

Calidad de vida en mujeres menopáusicas con disfunciones del suelo pélvico

Proyecto de investigación

Agradecimientos:

Al final de esta etapa, me gustaría agradecer enormemente su esfuerzo a mi tutora, Alicia Baltasar, que me ha guiado y especialmente motivado, a hacer este trabajo de un tema que siempre he encontrado apasionante. Recordaré las tutorías con mucho aprecio.

También quiero mencionar a mis mejores amigas, Tania y Mireia. Que he tenido el placer de conocer en esta ciudad y son las dos estrellas que han hecho toda esta experiencia universitaria hacer que merezca la pena. Os llevo en el corazón a ambas para toda la vida. Agradezco todo el apoyo incondicional, todo su amor y momentos a Sergi. Gracias por las veces en las que me sentía perdida y me ayudaste a encontrar el camino.

De todo corazón doy las gracias a mi familia, por su apoyo y cariño, que me motivan a ser mejor cada día.

Y finalmente, quiero mencionar a mi padre, que sin él nada de esto hubiera sido posible. Gracias a ti he cumplido el sueño de mi vida y gracias a ti soy la persona que soy ahora. No tengo palabras para describir cuánto te quiero y lo agradecida que estoy por todo lo que has hecho y sacrificado por mí.

Abreviaturas:

- DSP: Disfunciones Suelo Pélvico
- SP: Suelo Pélvico
- MSP: Músculos Suelo Pélvico
- FR: Factores de Riesgo
- IMC: Índice de Masa Corporal
- IU: Incontinencia Urinaria
- POP: Prolapso de Órganos Pélvicos
- IUE: Incontinencia Urinaria de Esfuerzo
- IUU: Incontinencia Urinaria de Urgencia
- IUM: Incontinencia Urinaria Mixta
- DSF: Disfunción Sexual Femenina
- CdV: Calidad de Vida
- CVRS: Calidad de Vida Relacionada con la Salud

ÍNDICE

Resumen.....	5
Abstract.....	6
Introducción y justificación	7
Marco teórico	8
1. Menopausia.....	8
A. Concepto de menopausia.....	8
B. Fases de la menopausia.....	9
C. Síntomas de la menopausia	10
D. Efectos de la menopausia en el suelo pélvico	12
2. Suelo pélvico.....	12
A. Anatomía y fisiología del suelo pélvico	12
B. Disfunción del suelo pélvico:	15
3. Calidad de vida y hábitos saludables	22
A. Definición de calidad de vida y su impacto de las DSP	22
B. Hábitos saludables y su impacto en las DSP	23
4. Epidemiología	24
Bibliografía.....	25
Hipótesis y Objetivos.....	32
A. Hipótesis.....	32
B. Objetivos	32
Metodología	32
A. Tipo de estudio.....	32
B. Ámbito de estudio	33
C. Población de estudio.....	33
D. Criterios de inclusión y exclusión	33
E. Variables de estudio	34
F. Instrumentos de estudio	37
G. Procedimiento	39

H. Análisis de los datos	40
I. Consideraciones éticas	41
J. Limitaciones del estudio.....	41
Presupuesto.....	42
Aportaciones a la práctica enfermera	42
Anexos	44

Resumen

Las disfunciones de suelo pélvico son un problema de salud común que afecta a muchas mujeres, llegando a afectar hasta al 25% de ellas en EEUU (1). Aunque la relación entre la menopausia y estas disfunciones ha sido objeto de debate en la literatura científica, numerosos estudios han evidenciado su asociación. Lo que resulta innegable es su impacto negativo en la calidad de vida de las mujeres afectadas. Por lo tanto, las mujeres menopáusicas con disfunciones de suelo pélvico se encuentran especialmente vulnerables a experimentar una percepción inferior de su calidad de vida en comparación con la población general. Este hecho resalta la importancia de investigar y comprender a fondo este fenómeno para poder ofrecer mejores estrategias de prevención y tratamiento, así como mejorar la calidad de vida de las mujeres afectadas.

Objetivo: El objetivo principal de este estudio es conocer la calidad de vida percibida por las mujeres menopáusicas con disfunciones de suelo pélvico (DSP) en la región sanitaria de Girona.

Metodología y métodos: el estudio se llevará a cabo durante el año 2023 con mujeres menopáusicas con disfunciones del suelo pélvico que acuden a la unidad de suelo pélvico del Hospital Josep Trueta. Es un estudio observacional y transversal que recogerá información sobre su calidad de vida mediante el cuestionario PFIQ-20 (Pelvic Floor Impact Questionnaire-20).

Palabras clave: calidad de vida, disfunciones suelo pélvico, menopausia.

Abstract

Pelvic floor dysfunctions are a common health problem that affects many women, affecting up to 25% of them in the US (1). Although the relationship between menopause and these dysfunctions has been the subject of debate in the scientific literature, numerous studies have shown their association. What is undeniable is its negative impact on the quality of life of the affected women. Therefore, menopausal women with pelvic floor dysfunctions are especially vulnerable to experiencing a lower perception of their quality of life compared to the general population. This fact highlights the importance of researching and thoroughly understanding this phenomenon in order to offer better prevention and treatment strategies, as well as improve the quality of life of affected women.

Objective: The main objective of this study is to know the quality of life perceived by menopausal women with pelvic floor dysfunctions (PFD) in the health region of Girona.

Methodology and methods: the study will be carried out during 2023 with menopausal women with pelvic floor dysfunctions who attend the pelvic floor unit of the Josep Trueta Hospital. It is an observational and cross-sectional study that will collect information about their quality of life using the PFIQ-20 questionnaire (Pelvic Floor Impact Questionnaire-20).

Keywords: quality of life, pelvic floor dysfunctions, menopause.

Introducción y justificación

La menopausia es un proceso natural en la vida de las mujeres. Durante esta etapa, el cuerpo de la mujer se ve por muchos cambios, tanto a nivel físico como mental.

Las disfunciones de suelo pélvico engloban una serie de trastornos que afectan la función de los ligamentos, músculos y tejidos conectivos del suelo pélvico, en ellos se incluyen la incontinencia urinaria y fecal, prolapso de órganos pélvicos y dolor pélvico. Todas estas afectan a la calidad de vida cualquier persona. No se ha confirmado por la evidencia científica que haya alguna relación entre la menopausia y las disfunciones de suelo pélvico, aunque actualmente haya algunos estudios que la respaldan.

A pesar de su alta incidencia en mujeres, este problema suele ser subdiagnosticado e infravalorado. Existen muy pocos estudios que valoren la calidad de vida de estas mujeres. Este estudio pretende llenar un vacío en la literatura científica para poder ofrecer una base en futuros proyectos que se centren en diseñar estrategias de tratamiento y prevención que mejoren el bienestar y la autonomía de las mujeres afectadas

En este contexto, el presente estudio se propone investigar la calidad de vida de mujeres menopáusicas con DSP y los hábitos de vida como la calidad del sueño, la actividad física y la adherencia a la dieta.

Nota del autor: aunque la mayoría de las experiencias sobre la menopausia se centran en las mujeres cisgénero, es importante tener en cuenta que los hombres transgénero y algunas personas no binarias también pueden experimentar este proceso. En este estudio, utilizamos el término "mujeres" para referirnos a las mujeres cisgénero, debido a la falta de datos disponibles sobre otras identidades de género en relación con la menopausia. Sin embargo, es crucial reconocer que estas personas pueden tener necesidades médicas específicas relacionadas con el envejecimiento, que deben ser consideradas por los profesionales de la salud.

Marco teórico

1. Menopausia

A. Concepto de menopausia

Según la OMS, la menopausia se define como “el cese permanente de la menstruación, determinado de manera retrospectiva después de 12 meses consecutivos de amenorrea, sin causas patológicas” (2). Causa en la mayoría de las mujeres síntomas molestos que alteran la dinámica social y laboral (3,4).

El climaterio proviene del griego climater, que significa peldaños o escalones, lo que hace referencia a un periodo de transición desde la etapa reproductiva hasta la no reproductiva y se manifiesta 1 año antes aproximadamente, cuando inician cambios hormonales y síntomas, hasta 1 más después de la menopausia. También se puede definir como síndrome climatérico al conjunto de signos y síntomas que aparecen en la perimenopausia (5).

Si bien la regularidad y la duración del ciclo menstrual varían a lo largo de la etapa reproductiva de la mujer, lo habitual en todo el mundo es que las mujeres experimenten la menopausia natural entre los 45 y los 55 años (2).

Asimismo, la menopausia también puede ser consecuencia de procedimientos quirúrgicos que conlleven la extirpación de ambos ovarios o de intervenciones médicas que detengan la función ovárica (por ejemplo, la radioterapia o la quimioterapia). Algunas mujeres experimentan la menopausia a edades más tempranas (antes de los 40 años). Esta «menopausia prematura» puede deberse a una serie de anomalías cromosómicas, a trastornos autoinmunitarios o a otras causas desconocidas (2).

B. Fases de la menopausia.

Las fases del climaterio se pueden clasificar perimenopausia, menopausia y postmenopausia.



Figura 1. Menopausia y etapas adyacentes (6).

La perimenopausia es una etapa de transición hacia la menopausia. Esta etapa dura 5 años aproximadamente, aunque puede ser más corto y precoz en mujeres fumadoras y sujetas a estrés. Se producen cambios en el ritmo físico de la mujer, como son la prolongación de la etapa entre menstruaciones, los síntomas vasomotores, la sequedad en la piel y mucosas (también en la vagina), el cambio en la distribución de la masa corporal y el inicio de un incremento en el ritmo de pérdida de la masa ósea; como a aspectos psicológicos de su vida, produciéndose cambios emocionales, depresión, ansiedad o pérdida de la capacidad de atención (3).

En la propia fase de la menopausia, delimitada por la fecha de la última menstruación, desaparece su capacidad fértil y que se prolonga paulatinamente hasta llegar a la postmenopausia, etapa posterior a la menopausia y anterior a la edad senil o a la vejez. En este periodo es cuando se alteran los ciclos menstruales y aparecen los primeros síntomas de la menopausia (3,7).

No obstante, todas estas etapas comprenden un fenómeno natural y evolutivo de adaptación, y que de acuerdo a la intensidad de su sintomatología pueden ser tratadas para permitir una vida plena y de calidad durante esta transición (3).

C. Síntomas de la menopausia

Los cambios hormonales asociados a la menopausia pueden afectar al bienestar físico, emocional, mental y social. Los síntomas que se experimentan durante y después de la transición menopáusica varían notablemente de una persona a otra. Mientras que algunas mujeres sufren pocos síntomas, o incluso ninguno, otras pueden padecer síntomas graves que lleguen a condicionar sus actividades diarias y mermar su calidad de vida. En algunos casos, los síntomas pueden durar varios años (2).

- Alteraciones menstruales

Cambios en la regularidad y el flujo del ciclo menstrual, que culminan con el cese de la menstruación (2). Las formas de presentación de las alteraciones menstruales más frecuentes durante el climaterio son: proiomenorrea o polimenorrea (ciclos menores de 21 días), hipermenorrea o menorragia (menstruación con sangrado intenso o prolongado), metrorragia (sangrado fuera de la menstruación) y amenorrea (ausencia de menstruación) (6,8).

- Alteraciones vasomotoras

Se describen comúnmente como “sofocos”. Consisten en una sensación subjetiva de calor, que se extiende desde el tórax y los brazos hacia la cara, y que se acompaña frecuentemente de enrojecimiento, sudoración, escalofríos y en ocasiones de palpitaciones (2,5,7–9). Otros síntomas vasomotores intensos se asocian a alteraciones del sueño, cefaleas o vómitos(8).

