fuerza del piso pélvico en la primera evaluación con el número de hijos/as y tipo de partos de las gestantes.

Como se puede observar en la tabla VI, existe una relación estadísticamente significativa en el aumento de la fuerza del piso pélvico, posterior a las ocho semanas de entrenamiento de piso pélvico. La

progresión de la fuerza de piso pélvico se puede observar en la figura 1.

Finalmente, no existe diferencia entre la media de la escala de Oxford según estado nutricional (EN) de las gestantes en estudio, es decir, en la primera evaluación las gestantes con EN normal tenían de media 1,33, las gestantes con sobrepeso 2,17 y las obesas 1,38. En la última evaluación la media de la escala de Oxford alcanzó 3,83; 3,75 y 3,75 respectivamente ($p > 0.05$).

DISCUSIÓN

En relación a la muestra de esta investigación, la tasa de deserción fue mínima (10%, $n=2$), y en ambos casos, la deserción fue por factores no predecibles, ni controlables.

El promedio de edad de nuestra muestra fue de 26,65 años, y la mayoría de esta presentaba un estado de IMC sobrepeso (media 27,54), similar a lo que se observa en otros estrudios, en donde la edad promedio fue de 25 +- 5,4 años²⁰ y el IMC promedio fue de 27,311.

Respecto a la paridez, la mayoría de las mujeres era nulípara, y de las multiparas la mayoría había tenido solo un hijo, siendo el parto vaginal el más recurrente, al igual que en el estudio de Elenskaia et al¹¹.

En una revisión de Bozkurt et al., así como en otros estudios, se establece como principales factores de riesgo para disfunciones de piso pélvico el número de embarazos y la vía del parto, debido a la importante elongación y los traumatismos de la musculatura pélvica^{10,12,13,14,15}. Por otra parte, en un estudio comparativo realizado a 141 mujeres, divididas en cuatro grupos: nulíparas, primigestas en su primer trimestre, en su segundo trimestre y en su tercer trimestre; en las cuales se evaluó la FMP con tres métodos: palpación digital, perineometría y dinamometría; se observó que las mujeres gestantes desde su primer trimestre ya presentan menor fuerza en la musculatura pélvica, pese a que aún no se generen grandes cambios posturales. Por otro lado, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre FMP, paridez y vía del parto, similar al presente estudio. Considerando lo anteriormente expuesto, y teniendo en cuenta el rol de la progesterona como hormona principal del embarazo, se ha estudiado la responsabilidad de ésta y su papel en la relajación del músculo liso y en el mecanismo de la atonía vesical y ureteral, sin embargo, no se ha podido confirmar esta hipótesis en pacientes que permanezcan expuestas por largo

tiempo a progestágenos, como por ejemplo, en pacientes que usan progestágenos para regulación de fecundidad o tratamiento de endometriosis¹⁵.

En relación a la sintomatología urinaria, en un estudio prospectivo realizado a 60 gestantes, no se demostró correlación entre las pérdidas miccionales y el impacto de éstas en la calidad de vida¹⁶, al igual que en los resultados de este estudio, en el cual la mayoría de las gestantes que reportaron pérdidas urinarias consideraba que el impacto en la calidad de vida era baja.

Cabe destacar, que en los controles prenatales rutinarios en Chile, no está incluida la pesquisa de sintomatología urinaria, a excepción de las Infecciones del Tracto Urinario (ITU), no obstante, en el estudio de De Souza et al, se observó que las gestantes de primer trimestre ya presentaban alta frecuencia de síntomas del tracto urinario – IUE, ITU, Dispareunia- por lo que destaca la importancia de orientar a las gestantes en el reporte de IUE y Dispareunia¹⁰.

Al igual que los resultados obtenidos en esta investigación, un estudio realizado en Corea, en que se evaluó a una muestra de 18 mujeres con incontinencia de orina post parto, en el cual se comparó el efecto del EMPP durante ocho semanas en dos grupos, uno con supervisión y otro sin supervisión. Se obtuvieron resultados beneficiosos en relación a la mejoría de los síntomas clínicos de incontinencia urinaria y FMP, tanto en el grupo con supervisión, como en el grupo sin supervisión; sin embargo, el grupo con supervisión presentó mejores resultados¹⁷. Esto se relaciona con otros estudios, como el de González Morán, en el cual se corrobora el efecto positivo de el EMPP en la FMP¹⁸. No obstante, el principal inconveniente para obtener mejores resultados en este tipo de programas de entrenamiento es que a las pacientes se les dificulta incorporar estas rutinas de ejercicio a su vida diaria, por lo tanto es fundamental el apoyo de algún(a) profesional capacitado(a) para lograr mayor éxito en los resultados¹⁶, y en Chile se cuenta con la presencia de la matrona o matrona a lo largo de todo el país para poder realizarlo.

