



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

Facultad de  
**MEDICINA**

CONSIDERACIONES PARA EL ABORDAJE FISIOTERAPÉUTICO DEL  
SUELO PÉLVICO EN UNA PACIENTE CON INCONTINENCIA URINARIA

CONSIDERATIONS FOR THE PHYSIOTHERAPEUTIC MANAGEMENT TO  
THE PELVIC FLOOR IN A PATIENT WITH URINARY INCONTINENCE

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL PARA OPTAR POR EL  
TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN TECNOLOGÍA MÉDICA EN  
LA ESPECIALIDAD DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

AUTORES

ALICIA MACOL ARAUJO DAVILA

TANIA SILVANO SATALAYA

ASESORA

CARMEN ELENA LLANOS PUGA

CO-ASESOR

CARLOS ANDRES HUAYANAY ESPINOZA

LIMA – PERÚ

2025



**ASESORES DEL TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**ASESORA**

Mg. CARMEN ELENA LLANOS PUGA

Departamento Académico de Tecnología Médica

ORCID: 0000-0001-9477-0214

**CO-ASESOR**

Mg. CARLOS ANDRES HUAYANAY ESPINOZA

Departamento Académico de Tecnología Médica

ORCID: 0000-0002-8462-3218

## **DEDICATORIA**

Dedico este logro a mi amada familia, pilar de mi vida y razón de mi esfuerzo. A mis hijos, **Andrea y Evan**, quienes me impulsan a ser mejor cada día. A mi padre, **Edilberto Araujo**, al hombre más importante en mi vida, sé que me miras con lágrimas y orgullo desde el cielo. Gracias por ser mi eterna inspiración y por guiarme desde la distancia. Y, de manera muy especial, a mi compañero de vida, **Andy**, por su apoyo incondicional, su paciencia y por ser el pilar fundamental que me sostuvo y acompañó en cada etapa de este camino. Te agradezco por escucharme, animarme y por recordarme todo lo que soy capaz de lograr.

**ALICIA MACOL ARAUJO DAVILA.**

Dedico este trabajo a Dios, por ser el guía en mis estudios, a mis padres en especial a mi mamá que siempre me motivó a seguir adelante. A mi pareja por su apoyo incondicional y a mi hijo **Dylan**, por ser mi mayor motivación para seguir adelante.

**TANIA SILVANO SATALAYA.**

## **AGRADECIMIENTO**

Damos gracias a Dios por la fuerza, sabiduría y la perseverancia que nos concedió en este camino. A nuestros asesores, por su inestimable apoyo y dedicación a lo largo de este proyecto. Sus valiosos conocimientos, comentarios constructivos y paciencia han sido fundamentales para la culminación de este trabajo.

## **FUENTES DE FINANCIAMIENTO**

Este trabajo fue autofinanciado.

## **DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS**

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

# DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD



UNIVERSIDAD PERUANA  
CAYETANO HEREDIA

## DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Los egresados:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES
1.	ARAUJO DAVILA ALICIA MACOL
2.	SILVANO SATALAYA TANIA

Pertencientes al programa de la **CARRERA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA EN LA ESPECIALIDAD DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**, autores del trabajo titulado: **CONSIDERACIONES PARA EL ABORDAJE FISIOTERAPÉUTICO DEL SUELO PÉLVICO EN UNA PACIENTE CON INCONTINENCIA URINARIA** el cual ha sido elaborado, sustentado y aprobado, según corresponda, para optar por el **TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN TECNOLOGÍA MÉDICA EN LA ESPECIALIDAD DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN** bajo la modalidad de **TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**.

En calidad de docentes asesores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE	FACULTAD	NIVEL DE ASESORÍA
1.	LLANOS PUGA CARMEN ELENA	MEDICINA	ASESOR
2.	HUAYANAY ESPINOZA CARLOS ANDRES	MEDICINA	CO-ASESOR

Declaramos que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hacemos constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de **16%**, según el reporte emitido por el software **Turnitin®** (identificador de entrega: **trn:oid:::1:3423672575**; fecha de entrega: **24-11-2025**).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: **Lima, 25 de noviembre de 2025.**

Firma del asesor  
N° DNI: 42902800  
ORCID: 0000-0001-9477-0214

Firma del Co-asesor  
N° DNI: 70214391  
ORCID: 0000-0002-8462-3218



## TABLA DE CONTENIDOS

	<b>Pág.</b>
RESUMEN	
ABSTRACT	
I. INTRODUCCIÓN .....	1
II. OBJETIVOS .....	4
III. DEFINICIONES TEÓRICAS .....	5
IV. EVIDENCIA ACADÉMICA Y/O CIENTÍFICA .....	10
V. DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL .....	14
VI. COMPETENCIAS PROFESIONALES UTILIZADAS. ....	39
VII. APORTES A LA CARRERA (COMPETENCIAS ADQUIRIDAS EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL NUEVAS O COMPLEMENTARIAS).....	41
VIII. CONCLUSIONES .....	43
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44
ANEXOS	

## RESUMEN

**Introducción:** La incontinencia urinaria (IU) se define como la pérdida involuntaria de orina y presenta una mayor prevalencia en mujeres entre los 40 y 60 años. El uso de diversos agentes físicos como la radiofrecuencia, el *biofeedback* y la neuromodulación del nervio tibial posterior, junto con ejercicios específicos para el fortalecimiento del suelo pélvico y técnicas de respiración diafragmática, contribuyen a la disminución de síntomas como el dolor y la frecuencia miccional. La combinación de estas estrategias potencia la recuperación funcional de la musculatura del suelo pélvico.

**Objetivo:** Describir las consideraciones para el abordaje fisioterapéutico del suelo pélvico en una paciente con incontinencia urinaria.

**Resultado:** Las consideraciones aplicadas fueron fundamentales para lograr una intervención fisioterapéutica exitosa, que integró diversos agentes físicos y ejercicios del suelo pélvico, resultando en una notable disminución del dolor, reducción de las fugas urinarias diurnas y mejora en la contracción muscular del suelo pélvico en la paciente tratada.

**Conclusiones:** El abordaje fisioterapéutico en una paciente con IU de esfuerzo, se basó en una evaluación integral con escalas estandarizadas, incluyó el uso de agentes físicos, ejercicios del suelo pélvico y respiración diafragmática, logrando mejoras significativas en el control del suelo pélvico, reducción del dolor y disminución de la frecuencia miccional. La paciente también reportó mayor percepción y control muscular, reflejando una mejor funcionalidad y calidad de vida. Los resultados reflejan la efectividad de un enfoque terapéutico integral basada en la evidencia.

**Palabras claves:** Incontinencia urinaria, suelo pélvico, fisioterapia, ejercicios terapéuticos.

## ABSTRACT

**Introduction:** Urinary incontinence (UI) is defined as the voluntary loss of urine and has a higher prevalence in women between the age of 40 and 60. The use of various physical agents such as radiofrequency, biofeedback, and posterior tibial nerve neuromodulation, combined with specific pelvic floor strengthening exercises and diaphragmatic breathing techniques, contributes to the reduction of symptoms such as pain and urinary frequency. The combination of these strategies enhances the functional recovery of the pelvic floor musculature.

**Objective:** To describe the considerations for the physiotherapeutic approach to the pelvic floor in a patient with urinary incontinence.

**Results:** The applied considerations were essential for achieving a successful physiotherapeutic intervention, which integrated various physical agents and pelvic floor exercises. This resulted in a significant reduction in pain, decreased daytime urinary leakage, and improved pelvic floor muscle contraction in the treated patient.

**Conclusions:** The physiotherapeutic approach in a patient with stress urinary incontinence was based on a comprehensive evaluation using standardized scales. It included the use of physical agents, pelvic floor exercises, and diaphragmatic breathing, achieving significant improvements in pelvic floor control, pain reduction, and decreased urinary frequency. The patient also reported greater muscle awareness and control, reflecting improved functionality and quality of life. The results demonstrate the effectiveness of an evidence-based integrative therapeutic approach.

**Keywords:** Urinary incontinence, pelvic floor, physiotherapy, therapeutic exercises.

## I. INTRODUCCIÓN

La Sociedad Internacional de Continencia (ICS) describe la Incontinencia Urinaria (IU) como cualquier escape no intencionado de orina que resulta dificultoso en situaciones sociales o en la higiene personal (1). En Perú, se calcula que entre el 30% y el 40% de la población experimenta IU, este problema se presenta con mayor frecuencia en un 4% de mujeres mayores de 40 años (2).

Los principales tipos de IU son: incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), el cual representa un 49% de los casos y se caracteriza por pérdida de la orina al realizar esfuerzo, toser o estornudar; la incontinencia urinaria de urgencia (IUU), representa el 22% de los casos caracterizados por la necesidad repetitiva de miccionar; y la incontinencia urinaria mixta (IUM), que comprende el 29% restante y es la combinación de la IUE y la IUU (3,4).

El tratamiento fisioterapéutico de la Incontinencia Urinaria es eficaz para reducir o eliminar el problema, siempre que se realice una valoración adecuada para identificar su causa y descartar otras patologías. Su éxito depende en gran medida del compromiso del paciente. Entre las técnicas más usadas están los ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico, como la activación conjunta del transversos abdominal y periné, junto con la reeducación postural para evitar sobrecargas. Además, se emplean la electroestimulación (la neuromodulación del nervio tibial posterior), el *biofeedback* para mejorar el control muscular y la radiofrecuencia, que proporciona efectos analgésicos, antiinflamatorios y regenerativos, lo cual complementa eficazmente este enfoque fisioterapéutico (1,5).