- Alteraciones genitales

La disminución de los estrógenos durante la menopausia hace que la mucosa vaginal se atrofie, perdiendo glándulas secretoras, rugosidad y espesor. Estos cambios generan, en ocasiones, síntomas como sequedad vaginal y dispareunia (2,6,8,9).

- Osteoporosis

Según la definición de la Conferencia de Consenso de 2001 de los National Institutes of Health (NIH) (10), definen osteoporosis como un trastorno del esqueleto caracterizado por una alteración de la resistencia ósea que predispone a un incremento del riesgo de fractura.

La pérdida de densidad ósea que tiene lugar en la menopausia contribuye de manera importante a incrementar las tasas de osteoporosis y por lo tanto, fracturas (2,11).

- Enfermedad cardiovascular

La menopausia también puede alterar la composición corporal y el riesgo cardiovascular. La ventaja de las mujeres sobre los hombres en términos de enfermedades cardiovasculares desaparece gradualmente tras la menopausia debido a la importante disminución que se produce de los niveles de estrógenos. ya que en el hígado la disminución estrogénica favorece una disminución del colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad (HDL) y del catabolismo del ligado a lipoproteínas de baja densidad (LDL); también se ha visto que existe mayor resistencia a la insulina (2,5).

- Otras manifestaciones

Dificultad para dormir/insomnio y cambios en el estado de ánimo, depresión y/o ansiedad: los niveles de serotonina disminuyen en la menopausia. La disminución de este neurotransmisor se asocia con cambios en el estado de ánimo, labilidad emocional y alteración del ciclo sueño vigilia(2,5). Los síntomas de la menopausia también se pueden clasificar como muestra la siguiente tabla: como se presenta en la tabla 1.

Etapas	Síntomas
A corto plazo	Labilidad emocional, sudoración sofocos, irritabilidad, palpitaciones, nerviosismo, tendencia a la obesidad.
A medio plazo	Cambios relacionados con la musculatura, la piel y el aparato genitourinario.
A largo plazo	Osteoporosis, aumento del riesgo cardiovascular.

Tabla 1. Clasificación síntomas menopáusicos. (6)

Los síntomas de la menopausia se pueden aliviar aplicando diversos tipos de intervenciones, tanto hormonales como no hormonales (2). La terapia hormonal de la menopausia se basa en estrógenos y a veces con progesterona, y ayuda a controlar los síntomas generales. A pesar de ello, se ha visto que puede elevar el riesgo de padecer coagulopatías o ciertos tipos de cáncer (12,13), a parte

efectos secundarios como dolor de cabeza, cambios de humor, náuseas, sangrado vaginal, etc (13). Por otra parte, hay tratamientos específicos para los síntomas. Los tratamientos no hormonales se basan principalmente en cambios de hábitos de vida, especialmente alimentación y ejercicio físico, así como lubricantes vaginales para aliviar síntomas como sequedad vaginal y dispareunia (12).

En la práctica diaria, la etapa de transición a la menopausia se presenta como un momento ideal para evaluar la salud sexual, implementando estrategias personalizadas para mantener tanto la salud física como la mental. Los profesionales de la salud deben abordar aspectos obstétricos y ginecológicos, el uso pasado y/o actual de terapias hormonales, así como diversas comorbilidades médicas asociadas al riesgo de desarrollar disfunciones sexuales femeninas. Esto incluye trastornos del estado de ánimo/uso de sustancias psicoactivas, disfunción del suelo pélvico/incontinencia urinaria, aumento de peso/obesidad, enfermedades oncológicas y otras condiciones crónicas, con el objetivo de fomentar el bienestar tras la menopausia (14).

D. Efectos de la menopausia en el suelo pélvico

Además de todos los síntomas comentados anteriormente, se piensa que la menopausia, aunque existen estudios que no lo corroboran, es un factor de riesgo para el desarrollo de disfunciones del suelo pélvico. Se ha demostrado en diversos estudios que los órganos y los tejidos de este responden a los estrógenos. El estrógeno es una hormona que durante la menopausia disminuye lo que provoca el debilitamiento de las estructuras de soporte de la pelvis y la pérdida de tono de los músculos del SP (Suelo Pélvico) e incrementa el riesgo de prolapso de los órganos pélvicos (vagina, útero o vejiga urinaria) y de incontinencia urinaria (2,11,15–18).

2. Suelo pélvico

A. Anatomía y fisiología del suelo pélvico

La pelvis es un espacio que se continúa con la cavidad abdominal y contiene los órganos de distintos sistemas, tanto del sistema urinario (vejiga y uretra), sistema genital o reproductivo (útero, anexos y vagina en la mujer), y sistema digestivo en su extremo más distal (recto y ano). Estas estructuras se apoyan y se anclan en el piso pélvico, una estructura de músculos y tejido conectivo, que a su vez

quedan ancladas a la pelvis ósea (19,20). El SP no solo sujeta los órganos pélvicos, el recto y los tejidos vaginales, si no también afecta a la función de contracción del esfínter uretral proximal y cuello de la vejiga(16)

- La *pelvis* ósea está formada por los 2 huesos innominados o huesos de la cadera, que están fusionados al sacro posteriormente y entre sí anteriormente en la sínfisis púbica. Cada hueso innominado está compuesto por ilion, isquion y pubis, que están conectados por cartílago en la juventud, pero fusionados en el adulto. La pelvis tiene 2 cuencas: la pelvis mayor y la pelvis menor. Las vísceras abdominales ocupan la pelvis mayor. La pelvis menor es la continuación más estrecha de la pelvis mayor inferiormente (21).
- Las *estructuras* musculo-aponeuróticas del suelo pélvico se clasifican en dos sistemas: uno estriado, formado por el diafragma pélvico y por el diafragma urogenital y el otro no estriado, formado por la membrana perineal (o cuerpo perineal) y la fascia endopélvica, que rodea a los órganos contenidos en la cavidad pélvica(21,22).
 - El diafragma pélvico está constituido por el músculo elevador del ano (MEA) y el musculo coccígeo. El músculo más importante es el elevador del ano, un músculo que cubre la mayor parte de la pelvis, formado por tres fascículos o haces: el haz puborrectal, pubococcígeo e iliococcígeo. Su forma de “U” o „V“ abierta hacia anterior permite el paso de los extremos distales de los sistemas urinario, genital y digestivo. (20,22). Este diafragma se extiende hacia anterior desde el pubis, posterior hacia el cóccix y lateral hacia ambas paredes laterales de la pelvis menor. Se extiende como un embudo hacia inferior formando la mayor parte del suelo de la pelvis. Es una estructura dinámica que en reposo presenta la forma de un “embudo” o “domo”, que al contraerse se horizontaliza (20).
 - El diafragma urogenital es otro grupo muscular, superficial al elevador del ano, que participa al igual que el anterior, en la función del SP (20).

- El cuerpo perineal es una estructura fibromuscular piramidal situada en la línea media entre el ano y la vagina. Los músculos y su fascia convergen y se entrelazan a través de esta estructura. Es una parte importante del suelo pélvico; justo encima están la vagina y el útero (21,22).
- La vejiga, la uretra, la vagina y el útero están unidas a las paredes pélvicas mediante un sistema de tejido conectivo que se ha denominado fascia endopélvica. Esta continúa con la fascia visceral, que proporciona una cápsula que contiene los órganos y permite desplazamientos y cambios de volumen. La fascia y los ligamentos endopélvicos son un grupo en forma de malla de fibras de colágeno entrelazadas con elastina, células de músculo liso, fibroblastos y estructuras vasculares. (20,21)

Como se ha mencionado, el soporte que da el suelo pélvico está conformado por los músculos del suelo pélvico (MSP) y tejido conectivo fibromuscular, el más abundante es colágeno. Por lo tanto, el metabolismo anormal de este puede derivar en disfunciones del suelo pélvico.(11)

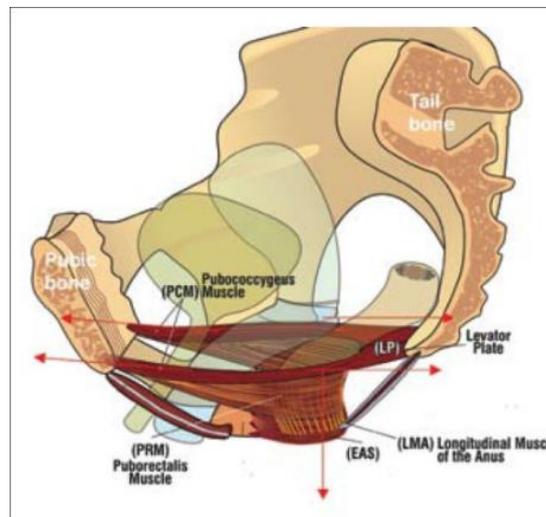


Figura 2. Anatomía de la pelvis sagital y media (23).

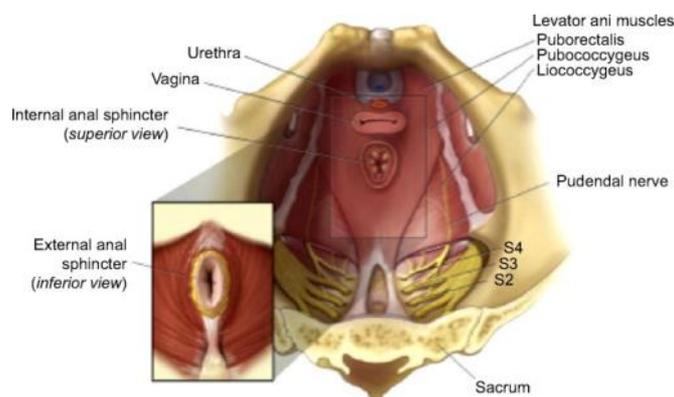


Figura 3. Anatomía de la pelvis vista transversal (24).

B. Disfunción del suelo pélvico:

i. Definición y relación con la menopausia

La disfunción del suelo pélvico (DSP) reúne ciertas condiciones que ponen en riesgo la continencia urinaria y fecal de la mujer y soporte de órganos pélvicos. Es más común en mujeres sobre todo en avanzada edad (11,19).

Rizk y Fahim (25) sugieren que la DSP está estrechamente ligada con la menopausia, ya que se da una deficiencia de estrógenos y en la función ovárica que provoca un envejecimiento más rápido de los tejidos del suelo pélvico.

Todos los tejidos del SP comparten una sensibilidad hormonal al estrógeno. Por lo que cambios significativos en la producción de esta hormona afecta al conjunto del suelo pélvicos, tanto estructural y neurológicamente (16,19,25). Los efectos de esta deficiencia de estrógenos, como ocurre en la menopausia, pueden causar alteraciones en la vagina y en la vulva, incluyendo atrofia, desvascularización y disminución de la colagenogénesis (16,25,26).

ii. Factores de riesgo de las DSP

Los FR (factores de riesgo) para desarrollar DSP según la guía NICE “Pelvic floor dysfunction: prevention and non-surgical management” se pueden clasificar de la siguiente manera expuesta en la tabla 2.

Clasificación	FR
Factor de riesgo modificable	Un índice de masa corporal (IMC) superior a 25 kg/m ² Fumar Falta de ejercicio Estreñimiento Diabetes

Factores de riesgo modificables	de	Edad (el riesgo aumenta con la edad)
	no	Antecedentes familiares de incontinencia urinaria, vejiga hiperactiva o incontinencia fecal Cáncer ginecológico y cualquier tratamiento para este Cirugía ginecológica (como una histerectomía) Fibromialgia Enfermedad respiratoria crónica y tos (la tos crónica puede aumentar el riesgo de incontinencia fecal e incontinencia de flatos)
Factores de riesgo relacionados con el embarazo	de	Tener más de 30 años al tener un bebé Haber dado a luz antes de su embarazo actual
Factores de riesgo relacionados con el parto	de	Parto vaginal asistido (fórceps o ventosa) Un parto vaginal cuando el bebé está boca arriba (occipito-posterior) Una segunda etapa activa del trabajo de parto que dura más de 1 hora. Lesión del esfínter anal durante el parto.

