

Artículo original

Ejercicios Valenzuela para manejo del ano húmedo

Valenzuela exercises for managing a wet anus

Jesús Alonso Valenzuela Pérez,^{*‡} Juan Carlos Cardozo Aguilar,[§] Víctor Manuel Maciel Gutiérrez,^{*,¶}
Héctor Daniel Montes Laínez,^{*,||} Benicia Pérez León,^{*,***} Emmanuel Guadalupe Gutiérrez López,^{*,***,‡}
Jaqueline Lizbeth Duran Rodríguez^{*,||}

* Hospital Civil de Guadalajara Juan I Menchaca. Guadalajara, Jalisco, México.

† Médico especialista en Coloproctología. Jefe de Servicio de Cirugía de Colon y Recto.

§ Médico especialista en Coloproctología. Centro ColoRectal Integral. Guadalajara, Jalisco, México.

¶ Médico especialista en Coloproctología.

|| Médico especialista en Cirugía General, residente Sub especialidad de Coloproctología.

** Médico especialista en Coloproctología. Adscrita al Servicio de Cirugía de Colon y Recto.

‡ Jefe de Enseñanza de postgrado de Coloproctología.

RESUMEN

Introducción: el presente estudio determina la efectividad de los ejercicios de Valenzuela (modificación de los ejercicios de Kegel) para el tratamiento de pacientes diagnosticados con ano húmedo y de esta forma evaluar si hay mejora en su calidad de vida, al momento no hay estudios que fundamenten o respalden esta propuesta de tratamiento.

Material y métodos: 14 participantes participaron en el estudio desde el 15 de enero al 15 de abril de 2023, pacientes del servicio de coloproctología del Hospital Juan I. Menchaca con sintomatología de mucorrhea, ardor y prurito. Se realiza un estudio experimental prospectivo, longitudinal con realización de manometría anorrectal, eco endoanal, escala de Wexner, cuestionario de calidad de vida FIQL (*Fecal Incontinence Quality of Life*), a lo largo de un promedio de cuatro meses, en los cuales los pacientes realizaron los Ejercicios Valenzuela. **Resultados:** se encontró que 85.7% de los pacientes eran mujeres, con un promedio de edad de 59 años. Se encontró que muchas de las variables estudiadas como el miedo a salir de casa, evitar visitas a amigos, preocupaciones sobre la incontinencia anal, sentimientos de tristeza y desesperanza mostraron una mejoría clínica significativa después de la intervención, con un valor de $p < 0.05$. Mejoría en la escala de Wexner postintervención ($p = 0.001$) y aumento del grosor del esfínter anal externo ($p = 0.003$). **Conclusión:** el estudio demostró que la realización de los ejercicios

ABSTRACT

Introduction: this study determines the effectiveness of Valenzuela exercises (a modification of Kegel exercises) for the treatment of patients diagnosed with anal soiling, aiming to evaluate whether there is an improvement in their quality of life. Currently, there are no studies supporting or substantiating this proposed treatment. **Material and methods:** fourteen participants were included in the study from January 15 to April 15, 2023, all patients from the Coloproctology Department of the Juan I. Menchaca Hospital, presenting with symptoms of mucorrhea, burning, and pruritus. A prospective, longitudinal experimental study was conducted, involving anorectal manometry, endoanal ultrasound, the Wexner scale, and the FIQL (Fecal Incontinence Quality of Life) questionnaire over an average of four months, during which patients performed the Valenzuela Exercises. **Results:** it was found that 85.7% of the patients were women, with an average age of 59 years. Many of the studied variables, such as fear of leaving home, avoiding visits to friends, concerns about anal incontinence, feelings of sadness, and hopelessness, showed significant clinical improvement after the intervention, with a p -value < 0.05 . There was an improvement in the Wexner Scale post-intervention ($p: 0.001$) and an increase in the thickness of the external anal sphincter ($p: 0.003$). **Conclusion:** the study demonstrated that performing Valenzuela exercises had a positive

Recibido: octubre 2024. Aceptado: diciembre 2024.

Correspondencia:

Héctor Montes Lainez

E-mail: hector_montes93@hotmail.com

Citar como: Valenzuela PJA, Cardozo AJC, Maciel GVM, Montes LHD, Pérez LB, Gutiérrez LEG et al. Ejercicios Valenzuela para manejo del ano húmedo. Rev Mex Coloproctol. 2024; 20 (2): 53-62. <https://dx.doi.org/10.35366/119576>



Valenzuela tuvo un impacto positivo en la calidad de vida, menor uso de papel de baño, menor sensación de humedad anal, disminución del Wexner y aumento del grosor del esfínter anal externo en los pacientes con diagnóstico de ano húmedo.

Palabras clave: coloproctología, incontinencia fecal, *soiling*.

impact on quality of life, reduced toilet paper usage, decreased sensation of anal moisture, reduced Wexner scores, and increased external anal sphincter thickness in patients diagnosed with anal soiling.

Keywords: coloproctology, fecal incontinence, *soiling*.