Según lo expuesto en una revisión Cochrane, en general, se recomienda que el EMPP se incluya como primera línea en los programas conservadores para el manejo de mujeres con incontinencia urinaria de urgencia u otros tipos de incontinencia. Sin embargo, el carácter limitado del seguimiento, posterior al tratamiento, hacen que aún no se tenga certeza de la eficacia del EMPP a largo plazo¹⁹.

CONCLUSIÓN

Se concluye que el EMPP produce efectos beneficiosos en gestantes tras ocho semanas de intervención, sin embargo los resultados de este estudio piloto ameritan su validación en una cohorte de mayor tamaño, ya que al ser un tratamiento conservador de bajo costo y mínima dificultad, podría implementarse en la atención ginecológica a nivel primario en salud por una profesional matrona o matron con un impacto positivo en una patología prevalente como es la incontinencia de orina postparto.

BIBLIOGRAFÍA

- Obregón L, Saunero A. Disfunción del piso pélvico: epidemiología. *Rev ObstetGinecol Venez.* 2009; 69(3): 172-178.
- Bozkurt M, Yumru A, Sahin L. Pelvic floor dysfunction and effects of pregnancy and mode of delivery on pelvic floor. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2014; 53(4): 452-458.
- Kashanian M, Ali SS, Nazemi M, Bahasadri S. Evaluation of the effect of pelvic floor muscle training (PFMT or Kegel exercise) and assisted pelvic floor muscle training (APFMT) by a resistance device (Kegelmaster device) on the urinary incontinence in women "comparison between them: a randomized trial". *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.* 2011; 159(1): 218-223.
- González Riesco ML, de Souza Caroci A, Junqueira Vasconcellos de Oliveira SM, Baena de Moraes Lopes MH. Perineal muscle strength during pregnancy and postpartum: the correlation between perineometry and digital vaginal palpation. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2010; 18(6): 1138-1144.
- MacLennan AH, Taylor AW, Wilson DH, Wilson D. The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology.* 2000; 107: 1460-1470.
- Hay-Smith J, Mørkved S, Fairbrother KA, Herbison GP. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(1):CD007471. [citado 2016 Abr 11]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18843750>
- Boyle R, Hay-Smith EJC, Cody JD, Mørkved S. Pelvic Floor Muscle Training for Prevention and Treatment of Urinary and Fecal Incontinence in Antenatal and Postnatal Women: A Short Version Cochrane Review. *Neurourology and Urodynamics.* 2014; 33: 269-276.
- Bø K. Is There Still a Place for Physiotherapy in the Treatment of Female Incontinence?. *EAU Update Series.* 2003; 1: 145-153.
- Dellabarba Petricelli C, Magalhaes Resende AP, Elito Júnior J, Araujo Júnior E, Alexandre SM, Diniz Zanetti MR, Uchiyama Nakamura M. Distensibility and Strength of the Pelvic Floor Muscles of Women in the Third Trimester of Pregnancy. *BioMed Research International*, 2014. [citado: 2016 Mar 31]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/437867>.
- De Souza Caroci A, Gonzalez Riesco ML, Moraes Camargo Rocha B, De Jesus Ventura L, Guimarães Oliveira S. Evaluation of perineal muscle strength in the first trimester of pregnancy. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2014; 22(6): 893-901.
- Elenskaia K, Thakar R, Hameed Sultan A, Scheer I, Beggs A. The effect of pregnancy and childbirth on pelvic floor muscle function. *Int Urogynecol J.* 2011; 22: 1421-1427.
- Pena Outeiriño JM, Rodríguez Pérez AJ, Villodres Duarte A, Marmol Navarro S, Lozano Blasco JM. Tratamiento de la disfunción del suelo pélvico. *Actas Urol Esp.* 2007; 31(7): 719-731.
- Aliaga-Martínez F, Prats-Ribera E, Alsina-Hipólito M, Allepuz-Palau A. Impacto en la función de los músculos del suelo pélvico de un programa de entrenamiento específico incluido en el control habitual del embarazo y el posparto: ensayo clínico controlado no aleatorizado. *Matronas Prof.* 2013; 14(2): 36-44.
- Guzmán Rojas R, Wong V, Shek KL, Peter Dietz H. Impact of levator trauma on pelvic floor muscle function. *Int Urogynecol J.* 2014; 25: 375-380.
- Távora L. Repercusiones del embarazo y el parto sobre las vías urinarias. *Ginecol. obstet.* 1998; 44(3): 162-168.
- Botelho S, Ricetto C, Ribeiro G, Gome J, Brisola M, Herrmann V, Palma P, Bigozzi M.A. Síntomas de vejiga hiperactiva en mujeres en fase gestacional y puerperal: ¿existe correlación entre los síntomas y la percepción de la calidad de vida?. *ACTAS UROL ESP.* 2010; 34(9): 794-797.