Tabla 2. Clasificación de los factores de riesgo de desarrollar DSP de la guía NICE “Pelvic floor dysfunction: prevention and non-surgical management” (27).

Otro factor de riesgo mencionado en algunos estudios es la raza y etnia: sugieren que las mujeres afroamericanas tienen menor prevalencia de patología del suelo pélvico (28).

Además, todas aquellas profesiones que impliquen presión sostenida sobre el suelo pélvico tienen mas posibilidades de tener DSP: enfermeras y auxiliares de enfermería, cuidadoras de personas ancianas o incapacitadas que tengan que movilizar su peso, profesionales de baile, músicas de instrumentos de viento, etc (28,29).

También, practicar deporte de alto impacto y alta intensidad puede ser un factor de riesgo ya que provoca un desequilibrio en la fuerzas de contracción del suelo pélvico con aumento de la presión intraabdominal (30).

iii. Síntomas de las DSP

Entre los síntomas clínicos de la DSP se incluyen la incontinencia urinaria (IU) o fecal, estreñimiento, dolor o presión pélvica, sensación de pesadez prolapso de órganos pélvicos (POP), dispareunia (disfunción coital) y condiciones debilitantes que impactan de gran manera la calidad de vida de la mujer. (11,19,28–34).

Estos síntomas se pueden agrupar en disfunción de suelo pélvico hipotónico/relajado, que es más fácil de reconocer ya que provoca incontinencia o prolapso, y en disfunción de suelo pélvico hipertónico/no relajado, que es causado por la incapacidad de los MSP para relajarse, lo que permanecen en un estado de contracción permanente, lo que provoca síntomas mas relacionados con el estreñimiento y la dispareunia que causan dolor en las actividades diarias como caminar, sentarse o al realizar actividad física (30).

- Incontinencia urinaria

La IU es la pérdida de orina involuntaria. La prevalencia aumenta con la edad, a pesar de ello, la UI sigue siendo subdiagnosticada y subtratada (19,35). Es la condición más prevalente dentro de todas las disfunciones de SP. Esta asociada a un aumento de la hospitalizaciones y admisiones en cuidados a largo plazo (11).

Puede ser transitoria o crónica. La IU crónica se diferencia en subtipos de estrés, urgencia, mixta, por desbordamiento o funcional (36). Durante la menopausia, la UI de esfuerzo, de urgencia y la mixta son las más frecuentes (31,35).

Existen varios tipos de incontinencia:

- **La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE)** se define como la pérdida involuntaria de orina asociada al aumento de la presión abdominal, como durante el ejercicio o al toser. Causada por debilidad del esfínter uretral o hipermovilidad uretral (35–37).
- **La incontinencia urinaria de urgencia (IUU)** se caracteriza por un repentino deseo irresistible de orinar que es difícil de posponer que se asocia más a síntomas como polaquiuria y nicturia (35–37).

Muchas mujeres con incontinencia experimentan síntomas mixtos de esfuerzo y urgencia, conocidos como **incontinencia urinaria mixta** (IUM).(19,31,35)

La edad, el IMC, obesidad, raza/etnia, historial de histerectomía, mala salud general, tabaquismo, diabetes, la paridad y el modo de parto son factores de riesgo para desarrollar la incontinencia urinaria en mujeres en la mediana edad. El aumento de la IU con la edad nos muestra la posible relación con la menopausia (19,35–37).

No se ha demostrado una asociación clara entre la retirada de estrógenos postmenopáusicos y el inicio de la IUE, y falta evidencia de alta calidad. Pero teorías actuales explican que los receptores de estrógeno se expresan en todo el tracto urinario inferior, en particular en estructuras directamente relacionadas con la continencia urinaria, como la uretra, la vagina y los músculos, fascias y ligamentos del suelo pélvico. El papel de la menopausia puede explicarse parcialmente por el efecto de la retirada de estrógenos en la remodelación del colágeno con el consiguiente impacto negativo en la movilidad uretral y los mecanismos de cierre uretral, así como con un aumento de colágeno en el músculo liso del detrusor (35).

El estudio EPINCONT (38), muestra un pico distintivo de incontinencia alrededor del momento de la menopausia, lo que sugiere que los cambios anatómicos y funcionales asociados con la menopausia en el tracto genitourinario inferior son contribuyentes importantes a todas las formas de incontinencia urinaria.

- Incontinencia fecal

La incontinencia anal es la pérdida del control voluntario del paso del contenido fecal o gaseoso a través del ano. Existen 3 tipos de incontinencia: incontinencia por urgencia, incontinencia pasiva y ensuciamiento fecal (39).

Su prevalencia real es desconocida, en gran parte por el componente sociocultural asociado a la sensación de vergüenza, la cual hace que esta sintomatología no sea expuesta de forma espontánea por el paciente ni el personal sanitario pregunte por ella (40).

- Dolor pélvico

El DPC se define como una experiencia sensitiva o emocional desagradable, asociada o no con daño tisular que se localiza en abdomen inferior, pelvis o estructuras intrapélvicas, persistiendo durante al menos 6 meses, que se presenta de forma continua o intermitente, no asociada exclusivamente con el ciclo menstrual y que, según la ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists), incluye los dolores cíclicos, recurrentes, la vulvodinia, la dismenorrea y la dispareunia. Siendo la dispareunia uno de los síntomas de DSP(41).

- Prolapso de órganos pélvicos

El POP es un fallo estructural de parte o todo el suelo pélvico. Los principales síntomas son mecánicos, como pesadez pélvica, abultamiento introital, dolor vaginal y dolor lumbar. Los hallazgos en la exploración incluyen laxitud o descenso del compartimento vaginal anterior (comúnmente llamado cistocele), compartimento posterior (rectocele/enterocele) y/o compartimento apical (prolapso uterino/vaginal si se ha realizado una histerectomía). (19)

Los factores de riesgo para desarrollar POP sintomático incluyen la paridad, el parto vaginal, la edad, la obesidad, los trastornos del tejido conectivo, y el estreñimiento crónico (42).

Al igual que con la IU, la prevalencia del POP parece aumentar con la edad. El envejecimiento induce cambios en la estructura y función del tracto urinario inferior y genital. La laxitud del suelo pélvico depende de la lesión muscular y el debilitamiento progresivo del suelo pélvico durante el proceso de envejecimiento. Estos resultados se deben a la degradación del tejido conectivo, la denervación pélvica, la desvascularización y las modificaciones anatómicas, lo que determina una disminución en la fuerza mecánica del suelo pélvico, predisponiendo al prolapso de órganos pélvicos (POP) y disfunciones intestinales (17). Sin embargo, esta observación no define la menopausia como un factor etiológico. Existe evidencia de una asociación entre el hipoestrogenismo y la calidad de los músculos del suelo pélvico y el tejido conectivo, pero la edad por sí sola podría ser responsable del aumento de las tasas de prolapso. La relación epidemiológica clara entre la menopausia y el prolapso sigue sin definirse.

Determinar si existe tal vínculo es relevante debido a su potencial terapéutico (19,43).

Por lo general, el prolapso se diagnostica clínicamente cuando se identifica el descenso de las paredes vaginales en la exploración pélvica. Es importante destacar, sin embargo, que el diagnóstico no debe basarse únicamente en la exploración, ya que la mayoría de las mujeres no se ven significativamente afectadas por el prolapso hasta que su borde principal se presenta a 1,0 cm más allá del himen (19,42,44).

- Dispareunia

La sexualidad es una parte importante de la vida y una disfunción en esta tiene un impacto en la calidad de vida y en la salud emocional. La salud sexual en la mujer es un problema bastante prominente y común. Puede afectar a la salud de la pareja, estabilidad familiar o incluso estabilidad social. (16)

Una de cada cuatro mujeres ha experimentado algún tipo de problema sexual. Los trastornos del suelo pélvico juegan un papel importante en la probabilidad de que las mujeres sufran disfunciones sexuales. Además, otro factor vinculado a la disfunción sexual femenina (DSF) es haber pasado por la menopausia (34).

La DSF se refiere a una condición en que las mujeres sufren una baja libido, dificultad para excitarse, dolor durante las relaciones sexuales o trastornos del orgasmo. Las mujeres en la perimenopausia normalizan esta disfunción justificándola con la edad y la mayoría no buscan tratamiento (14,16).

Rausch y Rettenberger (45), identificaron en una revisión sistemática que la satisfacción sexual estaba relacionada con la ausencia de disfunción sexual. A priori, resulta lógico que si una mujer padece una disfunción sexual, es probable que el malestar que esto conlleva afecte su satisfacción sexual.

El estrógeno es un pilar básico en el comportamiento sexual femenino ya que promueve elasticidad y lubricación necesaria en las relaciones sexuales. Bajos niveles de estrógenos, como ocurre en la menopausia, pueden afectar a la sexualidad femenina reduciendo la sensibilidad táctil y causando sequedad y atrofia vaginal (16).

- Factores psicosociales.

Algunas pacientes, junto con las molestias propias de la patología del piso pélvico, presentan fenómenos psicopatológicos como angustia, alteraciones del sueño, irritabilidad, desesperanza, entre otros y que interfieren con la vida diaria (46).

Todos estos síntomas derivados de la DSP pueden provocar ansiedad e incluso una disminución de la calidad vida (30).

En el entorno social se ha visto que mujeres pueden disminuir o abandonar algunas de las aficiones antes realizadas, limitando la práctica de ejercicio y pérdida de la actividad sexual (47).

Vrijens et al (48), realizó un estudio transversal en 1862 pacientes con DSP donde se observó la prevalencia de ansiedad y depresión (30.9% y 20.3%, respectivamente). Por otro lado otro estudio (49), observó que mujeres con ansiedad y depresión relacionada con las DSP tienen menos beneficios en la fisioterapia de SP que mujeres que no.

iv. Tratamiento no farmacológico de las DSP

- Modificaciones en el estilo de vida y psicoterapia: Consisten en una serie de medidas higiénico-dietéticas, que incluyen: mantener un peso adecuado para reducir la sobrecarga del suelo pélvico, evitar ejercicios intensos con aumentos de la presión intraabdominal, disminuir la ingesta de xantinas (café, té), regularizar el ritmo intestinal, modificar el entorno para facilitar la micción. El tratamiento con psicoterapia con sesiones en grupo; las sesiones se orientan a reducir la ansiedad, a enseñar medidas para soportar mejor los síntomas y a combatir la depresión (29).
- Reeducación vesical y vaciado puntual: El reentrenamiento vesical tiene como objetivo principal incrementar el tiempo entre cada micción voluntaria mediante una agenda individualizada y ajustada para cada enferma, se emplea para la incontinencia por urgencia y la inestabilidad vesical y también para tratar el componente de urgencia de la incontinencia urinaria mixta. Son necesarios varios meses de tratamiento hasta alcanzar los objetivos, también es preciso que las pacientes tengan una esfera cognitiva íntegra y físicamente capaces de desarrollar tareas

rutinarias; deben estar motivadas para cumplir el régimen de tratamiento. El vaciado puntual, a diferencia del anterior, no requiere indemnidad cognitiva de la paciente, por ello no precisa de tanta colaboración como el anterior y se usa especialmente para pacientes incontinentes con demencias u otros deterioros mentales (29).

- Rehabilitación suelo pélvico: principalmente basados en la realización de ejercicios de Kegel (50), que consisten en múltiples repeticiones de distinta intensidad de la contracción de los músculos pélvicos.