El *biofeedback* es un tratamiento no invasivo para la IU, permitiendo a los pacientes tomar conciencia y controlar la musculatura del suelo pélvico. Surgió con Arnold

Kegel y su método de registro de presión vaginal, y ha evolucionado con dispositivos modernos que ofrecen retroalimentación visual y auditiva. Entre sus beneficios destacan el monitoreo en tiempo real del progreso, el aprendizaje activo de la contracción muscular adecuada y el aumento de la motivación de los pacientes, lo que mejora la adherencia al tratamiento (6).

Por otro lado, la neuromodulación del nervio tibial posterior se usa en el tratamiento de la IU por medio de electrodos colocados en el recorrido del nervio tibial posterior, buscando inhibir circuitos espinales y supraespinales comprometidos en el reflejo de la micción (7).

Finalmente, la radiofrecuencia es una herramienta valiosa dentro del abordaje fisioterapéutico, destacando por su capacidad de generar calor profundo y producir efectos analgésicos, antiinflamatorios, miorrelajantes y favorecer la reparación tisular (8). Combinada con ejercicios del suelo pélvico, mejora el fortalecimiento muscular y reduce el dolor y los síntomas de incontinencia urinaria más que solo ejercicios (9). Estudios internacionales respaldan su efectividad, mostrando importantes mejoras en continencia y satisfacción del paciente (10).

En el Perú, donde la incontinencia urinaria afecta a un porcentaje significativo de la población, resulta fundamental contar con protocolos estandarizados que aseguren la eficiencia y eficacia en el tratamiento fisioterapéutico para la IU. La alta prevalencia de esta condición, sumada al impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes, subraya la necesidad de implementar intervenciones basadas en evidencia científica que optimicen los resultados clínicos funcionales. Por ello, es imprescindible que el abordaje fisioterapéutico integre técnicas específicas, como el fortalecimiento del suelo pélvico, el uso de diversos agentes físicos y la

incorporación de ejercicios funcionales para proporcionar un tratamiento integral y personalizado. Por lo tanto, la pregunta de este trabajo de suficiencia profesional es: ¿cuáles son las consideraciones para el abordaje fisioterapéutico del suelo pélvico en una paciente con incontinencia urinaria?

## **II. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Describir las consideraciones para el abordaje fisioterapéutico del suelo pélvico en una paciente con incontinencia urinaria.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Describir la evaluación fisioterapéutica del suelo pélvico en una paciente con incontinencia urinaria, a partir de la evidencia científica.
2. Detallar el uso de los agentes físicos en combinación con ejercicios de suelo pélvico para el tratamiento de la incontinencia urinaria, a partir de la evidencia científica.
3. Caracterizar las técnicas fisioterapéuticas en una paciente con incontinencia urinaria, aplicando agentes físicos, según las consideraciones técnicas identificadas.

### III. DEFINICIONES TEÓRICAS

**3.1 Incontinencia Urinaria (IU):** La Organización mundial de la salud (OMS) define la incontinencia urinaria como la pérdida involuntaria de la orina, una condición que puede afectar a personas de ambos sexos y de cualquier edad. Sus causas pueden ser de origen urológico, ginecológico u obstétrico (11). Se clasifica en 3 tipos principales: la incontinencia urinaria por esfuerzo (49%), que ocurre al toser, estornudar o realizar actividades físicas intensas; la incontinencia de urgencia (22%), caracterizada por una necesidad repentina y difícil de controlar de orinar; y la incontinencia mixta (29%), que combina características de ambas (4).

**3.2 Suelo pélvico:** El suelo pélvico está formado por músculos y tejido conectivo que brindan soporte y suspensión a los órganos pélvicos y abdominales, destacando el músculo elevador del ano como su principal componente. Los órganos pélvicos se dividen en tres compartimentos: anterior (vejiga y uretra), medio (útero, vagina, próstata y vesículas seminales) y posterior (recto, conducto anal y esfínteres). Esta musculatura no solo sostiene estas estructuras, sino que también participa activamente en la continencia urinaria y fecal (12).

**3.3 Disfunción del Piso Pélvico Femenino (DPPF):** Las disfunciones del suelo pélvico con un conjunto de condiciones causadas por el desplazamiento o mal funcionamiento de los órganos pélvicos debido a problemas en las estructuras de soporte (13). Entre los más comunes está la incontinencia urinaria por esfuerzo y el prolapso de los órganos pélvicos, que suelen

desencadenarse por el aumento de la presión intraabdominal (14). Factores como el embarazo, la tos crónica, el estreñimiento o el esfuerzo físico intenso elevan esta presión, favoreciendo la aparición de estas patologías (15).

**3.4 Fisioterapia del suelo pélvico:** La fisioterapia se considera el principal enfoque terapéutico que se centra en la prevención y tratamiento de trastornos funcionales de las regiones pélvica, abdominal y lumbar. Los recursos que se utilizan para la intervención fisioterapéutica incluyen la evaluación y diagnóstico fisioterapéutico, así como, un plan de tratamiento que integra educación, agentes físicos, técnicas de terapia manual, entre otros. (16,17).

**3.5 Evaluación fisioterapéutica de suelo pélvico:** La evaluación de la disfunción del piso pélvico implica varios componentes claves:

- **Anamnesis:** Esto abarca la documentación de cualquier problema del tracto urinario inferior (como incontinencia o retención), prolapso de órganos pélvicos (como abultamiento vaginal o uterino), laxitud vaginal y dolor pélvico. Es importante registrar cuándo comenzaron los síntomas, con qué frecuencia ocurren y cualquier factor contribuyente, así como, los antecedentes médicos, quirúrgicos, familiares del paciente (18).
- **Cuestionarios:** Se utilizan cuestionarios estandarizados para evaluar el impacto de la disfunción del piso pélvico en la calidad de vida y para evaluar síntomas específicos. Los ejemplos incluyen

herramientas para evaluar el impacto de la disfunción del piso pélvico, la incontinencia urinaria, el estreñimiento, la función sexual y los niveles de dolor (13,19).

1) MÉTODO PERFECT: Laycock desarrolló el protocolo PERFECT (*Power, Endurance, Repetitions, Fast, Every Contraction Timed*) para evaluar de forma completa la función muscular mediante el tacto vaginal. Este método permite diseñar programas de reeducación muscular individualizados, al valorar no solo la fuerza, sino también la resistencia, velocidad y duración de las contracciones. Asimismo, incluye la evaluación de la conciencia corporal y del esquema corporal, observando si la paciente es capaz de identificar y contraer voluntariamente la musculatura implicada. En este sentido, la incapacidad para percibir una contracción indica una baja percepción somática o un esquema corporal deficiente, lo cual puede influir negativamente en el proceso de rehabilitación. Por lo tanto, el método PERFECT ha demostrado ser una herramienta fiable y válida para la evaluación (20). (Anexo 3).

2) ESCALA DE ASHWORTH: Mide el aumento del tono muscular (espasticidad muscular), las puntuaciones van de 0 a 4. Donde cero indica que no hay aumento del tono y cuatro indica rigidez en flexión o extensión (21).

- 3) ESCALA NUMÉRICA DEL DOLOR (END): La escala numérica del dolor permite cuantificar la intensidad del dolor en una escala de 0 a 10. Esta herramienta sirve como punto de referencia inicial para diseñar un plan de tratamiento y permite evaluar la evolución del dolor en cada sesión (22,23). (Anexo 4).
  - 4) ESCALA DE OXFORD MODIFICADA: Escala numérica que mide la fuerza producida por la contracción del músculo, va desde una puntuación 0 (ausencia de contracción) a 5 (contracción fuerte) (19). (Anexo 5).
  - 5) MANIOBRA DE VALSALVA: Para evaluar un posible prolapso, se solicita a la paciente realizar la maniobra de Valsalva y el gesto de la tos, que aumentan la presión intraabdominal y permiten observar el abombamiento de la pared vaginal (anterior o posterior, según el tipo de colpocele) (24).
- **Exámenes auxiliares:** Incluyen la urodinamia y el urocultivo, en caso de que la paciente presente síntomas de infección del tracto urinario (ITU). Además, el médico solicita la medición del residuo postmiccional mediante ecografía. También se realizan evaluaciones estructurales y funcionales del piso pélvico, utilizando ecografía, resonancia magnética y electromiografía. Dada la complejidad de la naturaleza de la disfunción del piso pélvico, estos exámenes tienen

como objetivo identificar cualquier anomalía en los músculos, la fascia, los ligamentos del piso pélvico (3).

- **Educación para la salud:** Los pacientes reciben educación sobre la anatomía y fisiología del piso pélvico, las causas y los riesgos de la disfunción del piso pélvico, sus síntomas y las estrategias para la prevención y el tratamiento (25).
- **Desarrollo del programa:** Basándose en una evaluación exhaustiva, se crean planes de tratamiento individualizados, utilizando principalmente intervenciones de terapia física, entrenamiento conductual y cambios en el estilo de vida (16).
- **Reevaluación fisioterapéutica:** Proceso clínico sistematizado, mediante el cual el fisioterapeuta analiza la evolución del paciente, valorando de forma objetiva y comparativa los cambios en los signos y síntomas inicialmente identificados, con el propósito de ajustar, optimizar o mantener el plan de intervención terapéutica, según la respuesta funcional observada (26).

#### IV. EVIDENCIA ACADÉMICA Y/O CIENTÍFICA

La incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de la orina que afecta entre el 17% y 45% de la población mundial; mientras que, en Latinoamérica se estima que más de 200 millones la padecen. En promedio 2 de cada 10 personas se ven afectados por este mal; además, un 30% de la población femenina lo padece a partir de los 60 años (27,28).