INTRODUCCIÓN

Se define como ano húmedo a la mucorría constante, derivada de la mucosa rectal, la cual puede ir acompañada o no de incontinencia parcial a líquidos y gases.¹ Por otro lado, el *soiling* conocido como manchado fecal o incontinencia pasiva, se puede observar mancha de material fecal en la ropa interior sin pérdida de cantidades significativas, lo que podemos considerar como términos relacionados por tratarse de una incontinencia pasiva.²

Tanto ano húmedo como *soiling* pueden presentar en su cuadro clínico dermatitis anal y picazón como uno de sus síntomas acompañantes, la literatura reporta que el canal anorrectal, en ciertas ocasiones, puede estar alterado anatómicamente; sin embargo, muchos pacientes con esta sintomatología no tienen ningún defecto o alteración anal. Por lo general esta alteración anatómica podría observarse en pacientes que se sometieron a cirugía anal,³ se produce luego de esfinterotomía anal lateral interna y de fistulotomía en una tasa de 35 a 45% en los estudios postquirúrgicos.³

S. J. van der Hagen y colaboradores en un artículo publicado en 2011, en la Revista *Internacional Techniques in Coloproctology* plantean que la manometría anal se puede encontrar normal en estos pacientes con incontinencia pasiva específicamente para *soiling*.⁴ En ano húmedo no contamos con mucha evidencia en cuanto al diagnóstico y, por lo tanto, no hay un tratamiento específico para esta patología, por lo que planteamos ejercicios Valenzuela, en la cual estos tienen como mecanismo fortalecer los músculos de piso pélvico, siendo estos una modificación de los ejercicios de Kegel, y su principal diferencia radica en la realización de estos en la taza del inodoro para lograr conseguir un cerrado hermético posterior a la defecación. Tomando en cuenta la mejoría en la calidad de vida de nuestros pacientes evaluados, lo cual será medido a partir del Cuestionario de calidad de Vida en Incontinencia Fecal (FIQL), consideramos que puede ser un tratamiento de primera línea para el cuadro clínico de escurrimiento y/o mucorría. Al momento no hay estudios que lo respalden y con esto pretendemos crear nuevas pautas de investigación.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente es un estudio cuasi-experimental de ensayo clínico prospectivo en el que se determinará la relevancia de los ejercicios Valenzuela para mejorar la calidad de vida de pacientes diagnosticados con ano húmedo en donde se tomaron en cuenta casos que acudan a la consulta externa del servicio de Colon y Recto del Hospital Juan I. Menchaca en el periodo del 15 de enero al 15 de abril de 2023 y que presenten sintomatología de ano húmedo.

Criterios de inclusión: pacientes con sintomatología de mucorría constante, mayores de edad, que voluntariamente quisieran participar en el estudio y que pudieran acudir a los controles, que acepten la realización de eco endoanal y manometría endorrectal y que firmasen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión: casos que no sean de la consulta externa del servicio de colon y recto del Hospital Juan I. Menchaca, pacientes que ya hubieran sido diagnosticados con incontinencia fecal; sujetos que tuvieran cirugías previas de hemorroides, fisura anal o fístula anal; individuos que contasen con un estudio inicial con disruptión parcial o total de esfínteres anales; sujetos que no quisieran participar en el estudio por falta de disponibilidad o tiempo.

Se tomaron en total 14 pacientes con características clínicas de ano húmedo y que estuvieron de acuerdo en la realización de su estudio, brindando su consentimiento por escrito. Una vez identificado el universo de pacientes, el presente estudio se desarrolló en tres fases (*Figura 1*):

Primera fase: se realizó a todo paciente con diagnóstico de ano húmedo, ultrasonido endoanal 3D y manometría anorrectal, concomitantemente con cuestionario de Calidad de Vida en Incontinencia Fecal (FIQL) (*Anexo 1*), se inician los ejercicios inmediatamente después de los estudios y cuestionarios.

Segunda fase: a los dos meses de la manometría y ultrasonido endoanal 3D se realiza 2do cuestionario de Calidad de Vida en Incontinencia Fecal (FIQL).

Tercera fase: a los cuatro meses de iniciar los ejercicios se complementan con nueva manometría anorrectal y

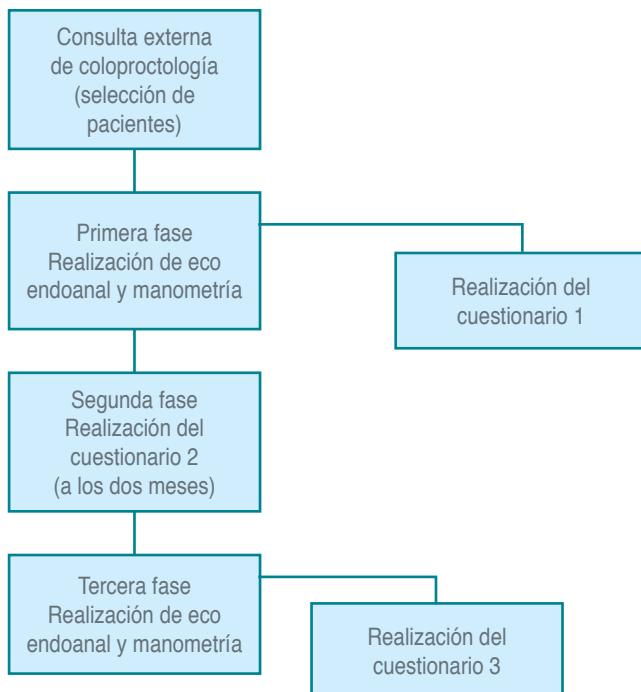


Figura 1: Fases de estudio ejercicios Valenzuela.

ultrasonido endoanal 3D y 3er cuestionario de calidad de vida en incontinencia fecal.