3. Calidad de vida y hábitos saludables

A. Definición de calidad de vida y su impacto de las DSP

El término Calidad de Vida (CdV) está definido por la OMS como “percepción que tiene una persona sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones. Es un concepto de amplio alcance que está atravesado de forma compleja por la salud física de la persona, su estado fisiológico, el nivel de independencia, sus relaciones sociales y la relación que tiene con su entorno.” (OMS, 2002) (51).

La definición de CVRS (Calidad de Vida Relacionada con la Salud) se centra en evaluar la influencia subjetiva del estado de salud, los cuidados sanitarios y las actividades de prevención y promoción de la salud en la capacidad individual de lograr y mantener un nivel de funcionamiento que permita conseguir unos objetivos vitales y se refleje en un bienestar general (52).

Las DSP son problemas comunes que reducen significativamente la calidad de vida de muchas mujeres posmenopáusicas, especialmente los síntomas de prolapso siendo el componente emocional la subdimensión más afectada. Las implicaciones de estas condiciones, e incluso algunos de sus tratamientos, pueden tener efectos profundos en el bienestar general de una mujer y en su capacidad para funcionar de manera normal con consecuencias negativas directas en la salud física, psicológica, sexual y social (31,46,53–55).

B. Hábitos saludables y su impacto en las DSP

La guía más reciente publicada que habla sobre la disfunción de suelo pélvico como parte del tratamiento recomienda unos cambios de estilo de vida. No solo mejora sus síntomas sino que también mejora su calidad de vida (27).

Los 4 principales cambios que explica son:

- Pérdida de peso: la pérdida de peso (sobre todo cuando el IMC es mayor a 30kg/m²) puede ayudar a los síntomas de incontinencia urinaria, vejiga hiperactiva y prolapso de órganos pélvicos. También recomienda no esperar a que las mujeres pierdan peso antes de comenzar con otras opciones de tratamiento.
- Dieta: una dieta balanceada con un consumo de líquido apropiado puede ayudar con la consistencia de las heces y por tanto con FR como el estreñimiento. Especialmente en mujeres con incontinencia urinaria o vejiga hiperactiva puede ayudar reducir la ingesta de cafeína.
- Actividad física: la guía explica que para mujeres que realizan entrenamiento de suelo pélvico y quieren ser activas físicamente aconsejarles que ejercicio supervisado, como yoga, puede que ayude a la mejora de sus síntomas. Avisarlas también de no hay evidencia científica de que el ejercicio no supervisado mejore o empeore sus síntomas
- Entrenamiento suelo pélvico: Las evidencias indican que el entrenamiento de los músculos del suelo pélvico (ejercicios de Kegel) mejora varios síntomas de disfunción del suelo pélvico (prolapso de órganos pélvicos, incontinencia urinaria por estrés y mixta, así como incontinencia fecal con prolapso concomitante de órganos pélvicos). En sus etapas iniciales, fortalecer la musculatura del suelo pélvico es una de las terapias conservadoras recomendadas en las principales guías de tratamiento. En cuanto a terapias adicionales, como conos vaginales ponderados, biofeedback y estimulación eléctrica algunas pruebas sugieren que estas intervenciones pueden ayudar a las mujeres con el entrenamiento de los músculos del suelo pélvico al mejorar su capacidad para contraer los músculos del suelo pélvico.

4. Epidemiología

La población mundial de mujeres posmenopáusicas va en aumento. En 2021, las mujeres de edad igual o superior a 50 años representaban el 26% de toda la población femenina mundial, mientras que diez años antes esta proporción solo alcanzaba el 22%. Además, actualmente la vida de las mujeres se ha alargado. A nivel mundial, en 2019 una mujer de 60 años podría esperar vivir, de promedio, 21 años más (2).

En España, en un estudio que estudió la prevalencia de las DSP en 807 mujeres entre 2021 y 2022 (56), concluyó con que la presencia de disfunciones del suelo pélvico en mujeres es elevada. Más de la mitad de las mujeres tienen algún tipo de incontinencia urinaria, una de cada diez informa tener incontinencia fecal en cierto grado, un número similar informa tener síntomas de prolapso de órganos pélvicos, y aproximadamente una quinta parte de las mujeres informa tener dolor pélvico. La edad, el índice de masa corporal (IMC), el estado menopáusico, el número de partos vaginales, los partos instrumentales, la macrosomía fetal y las patologías gastrointestinales se identificaron como factores asociados con la disfunción del suelo pélvico. El mismo estudio reportó que la tasa de dolor pélvico fue de un 18.7% (56).

En Estados Unidos, en un estudio de 2014 (1), concluyó con que una cuarta parte de todas las mujeres adultas sufrían al menos un trastorno del suelo pélvico y que la prevalencia de estos trastornos aumenta con la edad. Así mismo, creen que el envejecimiento de la población y la epidemia de obesidad conduzcan a un aumento en el número de mujeres afectadas por estas condiciones.

Las DSP son un importante problema de salud pública para las mujeres, y la mayoría de las mujeres que sufren de ello no acceden a la atención médica adecuada (57).

Existen pocos artículos donde se estudie la prevalencia de mujeres menopaúsicas con DSP, destaca el artículo de Frota et al(58) donde observan que la calidad de vida en mujeres postmenopáusicas es peor en ellas con DSP que las que no. También sugieren que el estado postmenopáusico podría desempeñar un papel importante en la etiología de las disfunciones del suelo pélvico.

Bibliografía

1. Wu JM, Vaughan CP, Goode PS, Redden DT, Burgio KL, Richter HE, et al. Prevalence and trends of symptomatic pelvic floor disorders in U.S. women. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2014;123(1):141-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24463674/>
2. Menopausia ; 2022. En: WHO.int [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2024 [citado 18 de diciembre de 2023]. p. 1-2. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/menopause>
3. Qué es la menopausia; 2022. En: AEEM [Internet]. Madrid: Asociación Española para el Estudio de la Menopausia; 2023 [citado 18 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://aeem.es/para-la-mujer/>
4. Juliá M, Diaz B, Fontes J, Galliano D, Gallo J, García A, et al. Menopausia Precoz. Primera edición. Barcelona: Auregrafic,s.l.; 2014.
5. Torres Jiménez AP, Torres Rincón JM. Climaterio y menopausia. *Rev Fac Med* [Internet]. 2018 [citado 18 de diciembre de 2023];61(2):51-8. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0026-17422018000200051&lng=es&nrm=iso&tlng=es
6. Gómez Ayala AE. Menopausia. *Salud genitourinaria. Offarm* [Internet]. 2010 [citado 2 de enero de 2024];29(5):60-6. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-menopausia-salud-genitourinaria-X0212047X10556284>
7. Pérez Larrea E, Barranquero Gómez M, Salvador Z. Menopausia en la mujer: cuándo se produce y qué síntomas tiene. En: Reproducción Asistida ORG [Internet]. Valencia. 2023 [citado 2 de enero de 2024]. p. 1-5. Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/menopausia/>
8. Barata Gomez T, Navarro Brito E, Alonso Docampo MN. Climaterio [Internet]. Primera edición. Las Palmas de Gran Canaria: Servicio Canario de la Salud; 2007. 105 p. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/7079cc99-f6a5-11dd-958f-c50709d677ea/Climaterio.pdf>
9. Chhanda Dutta P, Hadine Joffe M. Menopausia. En: OASH Oficina para la Salud de la Mujer [Internet]. Rockville; 2021 [citado 18 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://espanol.womenshealth.gov/menopause>
10. NIH Consensus Development Panel on Osteoporosis Prevention, Diagnosis, and Therapy. Osteoporosis prevention, diagnosis, and therapy. *JAMA* [Internet]. 2001 [citado 2 de enero de 2024];285(6):785-95. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11176917/>
11. Meyer I, Morgan SL, Markland AD, Szychowski JM, Richter HE. Pelvic Floor Disorder Symptoms and Bone Strength in Postmenopausal Women. *Int Urogynecology J* [Internet]. 2020 [citado 3 de diciembre de 2023];31(9):1777-84. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7429315/>

12. Tratamiento para la menopausia; 2021. En: Oficina para la Salud de la Mujer [Internet]. Rockville; 2024 [citado 12 de febrero de 2024]. p. 1-3. Disponible en: <https://espanol.womenshealth.gov/menopause/menopause-treatment>
13. What are the treatments for other symptoms of menopause?; 2021. En: NICHD [Internet]. 2024 [citado 12 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.nichd.nih.gov/health/topics/menopause/conditioninfo/treatments>
14. Nappi RE, Cucinella L. Sexuality, pelvic floor/vaginal health and contraception at menopause. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 2022 [citado 6 de diciembre de 2023];81:85-97. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S152169342100170X>
15. Bodner-Adler B, Alarab M, Ruiz-Zapata AM, Latthe P. Effectiveness of hormones in postmenopausal pelvic floor dysfunction—International Urogynecological Association research and development—committee opinion. *Int Urogynecology J* [Internet]. 2020 [citado 3 de diciembre de 2023];31(8):1577-82. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7363722/>
16. Zhuo Z, Wang C, Yu H, Li J. The Relationship Between Pelvic Floor Function and Sexual Function in Perimenopausal Women. *Sex Med* [Internet]. 2021;9(6):100441. Disponible en: <https://academic.oup.com/smoa/article/9/6/100441/6956814>
17. Caretto M, Misasi G, Giannini A, Russo E, Simoncini T. Menopause, aging and the failing pelvic floor: a clinician's view. *Climacteric J Int Menopause Soc* [Internet]. 2021;24(6):531-2. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13697137.2021.1936484>
18. Palacios Gil-Antuñano S, Cancelo Hidalgo MJ, González Rodríguez SP, Manubens M, Sánchez Borrego R. Síndrome genitourinario de la menopausia: recomendaciones de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. *Prog Obster Gineco Rev Of Soc Esp Ginecol Obstet* [Internet]. 2019 [citado 18 de diciembre de 2023];62(2):141-8. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6967038>
19. Johnston SL. Pelvic floor dysfunction in midlife women. *Climacteric J Int Menopause Soc* [Internet]. 2019;22(3):270-6. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13697137.2019.1568402>
20. Katya Carrillo G, Antonella Sanguineti M. Anatomía del piso pélvico. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2013 [citado 19 de diciembre de 2023];24(2):185-9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-anatomia-del-piso-pelvico-S0716864013701482>
21. Herschorn S. Female Pelvic Floor Anatomy: The Pelvic Floor, Supporting Structures, and Pelvic Organs. *Rev Urol* [Internet]. 2004 [citado 19 de

- diciembre de 2023];6(5):2-10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1472875/>
22. Prevención y atención de las disfunciones del suelo pélvico. En: Enfermería de la Mujer II [Internet]. [citado 19 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://ebooks-enfermeria21-com.eu1.proxy.openathens.net/ebooks/-html5-dev/619/594/#zoom=z>
 23. Petros P. The Integral System. Cent Eur J Urol [Internet]. 2011 [citado 12 de febrero de 2024];64(3):110-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24578877/>
 24. Vazquez Roque M, P Bouras E. Epidemiology and management of chronic constipation in elderly patients. Clin Interv Aging [Internet]. 2015 [citado 12 de febrero de 2024];10:919-30. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4459612/>
 25. Rizk DEE, Fahim MA. Ageing of the female pelvic floor: towards treatment a la carte of the «geripause». Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct [Internet]. 2008;19(4):455-8. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00192-008-0576-0>
 26. Calleja-Agius J, Brincat M, Borg M. Skin connective tissue and ageing. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol [Internet]. 2013;27(5):727-40. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1521693413000746?via%3Dihub>
 27. Overview | Pelvic floor dysfunction: prevention and non-surgical management | Guidance | NICE [Internet]. NICE; 2021 [citado 2 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng210>
 28. Rodríguez PD. Ejercicios para el suelo pélvico. FMC - Form Médica Contin En Aten Primaria [Internet]. 2020 [citado 18 de diciembre de 2023];27(2):68-72. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134207219302257>
 29. Pena Outeiriño JM, Rodríguez Pérez AJ, Villodres Duarte A, Mármol Navarro S, Lozano Blasco JM. Tratamiento de la disfunción del suelo pélvico. Actas Urol Esp [Internet]. 2007 [citado 7 de enero de 2024];31(7):719-31. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0210-48062007000700004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 30. Appavu AJ, Abreu-Sosa S, Dugan SA. Pelvic Floor Dysfunction. Oper Tech Sports Med [Internet]. 2023 [citado 28 de noviembre de 2023];31(3):15-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1060187223000503>
 31. Hillard TC. Pelvic floor function around the menopause and how to improve it. Climacteric [Internet]. 2019 [citado 4 de enero de 2024];22(3):213-4. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/13697137.2019.1583827>