Un estudio en Perú, mostró que la disfunción más común del suelo pélvico es la incontinencia urinaria (73%), esto debido al sobrepeso, número de partos e inadecuadas posiciones para levantar peso, generando debilidad de los músculos de suelo pélvico y, en consecuencia, la pérdida de orina sea más frecuente (29,30).

El consejo de fisioterapeutas de Brasil ha reconocido la relevancia del papel del fisioterapeuta en el ámbito de la salud de la mujer, destacando su función directa en la rehabilitación de disfunciones musculares del suelo pélvico y en el manejo de la continencia urinaria (31,32). En este contexto, la fisioterapia se considera como el principal enfoque terapéutico, centrado tanto en la prevención como en el tratamiento de los trastornos funcionales que afectan las regiones pélvica, abdominal y lumbar. Entre los recursos utilizados en la intervención fisioterapéutica se incluyen la evaluación clínica, el diagnóstico funcional, la educación terapéutica, así como, técnicas avanzadas (*biofeedback*, neuromodulación del tibial posterior y radiofrecuencia) (16,17).

La evaluación clínica del suelo pélvico se enriquece mediante la combinación de herramientas específicas y maniobras diagnósticas. Por un lado, el método PERFECT evalúa la fuerza y el control de los músculos del suelo pélvico, considerando potencia, resistencia y repeticiones, con base en la escala de Oxford

Modificada, que mide el grado de fuerza muscular con la valoración del esquema y la conciencia corporal. Esta última permite determinar si la paciente identifica y activa correctamente la musculatura implicada; mientras que, la escala END permite cuantificar la intensidad del dolor percibido por la paciente. Por otro lado, para la detección de prolapsos de órganos pélvicos, se emplean maniobras como la de VALSALVA y el gesto de la tos, los cuales aumentan la presión intraabdominal y permiten visualizar el abombamiento de la pared vaginal. La integración de estas evaluaciones permiten personalizar los parámetros de tratamiento y adaptar la intervención fisioterapéutica a las necesidades de cada paciente (20,22,23,33).

Diversos estudios han demostrado la eficacia del *biofeedback* electromiográfico (EMG BF) combinado con ejercicios del suelo pélvico como tratamiento no invasivo para la IU. Una investigación de siete años con 444 mujeres, reportó una mejora del 71% de los casos, reduciendo la necesidad de cirugía al 13% (34). De forma complementaria, un estudio prospectivo con 14 mujeres evidenció una disminución significativa de las pérdidas urinarias, la frecuencia miccional y una mejora sostenida en la calidad de vida tras 12 semanas de terapia (35).

En los últimos años, la neuromodulación del tibial posterior se considera una opción entre los tratamientos de la incontinencia urinaria. Por ejemplo, un estudio aplicó neuromodulación del nervio tibial posterior a pacientes con incontinencia urinaria una vez por semana durante 3 meses, obteniendo como resultado un 84% de mejoría en la nicturia. Además, el 75% mejoró la sintomatología clínica, lo que incluye una reducción en la frecuencia y urgencia urinaria (36–38).

Diversos estudios han reportado los beneficios terapéuticos de la radiofrecuencia, entre los que se incluyen la mejora en la contractilidad muscular, la reducción del

dolor y su efecto cicatrizante. Asimismo, se destacan intervenciones complementarias orientadas al fortalecimiento del suelo pélvico, como el entrenamiento de los músculos del suelo pélvico. Estos consisten en la contracción voluntaria del esfínter uretral, simulando la acción de interrumpir el flujo miccional. Se recomienda su ejecución en 3 a 4 series de 20 a 25 repeticiones, con el propósito de favorecer la identificación adecuada del grupo muscular implicado y optimizar la ejecución de la contracción (5,8).

Asimismo, dos ensayos clínicos investigaron la efectividad de la radiofrecuencia (RF) y el entrenamiento muscular del suelo pélvico (ESMP) en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE). Ambos tratamientos mostraron mejoras en la reducción de la frecuencia urinaria: un 7% con RF y un 5% con EMSP. Sin embargo, la combinación de ambos fue la más efectiva, logrando un beneficio del 12 %. En conclusión, la terapia combinada de RF y EMSP se presenta como una opción prometedora para el tratamiento de la IUE (39,40).

En este sentido, la evidencia científica respalda el uso de ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico como una estrategia eficaz para mejorar la función muscular, reducir la incontinencia urinaria y elevar la calidad de vida (41,42). Un metaanálisis con 720 mujeres demostró que los ejercicios de estabilización del core reducen los síntomas urinarios en un 65%, mejoran la fuerza del suelo pélvico en un 96% y la calidad de vida en un 90%. Por ello, son una estrategia segura y efectiva para tratar la incontinencia urinaria (43).

Aunque la práctica basada en evidencia es fundamental, un estudio reciente encontró que solo el 63% de los fisioterapeutas que tratan lesiones musculoesqueléticas la siguen. Lo preocupante es que el 27% ofrece tratamientos

no avalados por la investigación y un 45% emplea técnicas sobre las que no hay estudios concluyentes. Esto resalta un desafío importante para que la fisioterapia se alinee completamente con la evidencia científica (44).

En síntesis, se puede identificar que la evidencia científica respalda aplicar la radiofrecuencia acompañada de ejercicios de suelo pélvico para un abordaje fisioterapéutico en incontinencia urinaria. Por ello, se deberían tomar las siguientes consideraciones:

Etapa 1: Anamnesis: recolección de datos de datos del paciente mediante la historia clínica y entrevista con el paciente (18,19).

Etapa 2: Evaluación y diagnóstico fisioterapéutico: Utilizando escalas estandarizadas, tales como END. PERFECT, Oxford modificada (20,22,23).

Etapa 3: Intervención fisioterapéutica (16).

Etapa 4: Reevaluación fisioterapéutica y manejo del alta (26).

## V. DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL

### a. PERIODO EN DONDE SE DESARROLLÓ EL TSP

Tabla 1. Periodo del desarrollo del TSP.

Periodo	Abril - mayo del 2025.
Lugar	Centro privado de Lima, Perú.

Fuente: Elaboración propia.

### b. DESCRIPCIÓN DE LA EP Y ESTRATEGIAS APLICADAS

Tabla 2. Datos de la paciente.

Características	Descripción
Edad	50.
Sexo	Femenino.
Derivación	Urología.
Diagnóstico médico	Incontinencia urinaria por esfuerzo N39.3.
Motivo de consulta	Incontinencia urinaria por esfuerzo con retención miccional del 23%.

Fuente: Elaboración propia.

El presente trabajo de suficiencia profesional describe las técnicas aplicadas a una paciente femenina de 50 años, diagnosticada con incontinencia urinaria de esfuerzo

(IUE), durante los meses de abril a mayo del 2025, en un centro privado de Lima, Perú.

La paciente presentó pérdida de la orina al esfuerzo, retención miccional, pujos al momento de miccionar y constipación.

Nuestra experiencia profesional consistió en la aplicación de agentes físicos como el *biofeedback*, la neuromodulación del nervio tibial posterior y la radiofrecuencia acompañada de ejercicios del suelo pélvico en una paciente con incontinencia urinaria, para que pueda participar con normalidad de sus AVDs, con comodidad y confianza. Por esta razón, se tuvo en cuenta las consideraciones en las siguientes etapas a lo largo del abordaje fisioterapéutico:

### **Etapas 1. Anamnesis de la paciente**

Paciente mujer de 50 años llegó a consulta, con diagnóstico médico de incontinencia urinaria por esfuerzo. La paciente manifestó que desde hace dos meses siente ardor al orinar, retención miccional (23% según ecografía) y también constipación (2 veces por semana), por lo que realiza pujos. Además, tiene frecuencia miccional aumentada durante el día (8-10 veces), específicamente cuando hace alguna actividad que conlleve a realizar fuerza (cargar bolsas en el supermercado o al toser). Se levanta por las noches entre 1-2 veces para miccionar y hace mención que en ocasiones presenta sensación de pesadez en la zona pélvica. La paciente tuvo 2 partos vaginales, consultó a su urólogo de cabecera quien la derivó con nosotros (18).

### **Etapas 2. Evaluación y Diagnóstico fisioterapéutico**

#### **A. Evaluación**

Primero, se realizó una entrevista a la paciente para obtener detalles del caso, posteriormente, se evaluó la postura y se realizó la evaluación muscular, incluyendo el diafragma, los abdominales y músculos pélvicos superficiales. A continuación, se examinó el tono de la musculatura profunda del suelo pélvico mediante tacto vaginal, con el objetivo de determinar si la paciente presentaba dolor a la palpación. Finalmente, se valoró la fuerza y la resistencia muscular, utilizando el método PERFECT (13,19).

Se aplicó lo siguiente: Escalas y método para la evaluación:

#### A.1 ESCALA NUMÉRICA DEL DOLOR (END) (23).

Se utilizó la escala numérica del dolor para la evaluación, obteniendo el siguiente resultado:

Tabla 3. Músculos evaluados con la escala END.

Músculos	Derecha	Izquierda
Diafragma	3	3
Recto Abdominal	3	3
Transverso Abdominal	3	3
Psoas	3	3
Músculos Profundos del suelo pélvico (transverso profundo, elevadores del ano, coccígeos, piramidal)	7	7

Fuente: Elaboración propia. Puntaje de 0 a 10.

## A.2 MÉTODO PERFECT (20).

Este método nos permite evaluar la fuerza muscular y sus repercusiones funcionales.

Tabla 4. Método PERFECT.

Power: Fuerza (basada en la escala de oxford modificada, puntaje del 0 al 5).	1
Endurance: Resistencia.	1
Repetitions: repeticiones de las contracciones mantenidas.	1
Fast: número de contracciones.	1

Fuente: Elaboración propia: Evaluación numérica, puntaje de 0-5.