Todas las manometrías anorrectales se realizaron con equipo Solar GI compact marca MMS (*Medical Measurement Systems*) y sonda líquida de ocho canales.

Los ultrasonidos endoanales fueron realizados con el equipo BK Medical Profocus 1202 y transductor 2052 donde se realizó reconstrucción en 3D y se realizó medición de esfínter anal externo en cuadrante anterior.

Tanto las manometrías anorrectales como ultrasonido endoanal fueron realizados por el mismo equipo humano operador de trabajo.

Plan de análisis estadístico

Se realizó un análisis estadístico con el software SPSS versión 21, se determinó la distribución de la normalidad de las variables para poblaciones menores a 50 pacientes mediante la prueba de Shapiro-Wilk. Para variables numéricas discretas y continuas se utiliza una prueba de t de Student para comparar variables relacionadas con resultado estadístico de dos colas en caso de distribución normalizada y un estadístico de U de Mann-Withney en caso de una distribución no normalizada. Las variables categóricas se presentarán como valores absolutos y por porcentajes y se compararán mediante la prueba de χ^2 o el

estadístico de Fisher. Todas las pruebas se analizarán a dos colas (bilaterales) y se determinará un valor de $p < 0.05$ como valor estadísticamente significativo. Se realizarán tablas de descripción y gráficos demostrativos (*Figura 2*).

Los ejercicios Valenzuela consisten en la realización de estos tres veces al día, con la ejecución de 15 ciclos en cada sesión, cada ciclo consistiendo en apretar el complejo esfinteriano anal y sostener la contracción durante cinco segundos, descansar 25 segundos, pujar durante cinco segundos y descansar 25 segundos más, hasta completar 15 ciclos.

La segunda parte de estos ejercicios se realiza inmediatamente después del acto de la defecación y antes del aseo, consiste en apretar el complejo esfinteriano y mantener la contracción durante cinco segundos para posteriormente descansar cinco segundos y repetir este proceso hasta completar un minuto.

RESULTADOS

Se recopiló información de 14 pacientes mediante la escala de Wexner, FIQL, cuestionario de antecedentes y sintomatología y se realizó ultrasonido y manometría endoanal de manera inicial y posterior a la intervención en el servicio de Colon y Recto del Hospital Civil Nuevo Juan I. Menchaca durante el periodo comprendido de enero a abril de 2023.

Como ya definimos, ano húmedo se establece como una mucorrea constante, derivada de la mucosa rectal, con incontinencia parcial para gases y líquido que pueden no siempre estar presentes. Generalmente los pacientes presentan prurito anal, ardor y algunos pueden llegar a presentar dolor en la región perianal.

De la muestra, 12 pacientes son mujeres (85.7%) y dos son hombres (14.3%), el promedio de la edad de los pacientes estudiados fue 59.6 ± 7.4 años (mediana 60, moda 66, rango 48-71).

Se realizó la evaluación con la prueba de Shapiro-Wilk (*Tabla 1*) para corroborar una distribución normalizada, el resultado fue una $p < 0.05$ por lo que las variables a comparar no presentan una distribución paramétrica.

Debido a lo anterior, se realiza un análisis de comparación de muestras relacionadas o dependientes mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon, obteniendo un resultado de $p < 0.05$ para las siguientes variables (*Tabla 2*).

Se evidenció una disminución de número de pasadas de papel higiénico postintervención ($p = 0.001$), así como el número de veces que se limpian y la necesidad de volver a limpiarse ($p = 0.001$). Disminución del prurito ($p = 0.004$). Se evidenció mejoría en la calidad de vida según el FIQL en varios apartados como la percepción de estado de salud ($p = 0.009$), sensación de sentirse avergonzado ($p = 0.008$), preocupación por salida de heces ($p = 0.014$), depresión

($p = 0.008$), mejoría en la vida sexual ($p = 0.045$), entre otros (Tabla 2).

Asimismo, se evidencia en el presente estudio una disminución del número de pasadas de papel sanitario para limpieza luego de la defecación ($p = 0.0001$) y disminuye la necesidad de volverse a limpiar ($p = 0.001$) (Tabla 2).

En relación a la escala de Wexner, ninguno de los pacientes del estudio presentaba una puntuación mayor a 4, previo a la intervención del estudio y una media de 1.85, la cual se redujo postintervención a 0.14 ($p = 0.001$) (Tabla 3).