32. Quintana Franco LM, González López R, Garde García H, Díez Rodríguez JM, González Enguita C. Estado actual y evolución del manejo de la patología funcional y del suelo pélvico en los hospitales de la Comunidad de Madrid. *Actas Urol Esp [Internet]*. 2023 [citado 4 de enero de 2024];47(3):187-92. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210480622002297>
33. Mercier J, Morin M, Tang A, Reichetzer B, Lemieux MC, Samir K, et al. Pelvic floor muscle training: mechanisms of action for the improvement of genitourinary syndrome of menopause. *Climacteric J Int Menopause Soc [Internet]*. 2020 [citado 4 de enero de 2024];23(5):468-73. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13697137.2020.1724942>
34. Martínez Galiano JM, Peinado Molina RA, Martínez Vazquez S, Hita Contreras F, Delgado Rodríguez M, Hernández Martínez A. Influence of pelvic floor disorders on sexuality in women. *Int J Gynecol Obstet [Internet]*. 2024 [citado 13 de febrero de 2024];164:1141-50. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.15189>
35. Russo E, Caretto M, Giannini A, Bitzer J, Cano A, Ceausu I, et al. Management of urinary incontinence in postmenopausal women: An EMAS clinical guide. *Maturitas [Internet]*. 2021 [citado 19 de diciembre de 2023];143:223-30. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378512220303674>
36. Hu JS, Pierre EF. Urinary Incontinence in Women: Evaluation and Management. *Am Fam Physician [Internet]*. 2019 [citado 19 de diciembre de 2024];100(6):339-48. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31524367/>
37. Denisenko AA, Clark CB, D'Amico M, Murphy AM. Evaluation and management of female urinary incontinence. *Can J Urol [Internet]*. 2021 [citado 19 de diciembre de 2023];28(S2):27-32. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34453426/>
38. Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar S. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: The Norwegian EPINCONT Study. *J Clin Epidemiol [Internet]*. 2000 [citado 19 de diciembre de 2023];53(11):1150-7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0895435600002328>
39. Mínguez Pérez M, Benages Martínez A. Calidad de vida en los pacientes con incontinencia anal. *Gastroenterol Hepatol [Internet]*. 2004 [citado 12 de febrero de 2024];27:39-48. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-calidad-vida-pacientes-con-incontinencia-13058929>
40. Cabrera AMG, Juan F de la P de, Rodríguez RMJ, Díaz MLR, Ruiz FJP. Incontinencia fecal. *FMC [Internet]*. 2020 [citado 12 de febrero de 2024];27(3):134-8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134207220300141>

41. Fernández-Cuadros ME, Kazlauskas SG, Albaladejo-Florin MJ, Robles-López M, Laborda-Delgado A, de la Cal-Alvarez C, et al. Efectividad de la rehabilitación multimodal (biofeedback más radiofrecuencia capacitiva-resistiva) sobre el dolor pélvico crónico y la dispareunia: estudio prospectivo y revisión de la bibliografía. *Rehabilitación* [Internet]. 2020 [citado 12 de febrero de 2024];54(3):154-61. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0048712020300372>
42. American College of Obstetricians and Gynecologists and the American Urogynecologic Society. Pelvic Organ Prolapse. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* [Internet]. 2019 [citado 19 de diciembre de 2023];25(6):397-408. Disponible en: https://journals.lww.com/fpmrs/fulltext/2019/11000/pelvic_organ_prolapse.1.a.spx
43. Deprest JA, Cartwright R, Dietz HP, Brito LGO, Koch M, Allen-Brady K, et al. International Urogynecological Consultation (IUC): pathophysiology of pelvic organ prolapse (POP). *Int Urogynecology J* [Internet]. 2022 [citado 19 de diciembre de 2024];33(7):1699-710. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00192-022-05081-0>
44. Fernández Rísquez AC, Carballo García A, Hijona Elósegui JJ, Mendoza Ladrón de Guevara N, Presa Lorite JC. Sexuality in Postmenopausal Women with Genital Prolapse. *J Clin Med* [Internet]. 2023 [citado 19 de diciembre de 2023];12(19):6290. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37834934/>
45. Rausch D, Rettenberger M. Predictors of Sexual Satisfaction in Women: A Systematic Review. *Sex Med Rev* [Internet]. 2021 [citado 15 de febrero de 2024];9(3):365-80. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2050052121000019?via%3Dihub>
46. César Carvajal A. Aspectos psicopatológicos del dolor pelviano crónico: abordaje clínico. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2023 [citado 13 de febrero de 2024];24(2):270-6. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-aspectos-psicopatologicos-del-dolor-pelviano-S0716864013701585>
47. Ruiz MBL, Barranco CM, López RA, Pérez AS. Percepción de la calidad de vida en mujeres con incontinencia de orina y prolapsos en tratamiento de recuperación de suelo pélvico. *Garnata 91* [Internet]. 2020 [citado 4 de enero de 2024];22:e202319-e202319. Disponible en: <https://ciberindex.com/index.php/g91/article/view/e202319>
48. Vrijens D, Berghmans B, Nieman F, Os J van, Koeveringe G van, Leue C. Prevalence of anxiety and depressive symptoms and their association with pelvic floor dysfunctions—A cross sectional cohort study at a Pelvic Care Centre. *Neurourology and Urodynamics* [Internet]. 2017 [citado 5 de enero de 2024];36(7):1816-23. Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/nau.23186?casa_token=rKkcw

PclXNoAAAAA%3Amfflvlabfo1ZG6J5z10j2c72VrkorT0apFbRfUXywHcJb8vw
axgMite4uFLj1L7BbPLf0--ywq5gEIU

49. Khan ZA, Whittal C, Mansol S, Osborne LA, Reed P, Emery S. Effect of depression and anxiety on the success of pelvic floor muscle training for pelvic floor dysfunction. *J Obstet Gynaecol* [Internet]. 2013 [citado 5 de enero de 2024];33(7):710-4. Disponible en: <https://doi.org/10.3109/01443615.2013.813913>
50. Kegel AH. Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 1948 [citado 7 de enero de 2024];56(2):238-48. Disponible en: [https://www.ajog.org/article/0002-9378\(48\)90266-X/abstract](https://www.ajog.org/article/0002-9378(48)90266-X/abstract)
51. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. The WHOQOL Group. *Psychol Med* [Internet]. 1998 [citado 4 de enero de 2024];28(3):551-8. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/abs/development-of-the-world-health-organization-whoqolbref-quality-of-life-assessment/0F50596B33A1ABD59A6605C44A6A8F30>
52. Lizán Tudela L. La calidad de vida relacionada con la salud. *Aten Primaria* [Internet]. 2009 [citado 4 de enero de 2024];41(7):411-6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656709001516>
53. Peinado Molina RA, Hernández Martínez A, Martínez Vázquez S, Martínez Galiano JM. Influence of pelvic floor disorders on quality of life in women. *Front Public Health* [Internet]. 2023 [citado 4 de enero de 2024];11. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2023.1180907>
54. Fontenele MQS, Moreira MA, de Moura ACR, de Figueiredo VB, Driusso P, Nascimento SL. Pelvic floor dysfunction distress is correlated with quality of life, but not with muscle function. *Arch Gynecol Obstet* [Internet]. 2021 [citado 4 de enero de 2024];303(1):143-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00404-020-05770-5>
55. Flores E C, Pizarro B J. Calidad de vida en mujeres con alteraciones del piso pélvico: revisión de la literatura. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2012 [citado 4 de enero de 2024];77(3):175-82. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75262012000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
56. Peinado-Molina RA, Hernández-Martínez A, Martínez-Vázquez S, Rodríguez-Almagro J, Martínez-Galiano JM. Pelvic floor dysfunction: prevalence and associated factors. *BMC Public Health* [Internet]. 2023 [citado 5 de enero de 2024];23(1):2005. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16901-3>

57. Dheresa M, Worku A, Oljira L, Mengiste B, Assefa N, Berhane Y. One in five women suffer from pelvic floor disorders in Kersa district Eastern Ethiopia: a community-based study. *BMC Womens Health* [Internet]. 2018 [citado 7 de enero de 2024];18(1):95. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0585-1>
58. Frota IPR, Rocha ABO, Neto JAV, Vasconcelos CTM, De Magalhaes TF, Karbage SAL, et al. Pelvic floor muscle function and quality of life in postmenopausal women with and without pelvic floor dysfunction. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2018 [citado 7 de enero de 2024];97(5):552-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29352460/>
59. Mantilla Toloza SC, Gómez-Conesa A. El Cuestionario Internacional de Actividad Física. Un instrumento adecuado en el seguimiento de la actividad física poblacional. *Rev Iberoam Fisioter Kinesiol* [Internet]. 2007 [citado 8 de abril de 2024];10(1):48-52. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138604507736651>
60. Hita-Contreras F, Martínez-López E, Latorre-Román PA, Garrido F, Santos MA, Martínez-Amat A. Reliability and validity of the Spanish version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) in patients with fibromyalgia. *Rheumatol Int* [Internet]. 2014 [citado 9 de abril de 2024];34(7):929-36. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00296-014-2960-z>
61. Norte Navarro AI, Ortiz Moncada R. Calidad de la dieta española según el índice de alimentación saludable. *Nutr Hosp* [Internet]. 2011 [citado 8 de abril de 2024];26(2):330-6. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0212-16112011000200014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
62. Omotosho TB, Hardart A, Rogers RG, Schaffer JI, Kobak WH, Romero AA. Validation of Spanish Versions of the Pelvic Floor Distress Inventory and Pelvic Floor Impact Questionnaire: A Multicenter Validation Randomized Study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* [Internet]. 2009 [citado 8 de abril de 2024];20(6):623-39. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3638216/>

Hipótesis y Objetivos

A. Hipótesis

Se espera una asociación entre la presencia de disfunciones del suelo pélvico (DSP) y la calidad de vida en mujeres menopáusicas.

Para resolver esta hipótesis, planteo los siguientes objetivos:

B. Objetivos

Objetivo general:

- Conocer la calidad de vida percibida por las mujeres menopáusicas con disfunciones de suelo pélvico (DSP) en la región sanitaria de Girona.

Objetivos específicos:

- Identificar las variables sociodemográficas y clínicas de las mujeres menopáusicas con DSP.
- Conocer el nivel de actividad física de las mujeres menopáusicas con DSP.
- Determinar la calidad de sueño de las mujeres menopáusicas con DSP.
- Identificar la calidad de dieta de las mujeres menopáusicas con DSP.

Metodología

A. Tipo de estudio

Este estudio es descriptivo, observacional de corte transversal y de metodología cuantitativa que pretende estudiar la calidad de vida de las mujeres en la menopausia con disfunciones de suelo pélvico. Al ser cuantitativo, se llevarán a cabo diversas escalas de medición para conocer las variables sociodemográficas y clínicas y otras ya validadas para estudiar la calidad de vida y establecer asociaciones entre las variables. Es un estudio observacional ya que se pretende recopilar datos sobre la calidad de vida sin intervenir directamente en su situación o tratamiento. Es un estudio transversal porque implica la recopilación de datos mediante las escalas, en un momento específico en el tiempo.