## B. MANIOBRA DE VALSALVA: NEGATIVA (sin prolapso) (24).

### Diagnóstico fisioterapéutico

Paciente mujer de 50 años con diagnóstico médico de incontinencia urinaria de esfuerzo, en la evaluación fisioterapéutica no se evidenció diástasis abdominal, aunque se identificó dolor a la palpación de la musculatura abdominal END 3/10 e hipertonia de la musculatura profunda del piso pélvico (puntuación 2 en la escala de ASHWORTH), con dolor a la palpación END 7/10. Se observó una contracción débil y poco sostenida de los músculos del suelo pélvico, al pedirle a la paciente que “contraiga como si estuviera aguantando la orina” (PERF:1/1/1/1). A su vez, presenta dificultad para relajar completamente la musculatura después de la micción. También se observó una disminución en la percepción y reconocimiento de su suelo pélvico, ya que la paciente no logra identificar ni ubicar conscientemente esta zona durante la palpación y la activación voluntaria (Pelvic

Floor Distress Inventory: 2, poco). No se encontraron signos de prolapso pélvico en la evaluación (20,23,33).

### Etapa 3. Intervención fisioterapéutica

Se recomendó a la paciente 12 sesiones; en la primera semana asistió de forma interdiaria (3 veces a la semana). Posterior a eso, se la citó 2 veces por semana hasta la sesión 7 y, finalmente, recibió tratamiento una vez por semana. Cabe mencionar que, la paciente asistió continuamente a sus sesiones de fisioterapia. A continuación, se muestra el plan de tratamiento llevado a cabo. Las sesiones tuvieron una duración de 1 hora (16).

Tabla 5. Intervención fisioterapéutica.

Fases	Intervención fisioterapéutica
<p>Fase I</p> <p>Disminución del dolor, normalización del tono, reeducación sensorial y educación a la paciente.</p> <p>1-3 sesiones</p>	<p>Radiofrecuencia (técnicas manuales intracavitarias y extracavitarias).</p> <p>Neuromodulación del nervio tibial posterior.</p> <p><i>Biofeedback</i> pasivo.</p> <p>Educación a la paciente.</p> <p>Ejercicios respiratorios diafragmáticos.</p>
<p>Fase II</p> <p>Activación muscular y fortalecimiento funcional.</p> <p>4-8 sesiones</p>	<p><i>Biofeedback</i> activo.</p> <p>Radiofrecuencia (1 vez por semana).</p> <p>Neuromodulación del nervio tibial posterior (1-2 veces por semana, según evolución).</p> <p>Ejercicios de activación del suelo pélvico.</p>

<p>Fase III</p> <p>Integración funcional, automatización y prevención.</p> <p>9- 12 sesiones</p>	<p><i>Biofeedback</i> (posiciones dinámicas).</p> <p>Entrenamiento funcional.</p> <p>Plan de ejercicios domiciliarios enfocados en la funcionalidad.</p>
--	--

N° de sesión	Intervención fisioterapéutica
<b>1</b>	Radiofrecuencia (técnicas manuales intracavitarias y extracavitarias) + Neuromodulación tibial posterior + educación a la paciente + ejercicios respiratorios.
<b>2</b>	Radiofrecuencia (técnicas manuales intracavitarias y extracavitarias) + <i>Biofeedback</i> pasivo + ejercicios respiratorios.
<b>3</b>	Radiofrecuencia (técnicas manuales intracavitarias y extracavitarias) + Neuromodulación del nervio tibial Posterior + Ejercicios respiratorios.
<b>4</b>	Radiofrecuencia (superficial) + <i>Biofeedback</i> activo + Ejercicios del suelo pélvico.
<b>5</b>	Radiofrecuencia (superficial) + <i>Biofeedback</i> activo + Ejercicios del suelo pélvico.
<b>6</b>	Radiofrecuencia (superficial) + <i>Biofeedback</i> activo + Neuromodulación del nervio tibial posterior + Ejercicios del suelo pélvico.

<b>7</b>	Radiofrecuencia (superficial) + Neuromodulación del nervio tibial posterior + Ejercicios del suelo pélvico.
<b>8</b>	Radiofrecuencia (superficial) + Neuromodulación del nervio tibial posterior + <i>Biofeedback</i> + Ejercicios del suelo pélvico.
<b>9</b>	<i>Biofeedback</i> activo + Entrenamiento funcional + Ejercicios del suelo pélvico.
<b>10</b>	Radiofrecuencia (superficial) + Ejercicios del suelo pélvico + entrenamiento funcional.
<b>11</b>	<i>Biofeedback</i> activo + Ejercicios de suelo pélvico + plan de ejercicios domiciliarios.
<b>12</b>	Radiofrecuencia (superficial) + Ejercicios del suelo pélvico + plan de ejercicios domiciliarios.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 6. Parámetros de los agentes físicos utilizados en el tratamiento.

	Radiofrecuencia	Neuromodulación tibial posterior	Biofeedback Fibras rápidas	Biofeedback Fibras lentas
Ancho de pulso	270 us.	220 us.	220 us.	250 us.
Frecuencia	448 KHZ.	20 HZ.	3-5 HZ.	35 HZ.
Intensidad	A tolerancia.	A tolerancia.	A	A

			tolerancia.	tolerancia.
Potencia	70 W.	-	-	-
Tiempo	30 min.	20 min.	5 min.	5 min.

Fuente: Elaboración propia.

Durante las 12 sesiones se aplicó los diferentes agentes mencionados en el tratamiento, cada uno de ellos fue aplicado en un tiempo determinado por sesión.

Las fases en las cuales se dividió el plan de tratamiento fueron:

Tabla 7. Fases del tratamiento.

Fases	Tratamiento
<p><b>Fase I: Disminución del dolor, normalización del tono, reeducación sensorial y educación a la paciente.</b></p> <p>1 - 3 sesiones</p>	<p>Durante la fase inicial del tratamiento se prioriza la disminución el dolor pelviperineal, la normalización del tono muscular del suelo pélvico y el desarrollo de la conciencia corporal. Para ello, se emplean técnicas como la radiofrecuencia (intracavitaria y extracavitaria), que mejora la vascularización y promueve la relajación muscular profunda; la neuromodulación del nervio tibial posterior, que modula los reflejos pelviperineales; el <i>biofeedback</i> pasivo, que facilita la identificación del tono basal sin exigir contracción activa; y ejercicios</p>

	<p>respiratorios diafragmáticos con técnicas de relajación, que favorecen la disociación abdomino-perineal y previenen el aumento de la presión intraabdominal. Este enfoque se complementa con la educación a la paciente sobre el manejo del dolor, cuidados del suelo pélvico, hábitos miccionales saludables y estrategias para evitar sobrecarga perineal en actividades de la vida diaria.</p>
<p><b>Fase II: Activación muscular y fortalecimiento funcional.</b> 4 - 8 sesiones</p>	<p>En esta fase, el objetivo es activar y fortalecer el suelo pélvico, por lo que se utilizan ejercicios del suelo pélvico progresivos integrados con la activación del transverso abdominal, así como el <i>biofeedback</i> activo para mejorar el control motor. Además, se mantiene el uso de la radiofrecuencia una vez por semana para favorecer el trofismo tisular y prevenir recaídas en el dolor o la hipertonía. Finalmente, se ajusta la neuromodulación del nervio tibial posterior según la evolución clínica, especialmente si persisten síntomas de urgencia o dificultad en la relajación.</p>
<p><b>Fase III: Integración funcional, automatización y prevención.</b></p>	<p>En esta última fase del tratamiento, el objetivo es integrar el control del suelo pélvico en actividades funcionales y automatizar su activación para prevenir posibles recaídas. Para ello, se emplea el</p>

9 -12 sesiones	<p><i>biofeedback</i> en posiciones dinámicas, lo que permite mejorar la conciencia corporal y el control motor durante el movimiento. Además, se entrena la contracción anticipada del suelo pélvico ante esfuerzos físicos como toser, cargar objetos o realizar cambios posturales. Se prescribe un plan de ejercicios domiciliarios que incluye actividades como caminar o subir escaleras, incorporando la activación del transverso abdominal para optimizar la función del complejo abdomino-pélvico. Finalmente, se refuerza la educación preventiva con pautas sobre higiene miccional, ergonomía en las actividades cotidianas y la importancia del seguimiento clínico periódico para mantener los resultados obtenidos y evitar recidivas.</p>
----------------	--

Fuente: Elaboración propia.

A continuación, se muestran los cuadros de la intervención que se realizó en cada fase.

Tabla 8. Fase I: Disminución del dolor, normalización del tono, reeducación sensorial y educación a la paciente.