El grosor del esfínter anal externo presentó incremento pasando de una media preintervención de 3.1 a 4.21 mm postintervención ($p = 0.003$) (Tabla 4). En todos los casos el esfínter interno no presentaba alteraciones anatómicas.

En cuanto a las manometrías, ninguno de los participantes de este estudio mostró anomalías en sus resultados ni pre ni postintervención.

DISCUSIÓN

Como lo hemos mencionado anteriormente, no contamos con estudios previos que validen o nos permitan comparar el diagnóstico y tratamiento de ano húmedo con investigaciones previas, lo que nos motivó a realizar esta investigación.

Por otra parte, vimos reflejado que, en la incidencia de nuestro estudio, una muestra de 12 pacientes son mujeres, lo que representa 85.7% y sólo dos pacientes son hombres que representan 14.3% de la muestra en general, con un promedio de edad de 59 años. En un estudio realizado por Carrasco-Arróniz y colaboradores en 2012, en el que estudian las características del escurrimiento fecal se incluyeron 59 hombres y 73 mujeres con edad media de 45 años,³ pero no se establece la relación de por qué hay

más casos en el sexo femenino, tal vez por el volumen del esfínter, de menor tamaño en este sexo, especialmente en el segmento anterior. Sin embargo, en cuanto a la edad en la literatura en un estudio realizado por Brazzelli M y su equipo en 2011 se habla en la población pediátrica del término encopresis para referirse a la emisión involuntaria de material fecal en un niño de cuatro o más años de edad, lo cual puede estar relacionado a constipación o a un aspecto psicológico o emocional,^{2,5} con lo que podemos establecer que son cuadros clínicos que se pueden presentar en niños y adultos.⁵

Cabe destacar que de los pacientes de nuestro estudio ninguno tiene antecedente de cirugías ano orificiales, lo que se contrapone a lo que enumera Carrasco-Arróniz y su grupo en su artículo publicado en 2012 en que la alta incidencia de *soiling* ha sido históricamente observada después de la esfinterotomía interna y fistulotomía (35-45%).^{3,4}

Todos los pacientes en el estudio presentan adelgazamiento del esfínter anal externo, lo cual se contrapone a lo descrito por Van der Hagen en 2011 que indica que los pacientes con *soiling* se suelen presentar con normalidad ultrasonográfica, sin defecto anatómico o disminución del grosor.⁴ Lo que si se demostró es que la realización de los ejercicios Valenzuela mejoraban el grosor del esfínter anal externo posterior a la realización de los mismos ($p = 0.03$).

Todos los pacientes presentaron un Wexner con puntaje máximo de 4 y mínimo de 0, durante el segundo estudio se demostró una disminución de los puntajes en la escala de Wexner, lo cual concuerda con la literatura en que las escalas para medición de incontinencia fecal son útiles en la valoración de respuesta clínica en los pacientes con incontinencia leve.⁶

Como podemos ver en los resultados de nuestro estudio en los primeros dos meses posterior al inicio de la reali-



Figura 2:

Ejercicios Valenzuela.

Tabla 1: Pruebas de normalidad para variables de estudio.

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	Grados de libertad	Sig.	Estadístico	Grados de libertad	Sig.
Pasadas para limpiarse 1	0.510	14	0.000	0.428	14	0.000
Pasadas para limpiarse 3	0.443	14	0.000	0.576	14	0.000
Pasadas para limpiarse 2	0.300	14	0.001	0.801	14	0.005
Número de limpiezas 1	0.337	14	0.000	0.827	14	0.011
Número de limpiezas 2	0.369	14	0.000	0.639	14	0.000
Número de limpiezas 3	0.443	14	0.000	0.576	14	0.000
Volver a limpiarse 2	0.369	14	0.000	0.639	14	0.000
Volver a limpiarse 1	0.443	14	0.000	0.576	14	0.000
Comezón 1	0.369	14	0.000	0.639	14	0.000
Comezón 2	0.369	14	0.000	0.639	14	0.000
Presenta dolor 1	0.369	14	0.000	0.639	14	0.000
Presenta dolor 2	0.369	14	0.000	0.639	14	0.000
Tiempo en limpiarse 1	0.308	14	0.001	0.786	14	0.003
Tiempo en limpiarse 2	0.443	14	0.000	0.576	14	0.000
Wexner 1	0.204	14	0.119	0.875	14	0.050
Wexner 2	0.268	14	0.007	0.786	14	0.003
Wexner 3	0.510	14	0.000	0.428	14	0.000
ECO 1	0.369	14	0.000	0.639	14	0.000
ECO 2	0.369	14	0.000	0.639	14	0.000
Manometría 1	0.443	14	0.000	0.576	14	0.000
Manometría 2	0.389	14	0.000	0.688	14	0.000
Estado de Salud 1	0.347	14	0.000	0.735	14	0.001
Estado de Salud 2	0.443	14	0.000	0.576	14	0.000
Estado de Salud 3	0.369	14	0.000	0.639	14	0.000
Miedo a salir 1	0.443	14	0.000	0.576	14	0.000
Miedo a salir 2	0.443	14	0.000	0.576	14	0.000
Miedo a salir 3	0.443	14	0.000	0.576	14	0.000
Evito hacer visitas 1	0.438	14	0.000	0.621	14	0.000
Evito hacer visitas 2	0.429	14	0.000	0.616	14	0.000
Evito hacer visitas 3	0.510	14	0.000	0.428	14	0.000
Noche fuera de casa 1	0.361	14	0.000	0.728	14	0.001
Noche fuera de casa 2	0.443	14	0.000	0.576	14	0.000
Noche fuera de casa 3	0.429	14	0.000	0.616	14	0.000
Salir a sitios 1	0.438	14	0.000	0.621	14	0.000
Salir a sitios 2	0.340	14	0.000	0.740	14	0.001
Salir a sitios 3	0.510	14	0.000	0.428	14	0.000
Reduczo la comida 1	0.510	14	0.000	0.428	14	0.000
Reduczo la comida 2	0.319	14	0.000	0.687	14	0.000
Reduczo la comida 3	0.443	14	0.000	0.576	14	0.000
Cerca de un retrete 1	0.248	14	0.020	0.893	14	0.088
Cerca de un retrete 2	0.245	14	0.023	0.819	14	0.009
Cerca de un retrete 3	0.443	14	0.000	0.576	14	0.000
Organizar las actividades 1	0.354	14	0.000	0.703	14	0.000
Organizar las actividades 2	0.300	14	0.001	0.801	14	0.005
Organizar las actividades 3	0.300	14	0.001	0.801	14	0.005
Evito viajar 1	0.429	14	0.000	0.616	14	0.000
Evito viajar 2	0.429	14	0.000	0.616	14	0.000
Evito viajar 3	0.443	14	0.000	0.576	14	0.000