B. Ámbito de estudio

El proyecto de investigación se llevará a cabo en la Unidad de Suelo Pélvico <del Hospital Josep Trueta, ubicado en Girona, Cataluña. A esta unidad acuden mujeres de toda la provincia, derivadas por los médicos de Atención Primaria o ginecólogos de toda la provincia de Girona, que padecen de problemas derivados de la disfunción del suelo pélvico. Este ámbito se selecciona por la relevancia clínica para el estudio.

C. Población de estudio

La población escogida en el estudio serán pacientes de sexo femenino con menopausia diagnosticada (amenorrea de más de 12 meses de evolución) que presenten alguna disfunción de suelo pélvico que residan en la provincia de Girona.

El método de muestreo sería de tipo no probabilístico por conveniencia. Se reclutarán mujeres que acudan a la consulta de la Unidad de Suelo Pélvico, que se las catalogue como menopaúsicas y quieran participar en el estudio. Para saber el tamaño de la muestra (n) se hará un cálculo aproximado de tamaño muestral con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5% teniendo en cuenta el número de mujeres que acuden a esta unidad en el año 2023, utilizando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \sigma^2 N}{e^2 (N-1) + Z^2 \sigma^2}$$

D. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Pacientes de sexo femenino con la menopausia, definida por ausencia de menstruación durante al menos 12 meses consecutivos.
- Mujeres diagnosticadas con menopausia y alguna forma de disfunción del suelo pélvico por parte de un profesional de la salud.
- Pacientes que tengan capacidad cognitiva suficiente para comprender y responder los cuestionarios y que entiendan el objetivo y finalidad del estudio.

- Paciente que haya sido informada del estudio y que haya firmado el consentimiento informado de forma voluntaria.

Criterios de exclusión:

- Mujeres que no cumplan los criterios de inclusión previamente mencionados
- Mujeres con dificultades con el idioma castellano y/o catalán. Los instrumentos de evaluación están diseñados en estos idiomas. La falta de comprensión de estos afectaría la fiabilidad de los resultados

E. Variables de estudio

Las variables de este estudio son de 3 tipos: independientes, dependientes y variables de control.

Como variables independientes serían la presencia de disfunciones de suelo pélvico, el nivel de actividad física, la calidad de sueño y el patrón alimenticio. Cuyas formas de medida se explican en la tabla 3.

Variable independiente	Descripción	Escala utilizada	Referencia
Nivel de actividad física	Determina el nivel de actividad física. Se clasifica por los niveles de actividad (bajo, moderado y alto)	Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ)	(59)
Calidad de sueño	Evaluar la calidad de sueño. Tiene en cuenta diferentes aspectos, como la latencia del sueño, la duración, etc.	Escala de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI)	(60)
Patrón alimenticio	Analiza los hábitos alimenticios y calidad de la dieta.	Índice de Alimentación Saludable (IASE)	(61)

Tabla 3. Descripción instrumentos de medida variables independientes. Fuente: elaboración propia.

Como variables dependientes sería la calidad de vida, que utilizaré el Cuestionario PFIQ-20 (Pelvic Floor Impact Questionnaire-20) (62). Específicamente diseñado para evaluar el impacto de las DSP en la calidad de vida de las mujeres.

Los datos sociodemográficos y clínicas, es decir, las variables de control o covariables, se obtendrán en un cuestionario ad hoc. Su clasificación se explica en la tabla 4.

Variable	Tipo	Valor
Edad	Cuantitativa discreta	En años
IMC	Cuantitativa continua	En Kg/cm ²
Estado civil	Cualitativa politómica	Separada Con pareja Casada Divorciada Viuda Soltera
Nacionalidad	Cualitativa dicotómica	Española Otra
Nivel de ingresos	Cuantitativa discreta	<1.000 euros 1.000-1.999 euros 2.000 -2.999 euros >3.000 euros
Consumo de alcohol	Cualitativa nominal	Nunca Ocasionalmente Solo fines de semana Frecuentemente Diariamente
Hábito tabáquico	Cualitativa dicotómica	Sí No
Historial de embarazos	Cuantitativa discreta	Ninguno Uno

		Dos o más
Parto vaginal	Cuantitativa discreta	Ninguno Uno Dos o más
Parto instrumentado	Cualitativa dicotómica	No Sí
Hábito de estreñimiento	Cualitativa dicotómica	No Sí
Antecedentes familiares de alguna disfunción del suelo pélvico	Cualitativa dicotómica	No Sí
Diabetes	Cualitativa dicotómica	No Sí
Fibromialgia	Cualitativa dicotómica	No Sí
Cáncer ginecológico o antecedentes y/o cualquier tratamiento para el mismo	Cualitativa dicotómica	No Sí
Cirugía ginecológica (como una histerectomía)	Cualitativa dicotómica	No Sí
Enfermedad respiratoria crónica y/o tos crónica	Cualitativa dicotómica	No Sí
Incontinencia urinaria	Cualitativa dicotómica	No Sí
Incontinencia fecal	Cualitativa dicotómica	No Sí
Prolapso	Cualitativa dicotómica	No Sí
Dolor pélvico	Cualitativa dicotómica	No

Tabla 4. Variables de control medidas con un cuestionario ad hoc. Fuente: elaboración propia.

F. Instrumentos de estudio

En este estudio, se utilizarán las escalas validadas y ampliamente utilizadas en la investigación científica, junto con un cuestionario ad hoc diseñado específicamente para el estudio, que servirá para valorar las variables sociodemográficas y económicas.

El PFIQ-20 es un cuestionario realizado para evaluar el impacto de las disfunciones de suelo pélvico en la calidad de vida de las mujeres. En inglés tiene 3 versiones, el PFIQ original de 93 preguntas, el PFIQ-20 que consta de 20 ítems y el PFIQ-7, la versión reducida. En todos se abordan aspectos relacionados con el impacto de las DSP, como el prolapso de órganos pélvicos, incontinencia urinaria e incontinencia fecal. Los únicos validados al español son el PFIQ original y el PFIQ-7. Para este estudio, por duración y cantidad de cuestionarios, se realiza el PFIQ-7.

El PFIQ-7 consta de tres escalas, cada una de las cuales contiene siete preguntas: la Cuestionario de Impacto del Prolapso de Órganos Pélvicos (POPIQ), el Cuestionario de Impacto Colorrectal-Anal (CRAIQ) y el Cuestionario de Impacto Urinario (UIQ). El cuestionario consta de 7 preguntas que deben ser respondidas 3 veces cada una (corresponde a las escalas mencionadas anteriormente) considerando los síntomas relacionados con la vejiga u orina, la vagina o la pelvis, y el intestino o el recto y su efecto sobre la función, la salud social y la salud mental en los últimos 3 meses.

El cuestionario internacional de actividad física (IPAQ). Igualmente que el anterior, hay dos versiones, la corta y la larga, siendo la corta más recomendada para estudios poblacionales, por eso mismo también se escoge para este estudio la versión corta. En ambas versiones se evalúan tres características de actividad: intensidad (leve, moderada o vigorosa), frecuencia (medida en días por semana) y duración (tiempo por día). La actividad de intensidad moderada se considera como aquella que produce un incremento moderado en la respiración, frecuencia cardíaca y sudoración por lo menos durante 10 min continuos y, la actividad

vigorosa, como la que produce un incremento mayor de las mismas variables, durante 10 min o más.

La actividad física semanal se mide a través del registro en METs-min-semana. Los valores METs de referencia son:

- a. Para caminar: 3,3 METs.
- b. Para la actividad física moderada: 4 METs.
- c. Para la actividad física vigorosa: 8 METs.

Después de calcular el índice de actividad física, cuyo valor corresponde al producto de la intensidad (en METs), por la frecuencia, por la duración de la actividad, los sujetos se clasifican en 3 categorías, de acuerdo a ciertas condiciones, así:

1. Baja. No registran actividad física o la registra pero no alcanza las categorías media y alta.
2. Media. Considera los siguientes criterios:
 - 3 o más días de actividad física vigorosa por lo menos 20 min por día.
 - 5 o más días de actividad física de intensidad moderada o caminar por lo menos 30 min.
 - 5 o más días de cualquier combinación de actividad física leve, moderada o vigorosa que alcancen un registro de 600 METs-min/semana.
3. Alta. Es una categoría alta y cumple los siguientes requerimientos:
 - 3 o más días de actividad física vigorosa o que acumulen 1.500 METs-min-semana.
 - 7 o más días de cualquier combinación de actividad física leve, moderada o vigorosa que alcance un registro de 3.000 METs-min/semana.

La Escala de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI) se desarrolló para medir la percepción subjetiva de la calidad de sueño y sus patrones en una población general. Contiene 19 cuestiones agrupadas en 10 preguntas. Basadas en estas preguntas, siete componentes fueron elaborados, que evalúan diferentes aspectos de la calidad del sueño; calidad subjetiva de sueño, latencia, tiempo, eficiencia, etc. Las puntuaciones de cada pregunta se miden del 0 al 3,

significando 0 la ausencia de el problema y 3 problema severo de sueño. Finalmente, para determinar la puntuación total de la escala, los valores se suman. Como valor mínimo 0 y máximo 21 puntos. Los valores se interpretan de la siguiente manera:

- Entre 0-4: buena calidad de sueño
- Más de 5: mala calidad del sueño

Y finalmente el Índice de Alimentación Saludable para la población Española (IASE) determina la calidad de la dieta de la población adulta. Se fundamentó en la metodología del Healthy Eating Index (HEI), que es norte-americano, pero se modificó adaptándolo a la situación española, teniendo en cuenta las recomendaciones propuestas por la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria y a los datos recogidos en la Encuesta Nacional de Salud de España en 2006. Para conocer el IASE, se utiliza un cuestionario de frecuencia de consumo (CFC), este permite determinar la frecuencia de ingesta de un grupo de alimentos o alimento durante un tiempo determinado.

Las 10 variables que forman el IASE, son: cereales y derivados, verduras y hortalizas, frutas, leche y derivados, carnes, legumbres, embutidos y fiambres, dulces, refrescos con azúcar y variedad de la dieta. Cada una con puntuaciones del 0 al 10.

Se considera que una puntuación mayor a 80 una “Dieta excelente o muy saludable”, de 50 a 80 “Necesita realizar cambios” y menor de 50 es una “Dieta inadecuada o muy poco saludable”.

G. Procedimiento

En el procedimiento de este estudio, se ha realizado una búsqueda bibliográfica para comenzar. Ha servido para encontrar toda la información actualizada del tema, así como estudios parecidos a los objetivos del estudio y sobre todo poder encontrar una relación entre las DSP y la menopausia.

Una vez planteado el trabajo y haberlo elaborado, se pasará a la parte practica. Donde como primer paso, presentaríamos el proyecto al Comitè d'Ètica i Bioseguretat de la Recerca de la Universitat de Girona (CEBRUdG) así como al Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica amb Medicaments(CEIm) del Hospital

Universitario Dr. Josep Trueta. Para obtener el informe de evaluación ética en el ámbito de investigación clínica de el CEBRUdG, primero debemos obtenerlo del CEIm. Tras presentar la documentación necesaria y obtener la aprobación, planificaríamos una reunión con los responsables de la Unidad de Suelo Pélvico del Hospital Dr. Josep Trueta, para poder contar con su permiso y colaboración a la hora de escoger a la muestra.