<b>Fase I: Disminución del dolor, normalización del tono, reeducación sensorial y educación a la paciente.</b>	
<b>Frecuencia</b>	3 veces por semana, 1 hora por sesión, durante 1 semana.
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminuir el dolor pélvico y abdominal.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducir la hipertonía del suelo pélvico.</li> <li>• Mejorar la percepción y conciencia del suelo pélvico.</li> <li>• Facilitar la relajación muscular postmiccional.</li> </ul>
<p><b>Intervención</b></p>	<p>El abordaje de la fase I, incluye las siguientes intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiofrecuencia perineal e intravaginal, con el objetivo de reducir el dolor pelviperineal, favorecer la relajación muscular profunda y mejorar la vascularización tisular. Esta técnica prepara el tejido para etapas posteriores de activación muscular.</li> <li>• Neuromodulación del nervio tibial posterior (NMTP), tiene como finalidad modular los reflejos pelviperineales, disminuir la hipertonía y reducir síntomas de urgencia urinaria, favoreciendo un entorno neurológico más equilibrado.</li> <li>• <i>Biofeedback</i> pasivo, para favorecer la toma de conciencia del suelo pélvico sin exigir contracción activa, se entrena la identificación del tono basal y se trabaja en la relajación voluntaria, es clave en pacientes con hipertonía.</li> <li>• Ejercicios respiratorios diafragmáticos y técnicas de relajación, se realizan en decúbito supino, con énfasis en la disociación abdomino-perineal y el control de la presión intraabdominal. Estas técnicas mejoran el patrón respiratorio y favorecen la relajación muscular, sino que</li> </ul>

	<p>también se complementan con la educación a la paciente en cuanto a la importancia de una respiración funcional, el manejo del estrés, y su influencia sobre el tono del suelo pélvico. Se refuerzan pautas de autocuidado, conciencia corporal y hábitos posturales que contribuyen al éxito del tratamiento.</p>
--	--

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 9. Fase II: Activación muscular y fortalecimiento funcional.

<b>Fase II: Activación muscular y fortalecimiento funcional</b>	
<b>Frecuencia</b>	2 veces por semana, 1 hora por sesión, durante 3 semanas.
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciar contracciones efectivas del suelo pélvico.</li> <li>• Mejorar fuerza abdominal profunda.</li> <li>• Coordinar la contracción suelo pélvico-transverso abdominal.</li> <li>• Reducir o eliminar episodios de incontinencia al esfuerzo.</li> </ul>
<b>Intervención</b>	<p>El abordaje de la fase II, incluye las siguientes intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Biofeedback</i> activo, para entrenar la contracción voluntaria del suelo pélvico. Se trabaja la secuencia contracción-sostén-relajación, mejorando progresivamente la fuerza y resistencia (PERF).</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejercicios de suelo pélvico, guiados y supervisados, comenzando con contracciones submáximas para progresar a contracciones más sostenidas y efectivas. Se integran con la activación del transverso del abdomen, buscando una sinergia funcional entre el core profundo y el suelo pélvico.</li> <li>• Radiofrecuencia (1 vez/ semana): se mantiene como apoyo para mejorar el trofismo y vascularización del tejido, y evitar recaídas en hipertonía o dolor durante el proceso de activación muscular.</li> <li>• Neuromodulación del nervio tibial posterior (1-2 veces/semana según evolución), se ajusta para mantener su efecto regulador en caso de persistencia de urgencia o dificultad en la relajación muscular.</li> </ul>
--	--

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 10. Fase III: Integración funcional, automatización y prevención.

<b>Fase III: Integración funcional, automatización y prevención</b>	
<b>Frecuencia</b>	1 vez por semana, 1 hora por sesión, durante 3 semanas.
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Automatizar contracción del suelo pélvico en tareas funcionales.</li> <li>• Prevenir pérdidas de orina durante esfuerzos (tos, risa, ejercicios).</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover independencia en el cuidado del suelo pélvico.</li> </ul>
<p><b>Intervención</b></p>	<p>El abordaje de la fase III, incluye las siguientes intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Biofeedback</i> funcional, se utiliza en posiciones dinámicas, como bipedestación y marcha, para evaluar y reforzar el control del suelo pélvico durante movimientos cotidianos. Esto permite a la paciente integrar la respuesta muscular de forma más automática y eficaz.</li> <li>• Entrenamiento funcional, se practica la contracción anticipada del suelo pélvico ante esfuerzos como toser, reír o cargar peso. Esta estrategia mejora la continencia bajo esfuerzo y facilita la automatización del reflejo de protección perineal.</li> <li>• Plan de ejercicios domiciliarios, se refuerza un programa individualizado de ejercicios combinados con activación del transversal abdominal, con una frecuencia de 2 a 3 veces por semana, promoviendo el mantenimiento de la función neuromuscular lograda. Además, los ejercicios han sido adaptados a la rutina y contexto de vida de la paciente, facilitando su incorporación progresiva a las actividades diarias de forma natural y sostenida al tiempo.</li> <li>• Educación preventiva y seguimiento, se brindan recomendaciones sobre higiene miccional, postural y hábitos saludables para conservar los avances obtenidos.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia.

A continuación, se muestran algunos ejercicios aplicados en cada fase del tratamiento.

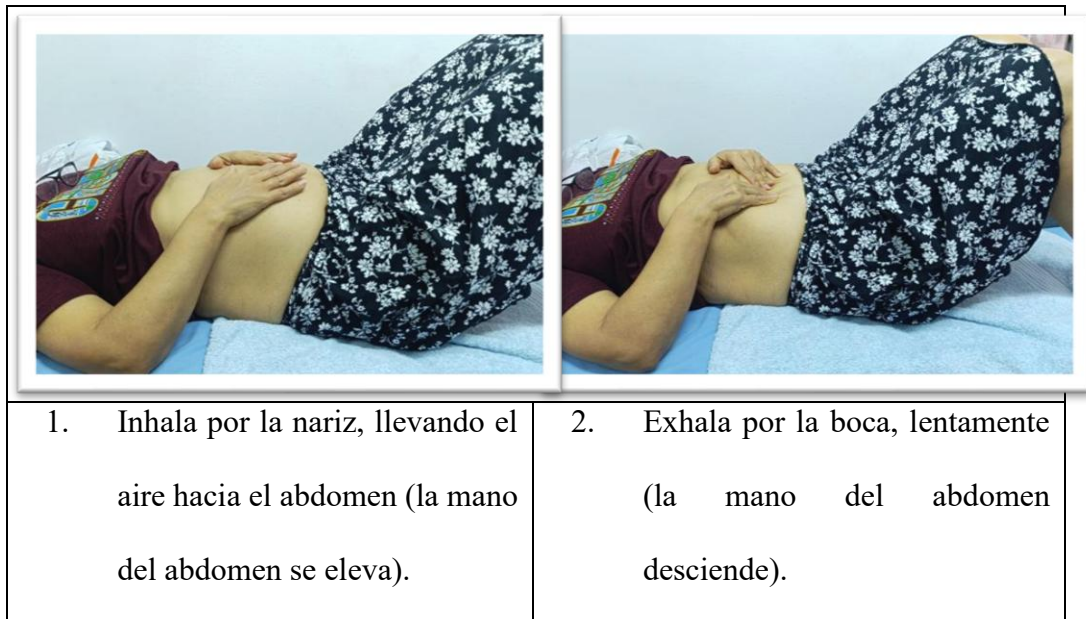
Tabla 11. Ejercicios aplicados en la fase I del tratamiento.

<b>Fase I: Disminución del dolor, normalización del tono, reeducación sensorial y educación a la paciente</b>		
<b>Ejercicio</b>	<b>Objetivo Terapéutico</b>	<b>Ejecución breve</b>
Respiración diafragmática con relajación.	Disminuir el tono muscular, mejorar la movilidad diafragmática y reducir la presión intraabdominal.	En decúbito supino con rodillas en flexión. Inhalar lenta y profundamente por la nariz, expandiendo el abdomen, luego exhalar por la boca relajando abdomen y el suelo pélvico. (Figura 1).
Toma de conciencia perineal (sin contracción).	Favorecer la reeducación sensorial del suelo pélvico sin generar esfuerzo.	En decúbito supino, en un ambiente tranquilo se le indica a la paciente que lleve su atención mental al periné, intentando ubicar la zona sin moverla. Puede acompañarse con el uso de un espejo si la paciente está cómoda.
Visualización y respiración	Estimular la conexión mente-músculo, facilitando la	Guiar a la paciente a imaginar que con cada inhalación el aire

<p>dirigida al periné.</p>	<p>activación sensorial y la relajación voluntaria.</p>	<p>“llega” al suelo pélvico, expandiéndolo suavemente. Con la exhalación sentir como esa zona se relaja y libera tensión. Puede realizarse con los ojos cerrados y respiración diafragmática.</p>
<p>Movilización pélvica en pelota.</p>	<p>Mejorar la movilidad de la pelvis y columna lumbar, facilitando la liberación de tensión muscular en la región lumbopélvica.</p>	<p>En sedente en la pelota con rodillas flexionadas a 90°, realizar movimientos suaves de pelvis (anteversión, retroversión, inclinaciones laterales y en círculos). (Figura 2).</p>

Fuente: Elaboración propia.

Figura 1. Respiración diafragmática.



Fuente: Elaboración propia.

Figura 2. Movilidad pélvica.



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 12. Ejercicios aplicados en la fase II del tratamiento.

<b>Fase II: Activación muscular y fortalecimiento funcional</b>		
<b>Ejercicio</b>	<b>Objetivo terapéutico</b>	<b>Ejecución breve</b>
Activación del suelo pélvico en distintas posturas.	Mejorar fuerza y coordinación y resistencia del suelo pélvico.	Contracción voluntaria del suelo pélvico (“como si se quisiera cortar el chorro de orina”), mantener de 3 a 5 segundos y relajar. Series progresivas según tolerancia.
Activación del transverso abdominal + suelo pélvico.	Mejorar la coactivación del Core profundo.	En posición neutra, contraer el abdomen profundo (llevar ombligo hacia dentro) junto con una contracción suave del suelo pélvico.
Actividad puente con activación del suelo pélvico.	Fortalecer glúteos y suelo pélvico en conjunto, trabajando estabilidad lumbopélvica.	En decúbito supino, elevar pelvis activando previamente el suelo pélvico. Mantener de 3-5 y bajar controladamente (Figura 3).

Fuente: Elaboración propia.

Figura 3. Actividad puente con activación del suelo pélvico.