Continúa la T abla 1: Pruebas de normalidad para variables de estudio.

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	Grados de libertad	Sig.	Estadístico	Grados de libertad	Sig.
Sentirse avergonzado 1	0.266	14	0.008	0.796	14	0.005
Sentirse avergonzado 2	0.300	14	0.001	0.801	14	0.005
No hacer cosas que le gustan 1	0.340	14	0.000	0.740	14	0.001
No hacer cosas que le gustan 2	0.361	14	0.000	0.728	14	0.001
No hacer cosas que le gustan 3	0.369	14	0.000	0.639	14	0.000
Preocupación por salida de heces 1	0.510	14	0.000	0.428	14	0.000
Preocupación por salida de heces 2	0.443	14	0.000	0.576	14	0.000
Preocupación por salida de heces 3	0.443	14	0.000	0.576	14	0.000
Deprimido 1	0.347	14	0.000	0.735	14	0.001
Deprimido 2	0.266	14	0.008	0.796	14	0.005
Deprimido 3	0.300	14	0.001	0.801	14	0.005
Oler mis heces 1	0.347	14	0.000	0.735	14	0.001
Oler mis heces 2	0.369	14	0.000	0.639	14	0.000
Oler mis heces 3	0.443	14	0.000	0.576	14	0.000
Sentirse no sano 1	0.270	14	0.007	0.854	14	0.025
Sentirse no sano 2	0.429	14	0.000	0.616	14	0.000
Sentirse no sano 3	0.429	14	0.000	0.616	14	0.000
Disfrutar menos la vida 1	0.177	14	0.200	0.882	14	0.062
Disfrutar menos la vida 2	0.443	14	0.000	0.576	14	0.000
Disfrutar menos la vida 3	0.510	14	0.000	0.428	14	0.000
Menos relaciones sexuales 1	0.332	14	0.000	0.713	14	0.001
Menos relaciones sexuales 2	0.341	14	0.000	0.682	14	0.000
Menos relaciones sexuales 3	0.347	14	0.000	0.735	14	0.001
Sentirse diferente 1	0.510	14	0.000	0.428	14	0.000
Sentirse diferente 2	0.510	14	0.000	0.428	14	0.000
Episodio de incontinencia 1	0.258	14	0.012	0.754	14	0.001
Episodio de incontinencia 2	0.354	14	0.000	0.703	14	0.000
Episodio de incontinencia 3	0.510	14	0.000	0.428	14	0.000
Miedo al acto sexual 1	0.340	14	0.000	0.740	14	0.001
Miedo al acto sexual 2	0.319	14	0.000	0.687	14	0.000
Miedo al acto sexual 3	0.369	14	0.000	0.639	14	0.000
Evitar viajes 1	0.510	14	0.000	0.428	14	0.000
Evitar viajes 2	0.429	14	0.000	0.616	14	0.000
Evitar comer fuera 1	0.443	14	0.000	0.576	14	0.000
Saber dónde está el retrete 1	0.177	14	0.200	0.882	14	0.062
Saber dónde está el retrete 2	0.266	14	0.008	0.796	14	0.005
Saber dónde está el retrete 3	0.443	14	0.000	0.576	14	0.000
Triste 1	0.355	14	0.000	0.746	14	0.001
Triste 2	0.280	14	0.004	0.730	14	0.001
Triste 3	0.443	14	0.000	0.576	14	0.000
Desanimado 1	0.255	14	0.014	0.779	14	0.003
Desanimado 2	0.354	14	0.000	0.703	14	0.000
Desanimado 3	0.443	14	0.000	0.576	14	0.000
Desesperado 1	0.365	14	0.000	0.712	14	0.000
Desesperado 2	0.429	14	0.000	0.616	14	0.000
Desesperado 3	0.510	14	0.000	0.428	14	0.000
Cercanía con el baño 1	0.245	14	0.023	0.819	14	0.009
Cercanía con el baño 2	0.266	14	0.008	0.796	14	0.005
Cercanía con el baño 3	0.369	14	0.000	0.639	14	0.000