Una vez puesto en marcha el periodo de recogida de posibles participantes se dará a cada una la posibilidad de participar en el estudio. Esta oferta, acompañada de una explicación sobre en qué consiste el proyecto, así como sus objetivos, se la dará el profesional de la salud que le atienda en el momento de la consulta, asegurándose que cumpla los criterios de inclusión y exclusión. Si la paciente accede, se le pasará con la responsable del proyecto. Esta le dará una explicación mas amplia así como un dossier que incluye el consentimiento informado, una copia en castellano y otra en catalán (Anexo 1), el cuestionario de datos sociodemográficos, de igual manera en ambos idiomas (Anexo 2), y los cuestionarios de calidad y hábitos de vida (Anexo 3 y 4). La duración de la realización de los cuestionarios es de 45 minutos aprox. La investigadora dará la opción de hagan los cuestionarios en el momento con ella para poder resolver posibles dudas o que si prefieren, tras una explicación más extensa de los cuestionarios, pueden hacerlos en casa y enviarlos a la dirección indicada. Los cuestionarios se recogerán y se comprobará que todo es correcto. Se agradecerá la participación a todas las mujeres que han colaborado.

Para acabar, se informatizarán todos los datos y se elaborarán los resultados. Así como se agradecerá la colaboración de los trabajadores de la Unidad de Suelo Pélvico.

El proyecto se divide cronológicamente en 3 fases divididas a lo largo de todo el año 2023, más detalladamente explicado en diagrama de Gantt (Tabla 6). En la primera, donde se incluye la búsqueda bibliográfica y la fase teórica del proyecto, como la elaboración de los objetivos y describir los instrumentos de evaluación.

En la segunda fase, la parte práctica del proyecto. Donde se hará la presentación a los comités de ética correspondientes, y se realizará la búsqueda de participantes.

En la tercera y última, el análisis de datos y la informatización de estos. Así como una revisión final del estudio. Finalmente, se hará una publicación en una revista internacional de acceso abierto y su presentación en un congreso.

		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Fase 1. Fase teórica	Búsqueda bibliográfica												
	Crear objetivos												
	Búsqueda instrumentos evaluación												
Fase 2. Fase práctica	Presentación y evaluación del comité de ética												
	Reunión equipo de la Unidad de Suelo Pélvico.												
	Recaptación de participantes												
Fase 3.	Análisis de datos												
	Revisión final del estudio + Publicación + Presentación congreso												

Tabla 5. Cronograma. Fuente: elaboración propia

H. Análisis de los datos

Los datos serán introducidos una vez calculado el resultado del cuestionario de forma manual siguiendo la interpretación adecuada de cada instrumento. Los datos sociodemográficos obtenidos por el cuestionario ad-hoc se representarán con gráficas y tablas de distribución de frecuencias y porcentajes. Para el análisis de datos se utilizará el SPSS 29.0. Para las variables cuantitativas, se empleará la prueba T de Student o el cálculo de la desviación estándar. Los resultados se presentarán mediante tablas y gráficos adecuados, como histogramas y diagramas de caja. Para las variables cualitativas, se utilizará el análisis del chi cuadrado, cuyos resultados se presentarán mediante tablas de contingencia y gráficos de barras.

Para los datos sociodemográficos, se calcularán medidas descriptivas como la edad media, la distribución por grupos de edad, la composición étnica y el nivel educativo.

Para los datos clínicos, se examinarán variables como el historial médico relevante, IMC, historial de parto, y tipo de disfunción del suelo pélvico, y cualquier otra condición médica relevante.

Para el PFI-20 se realizará un análisis descriptivo y se calcularán medidas de tendencia central (media, mediana) y dispersión (desviación estándar) para cada ítem del cuestionario, así como para el puntaje total. A su vez, se examinará la distribución de los puntajes y destaca las áreas específicas de disfunción del suelo pélvico que podrían estar presentes en la muestra.

En el PSQI se elaborará un análisis descriptivo y se calcularán medidas descriptivas para cada componente del PSQI, como la duración del sueño, la eficiencia del sueño y la calidad subjetiva del sueño. Se analizará la distribución de los puntajes globales del PSQI y explora cómo se relacionan con otras variables del estudio, como la función del suelo pélvico.

Con relación al IPAQ se realizará un análisis descriptivo de las respuestas de este cuestionario para evaluar el nivel de actividad física en las mujeres menopáusicas con disfunciones del suelo pélvico. Se podrá calcular medidas descriptivas para cada tipo de actividad física evaluada en el cuestionario, como actividad vigorosa, moderada y caminata. Y de la misma manera, se explorará

la distribución de los puntajes totales del IPAQ y su relación con la función del suelo pélvico y la calidad del sueño.

Para el IASE se realizará un análisis descriptivo de las respuestas de este cuestionario para evaluar los hábitos alimenticios de las mujeres menopáusicas con disfunciones del suelo pélvico. Se calcularán medidas descriptivas para cada componente del IASE, como la frecuencia de consumo de diferentes grupos de alimentos, la adherencia a una dieta saludable y la ingesta calórica total. De la misma manera, se explorará cómo los hábitos alimenticios evaluados en el IASE se relacionan con otros factores, como la función del suelo pélvico, la calidad del sueño, la actividad física y la severidad de los síntomas de la menopausia. Se utilizarán técnicas estadísticas adecuadas para analizar los datos, como tablas de frecuencia, medidas de tendencia central y correlaciones, para comprender la relación entre los hábitos alimenticios y otras variables de interés en tu estudio.

Se podrá explorar como estos factores sociodemográficos y clínicos se relacionarán con las respuestas en los cuestionarios PFI-20, PSQI, IPAQ e IASE. Se utilizarán técnicas como tablas de contingencia y análisis de correlación para examinar las asociaciones entre las variables sociodemográficas, clínicas y los resultados de los cuestionarios.

I. Consideraciones éticas

El estudio contará con la aprobación del CEBRUdG así como del CEIm. Antes de participar en el estudio, la participante accede verbalmente al profesional de salud y de manera escrita en el consentimiento informado elaborado del proyecto (Anexo 1). La confidencialidad y privacidad de estas mujeres es asegurada en todo momento, protegiendo sus datos personales del uso no autorizado.

J. Limitaciones del estudio

La principal limitación de este estudio es la dificultad al calcular el número de la muestra. No se han podido conocer los datos, ni exactos ni aproximados del número de mujeres que acuden a esta unidad. No se ha encontrado tampoco ningún otro valor de referencia para poder aproximar la muestra.

Presupuesto

El presupuesto del proyecto es calculado de forma aproximada. Ya que no tenemos valores reales. En la tabla 7, se expone una estimación del presupuesto.

	Elemento	Cantidad necesaria	Valor/unidad(€/u)	Importe total
Recursos materiales	Folios de papel (500folios/paquete)	2	4,20€	8,40€
	Sobres A5 (500 unidades/caja)	1	17,75€	17,75€
	Fotocopias	1000	0,05€	50€
	Bolígrafos (10unidades/caja)	1	4,60€	4,60€
	Publicación revista internacional			2300€
	Inscripción en un congreso			500€
	Hotel 3 días	5 noches	300€/noche	1500€
Recursos humanos	Investigador titular	12 meses 25h/semanales		1.000€/mensuales 12.000€/anual
	Investigador agregado	7 meses 25h/semanales		1.000€/mensuales 7.000€/anual
	Estadista	1 mes 30h/semanales		3.000/mensuales
TOTAL				<u>26.380,75€</u>

Tabla 6. Presupuesto. Fuente: elaboración propia.

Aportaciones a la práctica enfermera

Las aportaciones que este estudio pretende dar a la profesión enfermera son diversas. Como un entendimiento global de las disfunciones del suelo pélvico durante la menopausia, dar a conocer como influye en la calidad de vida de estas mujeres y así como resaltar la importancia de un trato con empatía y comprensión hacia estas mujeres evitando el tabú y dándoles la libertad de expresarse. En el campo de investigación, puede servir de base para que en un futuro se puedan realizar planes estandarizados o protocolos de intervención

hacia este problema y así poder tratar de forma integral y mas efectiva a estas mujeres.

Anexos

Anexo 1:

CUESTIONARIO DE RECOGIDA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS

Estimada participante, gracias por querer participar en este estudio sobre la calidad de vida en mujeres menopáusicas con disfunciones del suelo pélvico. Su participación es fundamental para poder ayudarnos a comprender mejor la situación que enfrentáis cada día mujeres como usted.

El propósito de este primer cuestionario es recopilar información relevante sobre aspectos de su vida, incluyendo datos sociodemográficos y detalles clínicos relacionados con su historial médico.

Recuerde que los datos de este cuestionario se recogerán de forma anónima y no se revelaran sus datos personales. Los datos obtenidos se utilizarán únicamente con fines de investigación.

Responda a las preguntas voluntariamente, si no se siente cómoda respondiendo a una pregunta, puede dejarla en blanco.

1- Edad (en número):

2- IMC

- Normopeso. IMC<24.99
- Sobrepeso. IMC 25-29.99
- Obesidad. IMC>30

3- Estado civil

- Separada
- Con pareja
- Casada
- Divorciada
- Viuda
- Soltera

4- Nacionalidad

- Española
- Otra

5. Nivel de ingresos

- <1.000 euros
- 1.000-1.999 euros
- 2.000 -2.999 euros
- >3.000 euros

6. Consumo de alcohol

- Nunca
- Ocasionalmente
- Solo fines de semana
- Frecuentemente
- Diariamente

7. Hábito tabáquico

- No
- Sí

8. Historial de embarazos

- Ninguno
- Uno
- Dos o más

9. Parto vaginal

- Ninguno
- Uno
- Dos o más

10. Parto instrumentado

- No
- Si

11. Hábito de estreñimiento

- Sí
- No

12. Antecedentes familiares de alguna disfunción del suelo pélvico

- Sí
- No
- No lo sé

13. Diabetes

- Sí
- No

14. Fibromialgia

- Sí
- No

15. Cáncer ginecológico o antecedentes y/o cualquier tratamiento para el mismo

- Sí
- No

16. Cirugía ginecológica (como una histerectomía)

- Sí
- No

17. Enfermedad respiratoria crónica y/o tos crónica

- Sí
- No

18. Incontinencia urinaria

- Sí
- No

19. Incontinencia fecal

- Sí
- No

20. Prolapso

- Sí
- No

21. Dolor pélvico

- Sí
- No

QÜESTIONARI DE RECOLLIDA DE DADES SOCIODEMOGRÀFIQUES I CLÍNiques: VERSIÓ EN CATALÀ

Estimada participant, gràcies per voler participar en aquest estudi sobre la qualitat de vida en dones menopàusiques amb disfuncions del sòl pelvià. La seva participació és fonamental per a poder ajudar-nos a comprendre millor la situació que enfronteu cada dia dones com vostè.

El propòsit d'aquest primer qüestionari és recopilar informació rellevant sobre aspectes de la seva vida, incloent-hi dades sociodemogràfiques i detalls clínics relacionats amb el seu historial mèdic.

Recordi que les dades d'aquest qüestionari es recolliran de manera anònima i no es revelessin les seves dades personals. Les dades obtingudes s'utilitzaran únicament amb finalitats de recerca.

Respongui a les preguntes voluntàriament, si no se sent còmoda responent a una pregunta, pot deixar-la en blanc.