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 13. Ejercicios aplicados en la fase III del tratamiento.

Fase III: Integración funcional, automatización y prevención		
Ejercicio	Objetivo terapéutico	Ejecución breve
Contracción anticipada del suelo pélvico.	Automatizar la activación del suelo pélvico frente a esfuerzos físicos.	Antes de toser, levantar peso o cambiar de posición, realizar contracción suave del pélvico de forma anticipada.
Subir escaleras, cargar peso y caminar con	Integrar activación del suelo pélvico en actividades funcionales.	Indicar contracción leve del transverso abdominal y suelo pélvico al subir escaleras cargar

activación del Core.		peso o caminar, instrucción consciente en etapas iniciales.
Plan domiciliario adaptado a la rutina de la paciente.	Mantener logros funcionales e integrar el control perineal en su ida diaria.	Ejercicios 2-3 veces por semana, ajustados a sus actividades diarias (caminar, subir escaleras, levantarse de la cama, entre otros).

Fuente: Elaboración propia.

#### **Etapa 4. Reevaluación fisioterapéutica**

Al término de las sesiones se realizó una reevaluación del dolor en la escala END y el MÉTODO PERFECT teniendo como resultado lo siguiente:

##### **A.1 ESCALA NUMÉRICA DEL DOLOR (END) (23).**

Tabla 14. Valoración muscular antes y después del tratamiento, mediante la escala numérica del dolor (END).

Músculos	Derecho		Izquierdo	
	Antes del tto.	Después del tto.	Antes del tto.	Después del tto.
Diafragma	3	1	3	1
Recto abdominal	3	1	3	1
Transverso Abdominal	3	1	3	1

Psoas	3	1	3	1
Músculos profundos del suelo pélvico (transverso profundo, elevadores del ano, coccígeos, piramidal)	7	1	7	1

Fuente: Elaboración propia. Puntaje se evalúa de 0 a 10 puntos.

## A.2 MÉTODO PERFECT (20).

Valoración muscular antes y después del tratamiento, mediante el método PERFECT.

Tabla 15. método PERFECT.

Ítems	Antes del tto.	Después del tto.
Power: Fuerza (basada en la escala de oxford modificada, puntaje del 0 al 5)	1	3
Endurance: Resistencia	1	4
Repetitions: repeticiones de las contracciones mantenidas	1	4
Fast: número de contracciones	1	4

Fuente: Elaboración propia. Evaluación numérica, puntaje de 0-5.

Los resultados obtenidos sugieren que la aplicación de los agentes físicos, combinada con un programa individualizado de ejercicios, tuvo un efecto positivo

como tratamiento en la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, evidenciando mejoras clínicas en la paciente. Se recomendó a la paciente seguir sus intervenciones por lo menos una vez cada 15 días.

### c. PRINCIPALES RETOS Y DESAFÍOS

Los principales retos y desafíos encontrados en el trabajo de suficiencia profesional fueron:

Tabla 16. Retos y desafíos.

Retos y desafíos	Descripción	Estrategias para abordarlo
Temor y vergüenza a las pruebas clínicas.	La paciente se mostró incomoda o temerosa ante procedimientos físicos o exploraciones.	Para abordar el temor y la vergüenza en las pruebas clínicas, se estableció una comunicación empática y de confianza, explicándole detalladamente en qué consisten los procedimientos, garantizándole un ambiente seguro, privado y respetuoso, para así obtener su consentimiento, permitiendo pausas si la paciente lo requería durante la realización de las pruebas clínicas (20,24).
Desconocimiento acerca de los beneficios de los agentes físicos.	La paciente no entendía como estos tratamientos podían ayudarla.	Se brindó una educación clara y adaptada al nivel de comprensión de la paciente, utilizando recursos visuales y compartiendo experiencias positivas o

		casos similares, respetando siempre la confidencialidad (5).
Inseguridad de recibir el tratamiento.	La paciente dudaba sobre la efectividad y también sobre posibles efectos adversos del tratamiento.	Se inició el tratamiento con técnicas menos invasivas para generar confianza, se reforzaron positivamente sus avances y se ofreció un seguimiento constante, resolviendo sus dudas a lo largo del proceso (25).

Fuente: Elaboración propia.

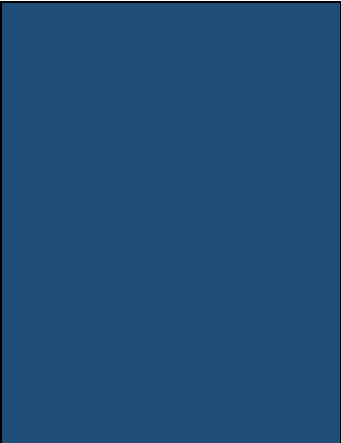
#### d. PRINCIPALES HALLAZGOS

Durante la intervención fisioterapéutica se pudo identificar los siguientes hallazgos:

Tabla 17. Principales hallazgos.

<b>Fase I: Disminución del dolor, normalización del tono, reeducación sensorial y educación a la paciente.</b> 1 - 3 sesiones	En la primera fase del tratamiento la paciente indicó una disminución del dolor en los músculos profundos del suelo pélvico, pasando de una puntuación inicial de 7 a 4 en la escala END. Además, se observó una progresiva normalización del tono muscular y una mejor respuesta a los estímulos táctiles durante las técnicas de reeducación sensorial. Esta evolución se vio reforzada por la educación terapéutica brindada a
--	---

	<p>la paciente, enfocada en el reconocimiento del suelo pélvico, la importancia de la respiración diafragmática, el control de la presión intraabdominal y los hábitos de cuidado que favorecen el proceso de rehabilitación.</p>
<p><b>Fase II: Activación muscular y fortalecimiento funcional.</b> 4 - 8 sesiones</p>	<p>En la segunda fase, a partir de la sexta sesión, la paciente refirió una disminución en la frecuencia miccional diurna, con un promedio de 3 a 4 micciones durante el día. Asimismo, indico que ya no se levanta por las noches a miccionar, lo que ha contribuido a una mejor calidad del sueño. Estos cambios reflejan una mejora en el control vesical y en la funcionalidad del suelo pélvico, así como un impacto positivo en el descanso y calidad de vida.</p>
<p><b>Fase III: Integración funcional, automatización y prevención.</b> 9 – 12 sesiones</p>	<p>En esta última fase, al finalizar el tratamiento, la paciente refirió una disminución en la frecuencia miccional (1-2 veces), una reducción en la retención miccional pasando del 23% al 10% (según ecografía de vejiga) y un aumento en la fuerza muscular del piso pélvico (grado 2, según escala de Oxford modificada) con un PERF: 3/4/4/4. Asimismo, indicó una disminución significativa del dolor en los músculos profundos del suelo pélvico con una puntuación en la escala END 1/10. Estos resultados se reflejaron en una</p>



mejor funcionalidad en sus actividades diarias, mostrando mayor control en situaciones de esfuerzo físico, mejor capacidad para sostener la contracción muscular durante la marcha, cambios posturales, y tareas como subir escaleras o cargar objetos livianos, sin presencia de escapes urinarios.

Fuente: Elaboración propia.

## VI. COMPETENCIAS PROFESIONALES UTILIZADAS.

En el siguiente cuadro se muestra la justificación de los cursos relacionados al trabajo de suficiencia profesional.

Tabla 18. Competencias profesionales utilizadas.

Curso	Competencias y aptitudes adquiridas	Justificación
<b>Evaluación funcional en fisioterapia</b>	Se logró utilizar diferentes pruebas clínicas para la exploración del sistema musculoesquelético, lo que permitió identificar las estructuras anatómicas afectadas por las disfunciones.	Este curso nos permitió evaluar e identificar las disfunciones del suelo pélvico relacionados a la IU y a la debilidad muscular, desarrollando el razonamiento clínico, el cual es fundamental para examinar, evaluar y diagnosticar eficazmente las afecciones del sistema musculoesquelético.
<b>Agentes eléctricos fisioterapéuticos</b>	Permitió identificar tanto las indicaciones como las contraindicaciones de los agentes, así como programar adecuadamente los	Este curso permitió analizar e identificar el agente más adecuado para abordar esta disfunción del suelo pélvico (incontinencia urinaria por esfuerzo).

	parámetros a utilizar durante su aplicación.	
<b>Fisioterapia Musculoesquelética y tegumentaria</b>	Permitió realizar una evaluación físico-funcional precisa para un abordaje integral.	Gracias a los conocimientos adquiridos en esta área, pudimos realizar una valoración detallada lo cual sirvió como base para el diseño e implementación de un plan de tratamiento individualizado, orientando a las necesidades específicas de la paciente.

Fuente: Elaboración propia.

**VII. APORTES A LA CARRERA (COMPETENCIAS ADQUIRIDAS EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL NUEVAS O COMPLEMENTARIAS).**

En el presente cuadro, se detallan los problemas identificados en los cursos de pregrado. Por ello, es fundamental proponer las siguientes sugerencias.

Tabla 19. Aportes a la carrera.

<b>Cursos</b>	<b>Aportes a la carrera</b>
<b>Evaluación funcional en fisioterapia</b>	Si bien los casos simulados son valiosos en la formación, su alcance es limitado para integrar teoría y práctica. Por ello, se propone aumentar las horas de práctica clínica e incluir casos reales en el currículo, a fin de fortalecer competencias clave como la observación, la toma de decisiones y el pensamiento crítico en el futuro fisioterapeuta (45).
<b>Agentes eléctricos fisioterapéuticos</b>	Es crucial que el curso actualice el uso de agentes terapéuticos basándose en la nueva evidencia científica. Actualmente, muchos protocolos se aplican de forma empírica y carecen de estandarización. Por consiguiente, contar con información actualizada permitirá optimizar el abordaje fisioterapéutico en la práctica profesional, facilitando una intervención más precisa y efectiva en el manejo de diversas lesiones o patologías musculoesqueléticas (46).