17. Kim E, Kim S, Oh D. Pelvic floor muscle exercises utilizing trunk stabilization for treating postpartum urinary incontinence: randomized controlled pilot trial of supervised versus unsupervised training. *Clinical Rehabilitation*. 2011;26(2):132-141.
18. González Morán J. Eficacia del entrenamiento muscular en el elemento de la fuerza del suelo pélvico. Trabajo Fin de Grado. Escuelas Universitarias Gimbernat-Cantabria. [Internet]. Septiembre 2014. [citado 2017 Mar 31]. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5810/GONZ%C3%81LEZ%20MOR%C3%81N,%20Janire.pdf?sequence=1>
19. Palmezoni V, Santos M, Pereira J, Bernardes B, Pereira-Baldon V, Resende A. Pelvic floor muscle strength in primigravida and non-pregnant nulliparous women: a comparative study. *International Urogynecology Journal*. 2016;28(1):131-137.

Tabla I
Características Sociodemográficas de las gestantes participantes del Protocolo de Entrenamiento de Piso Pélvico (n=20).

Características	n	%
Estado Civil		
Soltera	8	40
Conviviente	8	40
Casada	4	20
Viuda	0	0
Domicilio		
Urbano	7	35
Rural	13	65
Etnia Indígena		
Si	1	5
No	19	95

Fuente: Elaboración propia

Tabla II
Características obstétricas de las gestantes multíparas participantes del Protocolo de Entrenamiento de Piso Pélvico (n=9).

Características	n	%
N° de Partos		
1	8	88,9
2	1	11,1
Tipo de Parto		
Vaginal	5	55,6
Cesárea	4	44,4
Instrumental (fórceps)	0	0
N° partos vaginales		
0	4	44,4
1	4	44,4
2	1	11,2
N° partos cesárea		
0	5	55,6
1	4	44,4
2	0	0

Fuente: Elaboración propia

Tabla III
Frecuencia de la pérdida de orina en gestantes participantes (n=20).

Categoría	Pérdida de orina	
	N	%
Nunca	10	50
1 o menos por semana	7	35
2 a 3 por semana	1	5
1 por día	2	10
Total	20	100

Fuente: Elaboración propia

Tabla IV
Síntomas urinarios de las gestantes que reportaron alguna pérdida de orina (n=10)

Características	n	%
Cantidad de orina que pierde		
• Nada	0	0
• Muy poco	8	80
• Moderado	2	20
• Mucho	0	0
Impacto de la pérdida de orina en la vida diaria		
• Nada (0)	2	20
• Bajo (1-3)	6	60
• Moderado (4-6)	0	0
• Alto (7-10)	2	20
Cuando pierde orina (n=10)		
• Nunca	0	0
• Antes de llegar al WC	1	10
• Tose o estornuda	9	90
• Duerme	0	0
• Esfuerzo físico o ejercicio	0	0
• Al terminar de orinar	0	0
• Sin motivo evidente	0	0
• Continuamente	0	0

Fuente: Elaboración propia

Tabla V
Relación fuerza de Piso Pélvico en primera evaluación con antecedentes Obstétricos (n=18).

Características	n	Media	D.E	p-valor
Hijos				
Si	9	1,56	0,88	0,6804
No	9	1,67	0,71	
Partos vaginales				
Si	5	1,4	0,89	0,451
No	13	1,69	0,75	
Partos Cesáreas				
Si	4	1,75	0,96	0,9412
No	14	1,57	0,76	

Fuente: Elaboración propia

Tabla VI
Aumento de fuerza de Piso Pélvico entre primera y cuarta evaluación (n=18).

Observación 1	Observación 2	N	Sema (R+)	E (R+)	Var (R+)	Z	p-valor
1° evaluación	4° evaluación	18	0	85,5	512	-3,78	0,0006

Fuente: Elaboración propia