1. Edat (en número):
2. IMC
 - Normopeso. IMC<24.99
 - Sobrepès. IMC 25-29.99
 - Obesitat. IMC>30
3. Estat civil
 - Separada
 - Amb parella
 - Casada
 - Divorciada
 - Vídua
 - Soltera
4. Nacionalitat
 - Espanyola
 - Una altra

5. Nivell d'ingressos

- <1.000 euros
- 1.000-1.999 euros
- 2.000 -2.999 euros
- >3.000 euros

6. Consum d'alcohol

- Mai
- Ocasionalment
- Només *findes de setmana
- Sovint
- Diàriament

7. Hàbit tabàquic

- No
- Sí

8. Historial d'embarassos

- Cap
- Un
- Dos o més

9. Part vaginal

- Cap
- Un
- Dos o més

10. Part instrumentat

- No
- Si

11. Hàbit de restrenyiment

- Sí
- No

12. Antecedents familiars d'alguna disfunció del sòl pelvià

- Sí
- No
- No ho sé

13. Diabetis

- Sí
- No

14. Fibromiàlgia

- Sí
- No

15. Càncer ginecològic o antecedents i/o qualsevol tractament per al mateix

- Sí
- No

16. Cirurgia ginecològica (com una histerectomia)

- Sí
- No

17. Malaltia respiratòria crònica i/o tos crònica

- Sí
- No

18. Incontinència urinària

- Sí
- No

19. Incontinència fecal

- Sí
- No

20. Prolapse

- Sí
- No

21. Dolor pelvià

- Sí
- No

ANEXO 2:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE MUJERES MENOPÁUSICAS CON DISFUNCIONES DEL SUELO PÉLVICO: VERSIÓN CASTELLANO

Objetivo del estudio: el objetivo del estudio es investigar la calidad de vida de mujeres menopáusicas con disfunciones del suelo pélvico, y conocer sus hábitos de vida, para poder mejorar la atención por parte de los profesionales sanitarios con fin de entender mejor la situación actual de estas mujeres

Este consentimiento informado proporciona a los participantes la información de la investigación necesaria para que puedan decidir de forma voluntaria su participación.

Si accede a participar, lo único que tiene que realizar son una serie de cuestionarios para conocer sus datos sociodemográficos y clínicos, unos cuestionarios para poder evaluar su calidad de vida y algunas preguntas sobre sus hábitos saludables.

Estos cuestionarios se tratarán de forma anónima y en ningún momento se revelará su identidad. Le llevará unos 20-25 minutos aproximada la realización de los mismos.

Cuando se le ofrezca participar, puede realizar las preguntas necesarias al profesional de la salud que le explique el proyecto. Puede retirarse en cualquier momento de la investigación.

Le agradecemos enormemente su participación,

Equipo de investigación.

-
- Acepto de forma voluntaria mi participación en este estudio
 - He recibido una explicación sobre el estudio y una copia para mí de este consentimiento informado

Firma del participante:

Fecha

CONSENTIMENT INFORMAT PER A LA PARTICIPACIÓ EN L'ESTUDI SOBRE LA QUALITAT DE VIDA DE DONES MENOPÀUSIQUES AMB DISFUNCIONS DEL SÒL PELVIÀ: VERSIÓ CATALÀ

Objectiu de l'estudi: l'objectiu de l'estudi és investigar la qualitat de vida de dones menopàusiques amb disfuncions del sòl pelvià, i conèixer els seus hàbits de vida, per a poder millorar l'atenció per part dels professionals sanitaris amb fi d'entendre millor la situació actual d'aquestes dones.

Aquest consentiment informat proporciona als participants la informació de la recerca necessària perquè puguin decidir de manera voluntària la seva participació.

Si accedeix a participar, l'única cosa que ha de realitzar són una sèrie de qüestionaris per a conèixer les seves dades sociodemogràfiques i clíniques, uns qüestionaris per a poder avaluar la seva qualitat de vida i algunes preguntes sobre els seus hàbits saludables.

Aquests qüestionaris es tractaran de manera anònima i en cap moment es revelarà la seva identitat. Li portarà uns 20-25 minuts aproximada la realització d'aquests.

Quan se li ofereixi participar, pot realitzar les preguntes necessàries al professional de la salut que li expliqui el projecte. Pot retirar-se en qualsevol moment de la recerca.

Li agraïm enormement la seva participació,

Equip de recerca.

-
- Accepto de manera voluntària la meva participació en aquest estudi
 - He rebut una explicació sobre l'estudi i una còpia per a mi d'aquest consentiment informat

Signatura del participant:

Data:

Cuestionario PFIQ-7

Algunas mujeres encuentran que los síntomas urinarios, fecales y/o vaginales afectan a su actividad diaria, el modo de relacionarse con los demás a así como al plano emocional. Para cada pregunta, marque la respuesta que mejor describe en que forma sus actividades, relaciones o emociones se han visto afectados por la clínica urinaria, fecal o vaginal en los últimos 3 meses. Por favor, asegúrese de marcar una respuesta en las tres columnas para cada pregunta.

¿En qué medida afectan los síntomas que padece en...

1. ¿Su capacidad para hacer las tareas del hogar?

Clínica urinaria:

- En absoluto
 Algo
 Moderadamente
 Bastante

Clínica fecal:

- En absoluto
 Algo
 Moderadamente
 Bastante

Clínica vaginal-pélvica

- En absoluto
 Algo
 Moderadamente
 Bastante

2. ¿Su capacidad para realizar actividades físicas, tales como caminar, natación, u otro ejercicio?

Clínica urinaria:

- En absoluto
 Algo
 Moderadamente
 Bastante

Clínica fecal:

- En absoluto
 Algo
 Moderadamente
 Bastante

Clínica vaginal-pélvica

- En absoluto
 Algo
 Moderadamente
 Bastante

3. Las actividades de entretenimiento tales como ir al cine o a un concierto?

Clínica urinaria:

- En absoluto
 Algo
 Moderadamente
 Bastante

Clínica fecal:

- En absoluto
 Algo
 Moderadamente
 Bastante

Clínica vaginal-pélvica

- En absoluto
 Algo
 Moderadamente
 Bastante

4. Su capacidad para viajar en coche o en autobús durante una distancia mayor de 30 minutos fuera de casa?

Clínica urinaria:

- En absoluto
 Algo
 Moderadamente
 Bastante

Clínica fecal:

- En absoluto
 Algo
 Moderadamente
 Bastante

Clínica vaginal-pélvica

- En absoluto
 Algo
 Moderadamente
 Bastante

5. Participar en actividades sociales fuera de casa?

Clínica urinaria:

- En absoluto
 Algo
 Moderadamente
 Bastante

Clínica fecal:

- En absoluto
 Algo
 Moderadamente
 Bastante

Clínica vaginal-pélvica

- En absoluto
 Algo
 Moderadamente
 Bastante

6. Salud emocional (nerviosismo, depresión, etc.)?

Clínica urinaria:

- En absoluto
 Algo
 Moderadamente
 Bastante

Clínica fecal:

- En absoluto
 Algo
 Moderadamente
 Bastante

Clínica vaginal-pélvica

- En absoluto
 Algo
 Moderadamente
 Bastante

7. Sentirse frustrado

Clínica urinaria:

- En absoluto
 Algo
 Moderadamente
 Bastante

Clínica fecal:

- En absoluto
 Algo
 Moderadamente
 Bastante

Clínica vaginal-pélvica

- En absoluto
 Algo
 Moderadamente
 Bastante

Cuestionario nivel de actividad física

Este cuestionario está diseñado para evaluar tu actividad física en los últimos 7 días. Por favor, responda a cada pregunta aún si no se considera una persona activa. Tenga en cuenta las actividades que realiza en su trabajo, como parte de sus tareas en el hogar o en el jardín, moviéndose de un lugar a otro, tiempo libre, ejercicio o deporte

Actividad intensa:

Las actividades físicas intensas se refieren a aquellas que implican un esfuerzo físico intenso y que lo hacen respirar mucho más intensamente que lo normal. Piense solo en aquellas actividades físicas que realizó durante por lo menos 10 minutos seguidos.

1. En los últimos 7 días, en cuantos días realizó actividad física intensa, como las que se muestran en la imagen?

___ días por semana

Ninguna actividad física intensa → vaya a la pregunta 3

2. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física intensa en uno de esos días? (ejemplo: si practicó 20 minutos marque 0 horas y 20 minutos)

___ horas por día

___ minutos por día

No sabe/No está seguro



Actividad moderada:

Las actividades físicas moderadas se refieren a aquellas que implican un esfuerzo físico moderado que lo hace respirar algo más intensamente que lo normal. Piense solo en aquellas actividades físicas que realizó durante por lo menos 10 minutos seguidos.

3. En los últimos 7 días, en cuantos días realizó actividad física moderada, como las que se muestran en la imagen? (atención: no incluya caminar)

___ días por semana

Ninguna actividad física moderada → vaya a la pregunta 5

4. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física moderada uno de esos días? (ejemplo: si practicó 20 minutos marque 0 horas y 20 minutos)

___ horas por día

___ minutos por día

No sabe/No está seguro



Caminar:

Piense en el tiempo que usted le dedico a caminar los últimos 7 días. Esto incluye caminar en el trabajo o en casa, traslados, caminata por afición, deporte, ejercicio u ocio.

5. En los últimos 7 días, en cuantos días caminó por lo menos **10 minutos seguidos**?

___ días por semana

Ninguna caminata → vaya a la pregunta 7

6. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física moderada uno de esos días?

___ horas por día

___ minutos por día

No sabe/No está seguro

Estar sentado:

Piense en el tiempo que usted está sentado los últimos 7 días. Esto incluye el tiempo dedicado al trabajo, en la casa, en una clase, y durante el tiempo libre. Puede incluir el tiempo que pasó sentado ante un escritorio, visitando amigos, leyendo, viajando en ómnibus, o sentado o recostado mirando la televisión.

7. En los últimos 7 días, cuanto tiempo pasó sentado durante un día hábil?

___ horas por día

___ minutos por día

No sabe/No está seguro

Cuestionario de calidad de sueño

Las siguientes cuestiones solo tienen que ver con sus hábitos de sueño durante el último mes. En sus respuestas debe reflejar cual ha sido su comportamiento durante la mayoría de los días y noches del pasado mes. Por favor, conteste a todas las cuestiones.

1. Durante el último mes, ¿cuál ha sido, normalmente, su hora de acostarse?

2. ¿Cuánto tiempo habrá tardado en dormirse, normalmente, las noches del último mes? (Marque con una X la casilla correspondiente)

- Menos de 15 min
- Entre 16-30 min
- Entre 31-60 min
- Más de 60 min

3. Durante el último mes, ¿a qué hora se ha levantado habitualmente por la mañana?

4. ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido verdaderamente cada noche durante el último mes?

5. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de:

a. No poder conciliar el sueño en la primera media hora:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

b. No poder conciliar el sueño en la primera media hora:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

c. Despertarse durante la noche o de madrugada:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

d. No poder respirar bien:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

e. Toser o roncar ruidosamente:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

f. Sentir frío:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

g. Sentir demasiado calor:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

h. Tener pesadillas o malos sueños

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

i. Sufrir dolores:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

j. Otras razones. Porfavor describalas:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

6. Durante el último mes, ¿cómo valoraría en conjunto, la calidad de su sueño?

- Muy buena
- Bastante buena
- Bastante mala
- Muy mala

7. Durante el último mes, ¿cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir?

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

8. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

9. Durante el último mes, ¿ha representado para usted mucho problema el tener ánimos para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?

- Ningún problema
- Sólo un leve problema
- Un problema
- Un grave problema

10. ¿Duerme usted solo o acompañado?

- Solo
- Con alguien en otra habitación
- En la misma habitación, pero en otra cama
- En la misma cama

Cuestionario de calidad de dieta

Las siguientes cuestiones solo tienen que ver con sus hábitos de alimentación durante el último mes. En sus respuestas debe reflejar cual ha sido su comportamiento durante la mayoría de los días y noches del pasado mes. Por favor, marque una X en todas las cuestiones (salvo la 10).

Variables	Consumo diario	3 o más veces a la semana pero no a diario	1 ó 2 veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca
1- Cereales y derivados					
2- Verduras y hortalizas					
3- Frutas					
4- Leche y derivados					
5- Carnes					
6- Legumbres					
7- Embutidos y fiambres					
8- Dulce					
9- Refrescos con azúcar					

10. Variedad:

(deje este ultimo campo (pregunta 10) en blanco, el investigador la completará acorde a sus respuestas)