<p><b>Metodología de la investigación</b></p>	<p>El curso requiere una renovación didáctica orientada a perfeccionar la capacidad de los estudiantes para buscar y comprender la evidencia científica. Un estudio en Ecuador resalta una deficiencia significativa: el 92% de los universitarios no logran redactar de forma estructurada, a pesar de la formación recibida. En consecuencia, al desarrollar estas habilidades, estaremos mejor preparados para encontrar y aplicar información actualizada en múltiples campos, especialmente en fisioterapia, lo que se traducirá en una práctica profesional más sólida y respaldada por la ciencia. Esto incluye el uso adecuado de guías de práctica clínica, protocolos de tratamiento basados en evidencia y la integración de literatura científica actualizada para la toma de decisiones terapéuticas fundamentadas (47).</p>
---	---

Fuente: Elaboración propia.

## VIII. CONCLUSIONES

El abordaje fisioterapéutico en una paciente con incontinencia urinaria de esfuerzo se basó en una evaluación integral con escalas estandarizadas (END, Oxford modificada y PERFECT), y un tratamiento individualizado con agentes físicos, respiración diafragmática y ejercicios específicos para el fortalecimiento del suelo pélvico. Se evidenciaron mejoras clínicas significativas: disminución del dolor (END 1/10), aumento de la fuerza muscular (PERFECT 3/4/4/4), reducción de la frecuencia miccional diurna (1-2 veces), sin interrupciones nocturnas. Además, mejoraron la conciencia corporal, coordinación y relajación muscular. Estos resultados evidenciaron mejoras en la funcionalidad y calidad de vida de la paciente, basado en un enfoque terapéutico integral.

## **IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Aoki Y, Brown HW, Brubaker L, Cornu JN, Daly JO, Cartwright R. Urinary incontinence in women. *Nat Rev Dis Primer.* 6 de julio de 2017;3:17042.
2. Paz-Caldas MA, Ancajima-More EJ, Araujo-Banchon WJ, Pichardo-Rodriguez R, Grandez-Urbina JA, Cruz-Vargas JADL, et al. Frequency of depression and urinary incontinence in patients of a highly complex institution in Callao, Peru. *Rev Cuerpo Méd Hosp Nac Almanzor Aguinaga Asenjo.* abril de 2020;13(2):160-6.
3. Fuentes MMC, Ríos MFC, Rojas GAC. Definición, diagnóstico y manejo de la incontinencia urinaria. *Rev Medica Sinerg.* 20 de diciembre de 2022;7(12):e920-e920.
4. Morales MM. Incontinencia urinaria femenina. *Rev Médica Costa Rica Centroamérica.* 2012;69(602):225-30.
5. Igual Camacho C, Valverde Gil D. Fisioterapia en la incontinencia urinaria en la mujer. *Rev Iberoam Fisioter Kinesiol.* 1 de junio de 2003;6(1):50-4.
6. Kopańska M, Torices S, Czech J, Koziara W, Toborek M, Dobrek Ł. Urinary incontinence in women: biofeedback as an innovative treatment method. *Ther Adv Urol.* 1 de enero de 2020;12:1756287220934359.
7. Álamo Vera V, González Oria MO, Carvajal Ramos E, Murciano Casas MP, Guillen Haynes C, García Obrero MI. Electroestimulación del nervio tibial posterior en incontinencia urinaria de urgencia e incontinencia fecal. *Rehabilitación.* 1 de enero de 2020;54(1):3-10.

8. Sivkov R, Mihaylova M, Yankov T. An overview of the more significant therapeutic effects of TECAR therapy. *Varna Med Forum*. 25 de agosto de 2023;12(2):97-103.
9. Elhosary EA, Ahmed Hamada H, Ali AlMubali F, López Sánchez GF, Ahmed SM. Effect of monopolar capacitive resistive radiofrequency in treating stress urinary incontinence: A pilot randomized control trial. *Front Psychol*. 2022;13:1062363.
10. Pizarro SM. Monopolar radiofrequency in urinary incontinence by effort. *Rev Cuba Urol*. 2020;9(3):169-72.
11. Martín Tuda C, Carnero Fernández MP, Martín Tuda C, Carnero Fernández MP. Prevalencia y factores asociados a incontinencia urinaria en el área de salud este de Valladolid. *Enferm Glob*. 2020;19(57):390-412.
12. Katya Carrillo G, Antonella Sanguineti M. Anatomía del piso pélvico. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 1 de marzo de 2013;24(2):185-9.
13. Zuchelo LTS, Bezerra IMP, Da Silva ATM, Gomes JM, Soares Júnior JM, Chada Baracat E, et al. Questionnaires to evaluate pelvic floor dysfunction in the postpartum period: a systematic review. *Int J Womens Health*. 2018;10:409-24.
14. Liang CC, Hsieh WC, Lin YH, Tseng LH. Predictors of persistent detrusor overactivity in women with pelvic organ prolapse following transvaginal mesh repair. *J Obstet Gynaecol Res*. abril de 2016;42(4):427-33.
15. Dökmeci F, Tekşen F, Çetinkaya ŞE, Özkan T, Kaplan F, Köse K. Expressions of homeobox, collagen and estrogen genes in women with uterine prolapse. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. febrero de 2019;233:26-9.

16. Berghmans B. El papel del fisioterapeuta pélvico. *Actas Urol Esp.* febrero de 2006;30(2):110-22.
17. Santamaría Damián A, García Cabrera E, Pérez Marín M de los Á, Pacheco Soto CE. El diagnóstico fisioterapéutico con fundamento en la Teoría General de los Sistemas. *FisioGlía Rev Divulg En Fisioter.* 2020;7(1):11-7.
18. Dongmei W, Xiaofang L, Zhong L, Zheng Z. ResearchGate. 2024 [citado 2 de mayo de 2025]. (PDF) The Process of Diagnosis and Treatment of Female Pelvic Floor Dysfunction and the Clinical Application of Physical Therapy. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/375869731\\_The\\_Process\\_of\\_Diagnosis\\_and\\_Treatment\\_of\\_Female\\_Pelvic\\_Floor\\_Dysfunction\\_and\\_the\\_Clinical\\_Application\\_of\\_Physical\\_Therapy](https://www.researchgate.net/publication/375869731_The_Process_of_Diagnosis_and_Treatment_of_Female_Pelvic_Floor_Dysfunction_and_the_Clinical_Application_of_Physical_Therapy)
19. Martínez Bustelo S, Ferri Morales A, Patiño Nuñez S. Entrevista Clínica y valoración funcional del suelo pélvico [Internet]. 2004 [citado 15 de mayo de 2025]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0211563804731119>
20. Laycock J, Jerwood D. Pelvic Floor Muscle Assessment: The PERFECT Scheme. *Physiotherapy.* 1 de diciembre de 2001;87(12):631-42.
21. Harb A, Margetis K, Kishner S. Modified Ashworth Scale. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado 17 de junio de 2025]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554572/>
22. Montero Ibañez R, Manzanares Briega A. Escalas de Valoración del dolor.
23. Vicente Herrero MT, Delgado Bueno S, Bandrés Moyá F, Ramírez Iñiguez De La Torre MV, Capdevila García L. Valoración del dolor. Revisión

- Comparativa de Escalas y Cuestionarios. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2018 [citado 13 de junio de 2025]; Disponible en: [http://gestoreditorial.resed.es/DOI/PDF/ArticuloDOI\\_3632.pdf](http://gestoreditorial.resed.es/DOI/PDF/ArticuloDOI_3632.pdf)
24. Bermúdez MÁT. Maniobra de Valsalva. Rev Cuba Urol. 2019;8(1):91-5.
  25. González-Ruiz de León C, Pérez-Haro ML, Jalón-Monzón A, García-Rodríguez J. Actualización en incontinencia urinaria femenina. Med Fam SEMERGEN. 1 de noviembre de 2017;43(8):578-84.
  26. Adams EMR. Factores de riesgo no obstétrico y calidad de vida en mujeres de edad mediana con incontinencia urinaria. Rev Cuba Obstet Ginecol. 2014;40(1):119-35.
  27. Palma PCR, Dambros M, Lorenzetti F, Ferreira FT. Epidemiology: South America. En: Textbook of Female Urology and Urogynecology - Two-Volume Set. 4.<sup>a</sup> ed. CRC Press; 2016.
  28. Tamanini JTN, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Laurenti R. Analysis of the prevalence of and factors associated with urinary incontinence among elderly people in the Municipality of São Paulo, Brazil: SABE Study (Health, Wellbeing and Aging). Cad Saúde Pública. agosto de 2009;25:1756-62.
  29. Sologuren-García G, Linares CL, Flores JR, Escobar-Bermejo G, Sotelo-Gonzales S, Fagerstrom CK. Epidemiology of Pelvic Floor Dysfunction in the Tacna Region of Peru, 2023. Int Urogynecology J. 1 de junio de 2024;35(6):1211-8.
  30. Rodas MC, García HA. Una aproximación a la terapia de piso pélvico en el manejo de la incontinencia urinaria femenina en la ciudad de Cali. H A.