Tabla 2: Pruebas de los rangos con signo de Wilcoxon para variables del estudio, con resultados y asociación estadística.

Variable	Valor Z	Sig. asintótica bilateral (p)
Número de pasadas	-3.176406	0.001491
3-Número de pasadas 1		
Número de veces que se limpia 2-Número de veces que se limpia 1	-3.145264	0.001659
Número de veces que se limpia 3-Número de veces que se limpia 1	-3.176406	0.001491
Volver a limpiarse	-3.162278	0.001565
3-Volver a limpiarse 1		
Comezón 3-Comezón 1	-2.828427	0.004678
Tiempo en limpiarse	-2.888742	0.003868
3-Tiempo en limpiarse 1		
Estado de salud	-2.584649	0.009748
3-Estado de salud 1		
Miedo a salir 3-Miedo a salir 1	-2.000000	0.045500
Evito hacer visitas 3-	-2.000000	0.045500
Evito hacer visitas 1		
Noche fuera de casa	-2.000000	0.045500
3-Noche fuera de casa 1		
Cerca de un retrete	-3.165922	0.001546
3-Cerca de un retrete 1		
Cercanía con el baño	-2.000000	0.045500
3-Cercanía con el baño 1		
Sentirse avergonzado	-2.639648	0.008299
3-Sentirse avergonzado 1		
Preocupación por salida de heces 3-Preocupación por salida de heces 1	-2.449490	0.014306
Deprimido 3-Deprimido 1	-2.639648	0.008299
Oler mis heces 3-Oler mis heces 1	-2.971888	0.002960
Sentirse no sano	-2.639648	0.008299
3-Sentirse no sano 1		
Disfrutar menos la vida	-2.888742	0.003868
3-Disfrutar menos la vida 1		
Menos relaciones sexuales	-2.000000	0.045500
3-Menos relaciones sexuales 1		
Episodio de incontinencia	-2.271100	0.023141
3-Episodio de incontinencia 1		
Evitar comer fuera	-2.000000	0.045500
3-Evitar comer fuera 1		
Saber dónde está el retrete 3-Saber dónde está el retrete 1	-2.639648	0.008299
Triste 3-Triste 1	-2.271100	0.023141
Desanimado 3-Desanimado 1	-2.219769	0.026434
Evitar comer fuera	-2.000000	0.045500
3-Evitar comer fuera 1		

Tabla 3: Escala de Wexner. Comparativa pre y postintervención.

Wexner	N	Media ± DE	Media de EE	Sig. (bilateral)
Preintervención	14	1.8571 ± 1.51186	0.40406	0.001
Postintervención	14	0.1429 ± 0.36314	0.09705	

DE = desviación estándar. EE = error estándar. Sig = significancia.

Tabla 4: Media de grosor de esfínter anal externo pre y postintervención.

USG	N	Media ± DE	Media de EE	Sig. (bilateral)
Preintervención	12	3.1667 ± 0.59595	0.17203	0.003
Postintervención	12	4.2167 ± 0.68069	0.19650	

DE = desviación estándar. EE = error estándar. Sig = significancia.
USG = ultrasonido.

zación de los ejercicios Valenzuela se comenzaron a ver resultados positivos en los ítems de calidad de vida tales como temor a salir de casa, evitar hacer visitas a los amigos, estar preocupado porque se escapen las heces y evitar comer fuera de casa; así como también ítems relacionados con la depresión y autopercepción como si se ha sentido triste, desanimado, desesperanzado, tal como Cavkaytar y colaboradores recomiendan ocho semanas como periodo mínimo para fortalecer los músculos pélvicos, con lo que podemos confirmar que en nuestro estudio, a las ocho semanas se comenzaron a presentar resultados significativos.⁷ Como ya se ha demostrado en la literatura médica y lo ha descrito Urvaylioglu y su grupo y Mundet y su equipo, los ejercicios de musculatura pélvica interfieren positivamente en la mejoría clínica en pacientes con incontinencia fecal, lo cual concuerda con nuestro estudio, en el cual se evidencia que con los ejercicios de Valenzuela se mejora la calidad de vida mediante FIQL y escala de Wexner.^{6,8}