31. Burti JS. The role of Physical Therapy in pelvic health. *Fisioter E Pesqui*. 17 de abril de 2023;30:e00000023en.
32. Spencer M, McManus K, Sabourin J. Incontinence in older adults: The role of the geriatric multidisciplinary team. | EBSCOhost [Internet]. Vol. 59. 2017 [citado 22 de mayo de 2025]. p. 99. Disponible en: <https://openurl.ebsco.com/contentitem/gcd:121528505?sid=ebsco:plink:crawler&id=ebsco:gcd:121528505>
33. Utomo E, Blok BF, Steensma AB, Korfage IJ. Validation of the Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20) and Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7) in a Dutch population. *Int Urogynecology J*. abril de 2014;25(4):531-44.
34. Dannecker C, Wolf V, Raab R, Hepp H, Anthuber C. EMG-biofeedback assisted pelvic floor muscle training is an effective therapy of stress urinary or mixed incontinence: a 7-year experience with 390 patients. *Arch Gynecol Obstet*. diciembre de 2005;273(2):93-7.
35. Capelini MV, Riccetto CL, Dambros M, Tamanini JT, Herrmann V, Muller V. Pelvic floor exercises with biofeedback for stress urinary incontinence. *Int Braz J Urol Off J Braz Soc Urol*. 2006;32(4):462-8; discussion 469.
36. M. P. GS, R. CS, J. SI, M. V. BB. Efectividad del tratamiento de neuromodulación del nervio tibial posterior en pacientes con síndrome de vejiga hiperactiva. | EBSCOhost [Internet]. Vol. 52. 2023 [citado 17 de junio de 2025]. p. 95. Disponible en: <https://openurl.ebsco.com/contentitem/gcd:163569359?sid=ebsco:plink:crawler&id=ebsco:gcd:163569359>

37. García IR, Frau SK, Ratto LB. Neuromodulación periférica a través de la estimulación del nervio tibial posterior. Una alternativa no quirúrgica en el tratamiento de la urgencia miccional y defecatoria.
38. Sagüés AC, Castillo CA, Soler IE, Sainz SF, Pereira JC, Rojas ODB, et al. Efectividad de la neuromodulación mediante estimulación del nervio tibial posterior para el tratamiento de vejiga hiperactiva: análisis bibliográfico. *Rev Confluencia*. 31 de diciembre de 2021;4(2):112-5.
39. Slongo H, Lunardi ALB, Ricetto CLZ, Machado HC, Juliato CRT. Microablative radiofrequency versus pelvic floor muscle training for stress urinary incontinence: a randomized controlled trial. *Int Urogynecology J*. 1 de enero de 2022;33(1):53-64.
40. Er-Rabiai Y, Torres-Lacombe M, Casaña J, López-Bueno R, Núñez-Cortés R, Calatayud J. The Effectiveness of Adding Transvaginal Radiofrequency to Pelvic Floor Muscle Training for 6 Weeks in Women with Stress Urinary Incontinence. A Double-Blind Randomised Controlled Trial. *Int Urogynecology J*. septiembre de 2024;35(9):1817-28.
41. Calderin OC, Rodríguez MP, Villa KF, Pérez MT, Pérez MT, Otero KML. Efectividad de la reeducación del suelo pélvico en adultas mayores con incontinencia urinaria de esfuerzo. *Rev Cuba Med Gen Integral [Internet]*. 15 de mayo de 2019 [citado 8 de julio de 2025];35(1). Disponible en: <https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/785>
42. Dumoulin C, Cacciari LP, Hay-Smith EJC. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 4 de octubre de 2018;10(10):CD005654.

43. Yu CY, Yu TY, Chen YW, Lin LF, Peng CW, Chen HC. Core Stabilization Exercise in Prenatal and Postnatal Women With Urinary Incontinence: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Am J Phys Med Rehabil.* 1 de noviembre de 2023;102(11):990-9.
44. Zadro JR, O’Keeffe M, Allison JL, Lembke KA, Forbes JL, Maher CG. Effectiveness of Implementation Strategies to Improve Adherence of Physical Therapist Treatment Choices to Clinical Practice Guidelines for Musculoskeletal Conditions: Systematic Review. *Phys Ther.* 31 de agosto de 2020;100(9):1516-41.
45. Escriche Escuder A, Martín San Agustín R, Fuentes Abolafío I, Durán Millán JI, Trinidad Fernández M. Uso de casos clínicos simulados con apoyo tecnológico frente a casos clínicos reales en el grado en fisioterapia: efecto en la asimilación de conceptos y adquisición de destrezas. En: *La tecnología como eje del cambio metodológico*, 2020, ISBN 978-84-1335-052-3, págs 634-637 [Internet]. UMA Editorial; 2020 [citado 24 de mayo de 2025]. p. 634-7. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7832542>
46. Pavez Ulloa FJ. Agentes físicos superficiales y dolor. Análisis de su eficacia a la luz de la evidencia científica. *Rev Soc Esp Dolor.* 1 de mayo de 2009;16(3):182-9.
47. Alejo BP, Fuentes Aparicio A, Rivero Padrón Y, Pérez Falco G, Alejo BP, Fuentes Aparicio A, et al. Importancia de la asignatura metodología de la investigación para la formación investigativa del estudiante universitario. *Conrado.* abril de 2020;16(73):295-302.

## ANEXOS

### Anexo 1. Carta de solicitud de autorización.

#### **Carta de solicitud de autorización para llevar a cabo el trabajo de suficiencia profesional en Centro Pélvico Integral**

Lima, 26 de mayo 2025

Jennifer Alvarado Da Costa  
Gerente General de Tefisalud EIRL  
Presente. -

**Solicitud para llevar a cabo el trabajo de suficiencia profesional titulado “Consideraciones para el Abordaje fisioterapéutico del suelo pélvico en una paciente con Incontinencia Urinaria”**

Estimada: Sra. Jennifer Alvarado Da Costa

Por medio de la presente, tenemos el agrado de dirigirnos a usted para saludarla cordialmente y a la vez solicitar su autorización como Gerente General de Tefisalud EIRL, para llevar a cabo el trabajo de suficiencia profesional titulado **“Consideraciones para el abordaje fisioterapéutico del suelo pélvico en una paciente con Incontinencia Urinaria”** en Centro Pélvico Integral, desde el 02 de abril hasta el 15 de mayo del año 2025.

Sin otro particular nos despedimos de usted.

Atentamente,

Araujo Davila, Alicia Macol  
Silvano Satalaya, Tania  
**Egresado de la Escuela de Tecnología Médica  
Universidad Peruana Cayetano Heredia**

## Anexo 2. Carta de respuesta de autorización.

### Carta de autorización de Centro Pélvico Integral para llevar a cabo el trabajo de suficiencia profesional

Lima, 26 de mayo del 2025

Bachiller(es)  
Araujo Davila, Alicia Macol  
Silvano Satalaya, Tania  
Egresado de la Escuela de Tecnología Médica  
Universidad Peruana Cayetano Heredia

Presente. -


#### **Autorización del trabajo de suficiencia profesional titulado "Consideraciones para el abordaje fisioterapéutico del suelo pélvico en una paciente con Incontinencia Urinaria"**

Estimado(a/es): Araujo Davila, Alicia Macol y Silvano Satalaya, Tania.

Por medio de la presente, tengo el agrado de dirigirme a ustedes para saludarlas cordialmente y a la vez informar, como Gerente General de Tefisalud EIRL, que se ha autorizado la ejecución del trabajo de suficiencia profesional titulado **"Consideraciones para el abordaje fisioterapéutico del suelo pélvico en una paciente con Incontinencia Urinaria"** en Centro Pélvico Integral, el cual se desarrolló desde el 02 de abril hasta el 15 mayo del año 2025.

Sin otro particular me despido de ustedes.

Atentamente,

  
Jennifer Alvarado Da Costa  
Gerente General de Tefisalud EIRL

**Anexo 3.** Método PERFECT, comprende los siguientes Ítems:

<b>1) P: Power (Fuerza muscular)</b>	Mide la fuerza de la contracción voluntaria utilizando la escala de Oxford modificada (de 0 a 5). Donde 0 indica ausencia de contracción y 5 una contracción fuerte y sostenida.
<b>2) E: Endurance (Resistencia)</b>	Duración, en segundos, que el músculo puede mantener una contracción máxima.
<b>3) R: Repetitions (repetición de las contracciones mantenidas)</b>	Número de veces que se puede repetir una contracción sostenida con la misma fuerza y duración.
<b>4) F: Fast (número de contracciones rápidas)</b>	Número de contracciones rápidas que puede realizar el/la paciente en 10 segundos.
<b>5) EFECT: every contraction timed</b>	Tiempo individual de cada contracción y descanso para verificar la calidad y control del músculo durante cada intento.

Fuente: Adaptada a la información del Autor Laycock J (20).

**Anexo 4.** Según la Escala Numérica del dolor (END)

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<b>Sin dolor</b>	<b>Dolor leve – Moderado</b>			<b>Dolor Moderado – Intenso</b>			<b>Dolor Intenso</b>			

Fuente: Adaptada a la información del Autor Montero Ibañez (22).

## Anexo 5. Escala de Oxford Modificada

---

<b>Grado</b>	<b>Respuesta muscular</b>	<b>Descripción</b>
<b>0</b>	Ninguna	Ninguna.
<b>1</b>	Parpadeo	En la musculatura se establecen movimientos temblorosos.
<b>2</b>	Débil	Existe presión débil sin temblores o parpadeos musculares.
<b>3</b>	Moderado b	Incremento de presión y leve elevación de la pared vaginal posterior.
<b>4</b>	Bien	Presencia de apretones firmes de los dedos y leve elevación de la pared posterior de la vagina con una resistencia moderada.
<b>5</b>	Fuerte	Sujeción con fuerza de los dedos, la pared posterior responde a una resistencia máxima.

---

Fuente: Adaptada a la información del Autor Laycock J (20).