Al finalizar el estudio después de cuatro meses, además de ver mejoría en los ítems previamente descritos, también se informó de resultados significativos en ítems de comportamiento como al estar fuera de casa intentar estar siempre lo más cerca posible de un retrete público, intentar prevenir los episodios de incontinencia situándose cerca de un baño, sentirse deprimido, tener menos relaciones sexuales de las que desearía, tener siempre presente la posibilidad de tener un episodio de incontinencia y de al ir a un lugar nuevo intentar saber dónde está el retrete; además en

ítems relacionados a la depresión como el estado general de salud, sentirse deprimido, sentir que no es una persona sana, disfrutar menos de la vida e ítems de seguimiento como sentirse avergonzado y preocupación porque otras personas puedan oler sus heces. Como podemos apreciar en los resultados aquí descritos, recomendamos la escala FIQL al ser una herramienta útil que mide de primera mano la calidad de vida en pacientes con incontinencia anal/*soiling* y esto ha sido ampliamente demostrado en la literatura.^{9,10}

Estas mejoras en la calidad de vida van de la mano con la recuperación de la fisiología normal de la continencia y aumento de la fuerza por parte de la musculatura pélvica y del complejo esfinteriano, a diferencia de otros ejercicios pélvicos, bien descritos en la literatura, los ejercicios propuestos en este trabajo plantean la realización de contracción voluntaria del esfínter anal luego de la defecación para que, por presión mecánica se termine de ocluir totalmente el canal anal, generar hermetismo del mismo y evite de esta forma la humedad y el escurrimento fecal tan molesto para el paciente; además, al realizar estos ejercicios antes del aseo del paciente contribuyen a mejorar las percepciones nociceptivas del momento de la defecación y estimula la rehabilitación del complejo sistema de defecación-continencia.

CONCLUSIONES

Mediante la realización del presente estudio podemos concluir que los ejercicios Valenzuela contribuyen a mejorar la calidad de vida de los pacientes con ano húmedo, presentando mejoría significativa en la percepción de salud del paciente, disminuyendo el estado de depresión que esta patología genera, aumentando la confianza del paciente a salir de su casa sin verse en la necesidad imperiosa de estar constantemente cerca de algún inodoro y además de mejorar la vida sexual del paciente, disminuye el número de pasadas de papel de baño para la limpieza, disminuye la sensación de humedad y disminuye la necesidad de relimpieza del paciente.

Además, se estableció que la realización de ejercicios Valenzuela disminuye el Wexner y aumenta el grosor del esfínter anal externo, ambos con buena significancia estadística.

Las debilidades en el trabajo aquí presentado son la falta de asignación de un paciente con grupo control, lo cual lo convierte en un ensayo clínico cuasi-experimental,

asimismo al ser un ensayo unicéntrico y no aleatorizado con poca muestra, sesga un poco los resultados.

Es importante tener en cuenta que el tratamiento debe ser individualizado según las necesidades y características de cada paciente, y que se requiere una evaluación continua para ajustar las estrategias terapéuticas. A pesar de los desafíos en el diagnóstico y manejo del ano húmedo este podría ser además un buen método para mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados.

REFERENCIAS

1. Rodriguez CE. Colgajo anal cutáneo por deslizamiento. 2009. Disponible en: <https://rdu.unc.edu.ar/handle/11086/212>
2. Remes-Troche JM, Coss-Adame E, García-Zermeño KR, Gómez-Escudero O, Amieva-Balmori M, Gómez-Castaños PC et al. Consenso mexicano sobre incontinencia fecal. Rev Gastroenterol México. 2023; 88 (4): 404-428.
3. Carrasco-Arróniz MÁ, Jiménez-Bobadilla B, Cruz-Palacios A, Villanueva-Herrero JA. Características clínicas asociadas al escurrimento fecal "*soiling*" en pacientes operados de enfermedades anales. Cir Gen. 2012; 34 (4): 232-236.
4. van der Hagen SJ, Soeters PB, Baeten CG, van Gemert WG. Conservative treatment of patients with faecal soiling. Tech Coloproctology. 2011; 15 (3): 291-295.
5. Brazzelli M, Griffiths PV, Cody JD, Tappin D. Behavioural and cognitive interventions with or without other treatments for the management of faecal incontinence in children. Cochrane Database Syst Rev. 2011; 2011 (12): CD002240.
6. Mundet L, Rofes L, Ortega O, Cabib C, Clavé P. Kegel exercises, biofeedback, electrostimulation, and peripheral neuromodulation improve clinical symptoms of fecal incontinence and affect specific physiological targets: a randomized controlled trial. J Neurogastroenterol Motil. 2021; 27 (1): 108-118.
7. Cavkaytar S, Kokanali MK, Topcu HO, Aksakal OS, Doganay M. Effect of home-based Kegel exercises on quality of life in women with stress and mixed urinary incontinence. J Obstet Gynaecol. 2015; 35 (4): 407-410.
8. Urvaylioglu AE, Kutlutürkan S, Kilic D. Effect of Kegel exercises on the prevention of urinary and fecal incontinence in patients with prostate cancer undergoing radiotherapy. Eur J Oncol Nurs. 2021; 51: 101913.
9. Rullier E, Zerbib F, Marrel A, Amouretti M, Lehur PA. Validation of the French version of the Fecal Incontinence Quality-of-Life (FIQL) scale. Gastroenterol Clin Biol. 2004; 28 (6-7 Pt 1): 562-568.
10. Bartlett L, Nowak M, Ho YH. Impact of fecal incontinence on quality of life. World J Gastroenterol WJG. 2009; 15 (26): 3276-3282.

Anexo 1: Cuestionario de Calidad de Vida en Incontinencia Anal (FIQL: *Fecal Incontinence Quality of Life*).

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud y las limitaciones que le produce su forma de contener las heces o gases en sus actividades habituales en el último mes.

Conteste cada pregunta marcando una cruz sobre la respuesta que considere más adecuada. **Marque una sola respuesta.**

No deje ninguna pregunta sin contestar.

Q1. En general, usted diría que su salud es:

1. Mala
2. Regular
3. Buena
4. Muy Buena
5. Excelente

Q2. A continuación, encontrará un listado de situaciones y de comportamientos que se pueden relacionar con un episodio de incontinencia anal. Por favor, indique con qué frecuencia le ocurren en relación a la posibilidad de que usted tenga un episodio de incontinencia anal. En el supuesto de que esta situación se produzca por motivos diferentes a la incontinencia, marque como respuesta válida No procede.

Q2. Debido a los episodios de incontinencia anal	Muchas veces	Bastantes veces	Alguna vez	Nunca	No procede
2A. Tengo miedo (temor) a salir de casa	1	2	3	4	X
2B. Evito hacer visitas a los amigos	1	2	3	4	X
2C. Evito pasar la noche fuera de casa	1	2	3	4	X
2D. Me resulta difícil salir de casa para ir a algunos sitios, como el cine o la iglesia	1	2	3	4	X
2E. Si tengo que salir de casa, reduzco la cantidad de comida	1	2	3	4	X
2F. Cuando estoy fuera de casa, intento estar siempre lo más cerca posible de un retrete público	1	2	3	4	X
2G. Para mí es fundamental organizar las actividades diarias en función de cuándo y cuántas veces necesite ir al baño	1	2	3	4	X
2H. Evito viajar	1	2	3	4	X
2I. Me preocupa no ser capaz de llegar al retrete a tiempo	1	2	3	4	X
2J. Me parece que no soy capaz de controlar mi defecación	1	2	3	4	X
2K. Soy incapaz de aguantar las heces hasta llegar al retrete	1	2	3	4	X
2L. Se me escapan las heces sin darme cuenta	1	2	3	4	X
2M. Intento prevenir los episodios de incontinencia situándome cerca de un cuarto de baño	1	2	3	4	X

Q3. A continuación, encontrará un listado de situaciones y de comportamientos que se pueden relacionar con un episodio de incontinencia anal. Por favor, indique con qué frecuencia le ocurren en relación a la posibilidad de que usted tenga un episodio de incontinencia anal. En el supuesto de que esta situación se produzca por motivos diferentes a la incontinencia, marque como respuesta válida No procede.

Q3. Debido a los episodios de incontinencia anal	Muchas veces	Bastantes veces	Alguna vez	Nunca	No procede
3A. Me siento avergonzado	1	2	3	4	X
3B. No hago muchas de las cosas que me gustaría hacer	1	2	3	4	X
3C. Estoy preocupado porque se me escapen las heces	1	2	3	4	X
3D. Me siento deprimido	1	2	3	4	X
3E. Me preocupa que otras personas puedan oler mis heces	1	2	3	4	X
3F. Siento que no soy una persona sana	1	2	3	4	X
3G. Disfruto menos de la vida	1	2	3	4	X
3H. Tengo menos relaciones sexuales de las que desearía	1	2	3	4	X
3I. Me siento diferente del resto de la gente	1	2	3	4	X
3J. En mi cabeza está siempre presente la posibilidad de tener un episodio de incontinencia	1	2	3	4	X
3K. Tengo miedo al acto sexual	1	2	3	4	X
3L. Evito hacer viajes en transportes públicos (tren, avión, autobús, metro, etcétera)	1	2	3	4	X
3M. Evito comer fuera de casa	1	2	3	4	X
3N. Cuando voy a un lugar nuevo, intento saber dónde está el retrete	1	2	3	4	X

Q4. Durante el mes pasado se ha sentido usted tan triste, desanimado, desesperanzado, que le parecía que la vida no tenía sentido.

• **Triste**

1. Siempre hasta el punto de abandonarlo todo
2. Muchas veces
3. Pocas veces
4. Alguna vez, pero lo suficiente para sentirme molesto
5. Muy poco
6. Nunca

• **Desanimado**

1. Siempre hasta el punto de abandonarlo todo
2. Muchas veces
3. Pocas veces
4. Alguna vez, pero lo suficiente para sentirme molesto
5. Muy poco
6. Nunca

• **Desesperanzado**

1. Siempre hasta el punto de abandonarlo todo
2. Muchas veces
3. Pocas veces
4. Alguna vez, pero lo suficiente para sentirme molesto
5. Muy poco
6. Nunca