

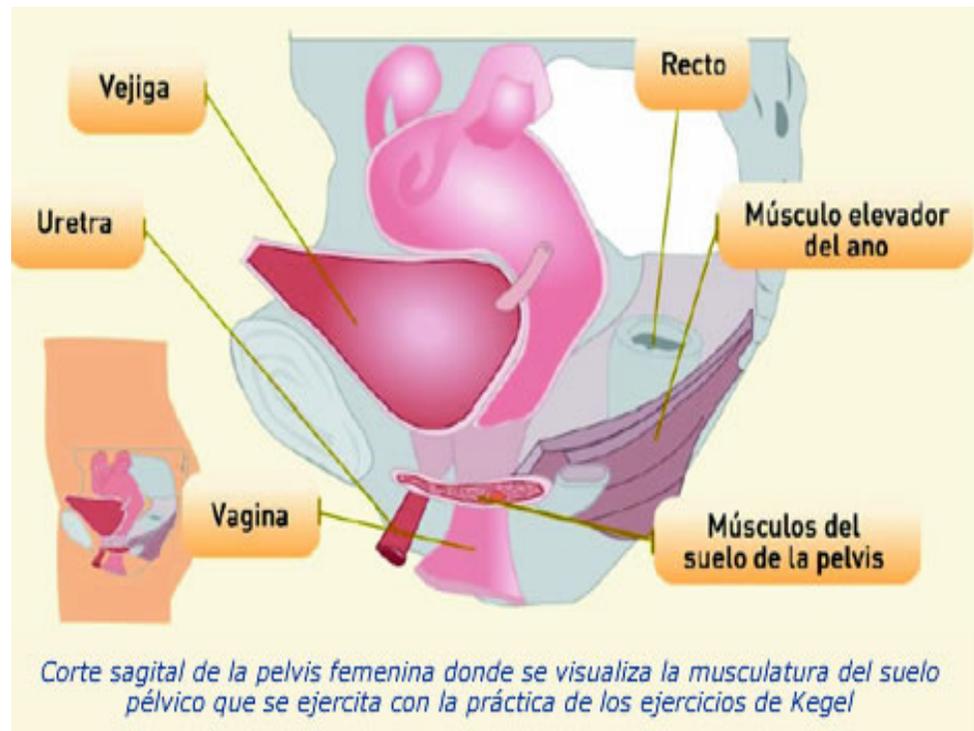
# PATOLOGÍA DEL SUELO PÉLVICO



María Laguna Herrera  
Servicio Ginecología y Obstetricia  
Hospital Infanta Elena  
25 de mayo de 2012

# Introducción

- Motivos frecuentes de consulta :
  - Bulto en genitales
  - Incontinencia urinaria.



# Incontinencia Urinaria

- Definición:

Es la manifestación por parte del paciente de escape de orina.

Debería describirse además especificando los factores relevantes, como tipo, frecuencia, gravedad, factores desencadenantes, impacto social, efecto sobre la higiene y la calidad de vida, medidas utilizadas para las pérdidas y si el individuo desea o no ayuda para su incontinencia urinaria.

*“Incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de orina que genera un problema higiénico o social”*



# Incontinencia Urinaria. Tipos

- ***Incontinencia urinaria de esfuerzo:***

Pérdida involuntaria de orina que coincide con el aumento de la presión abdominal, desencadenado por la actividad física

- ***Incontinencia urinaria de Urgencia:***

Pérdida involuntaria de orina asociada con un fuerte deseo de orinar (urgencia). Clínicamente, suele acompañarse de aumento de la frecuencia diurna y nocturna (nocturia).

- ***Vejiga hiperactiva:***

Síndrome que engloba a pacientes con síntomas de aumento de la frecuencia miccional y urgencia, con o sin IU. Presumiblemente, se debe al mismo proceso patológico que la IU de Urgencia.

- ***Incontinencia Urinaria Mixta:***

Es la asociación de síntomas de pérdida involuntaria de orina con los esfuerzos y síntomas de Vejiga Hiperactiva.

# Incontinencia Urinaria

## *Preguntas clave para el diagnóstico de presunción de la IU*

### ***Síntomas de IU de esfuerzo***

¿Se le escapa la orina al toser, reír, estornudar, levantar peso?

### ***Síntomas de IU de Urgencia***

¿Alguna vez se le escapa la orina cuando nota una sensación repentina e incontrolable de ganas de orinar?

### ***Síntomas asociados con la incontinencia***

¿Alguna vez siente un deseo repentino e incontrolable de orinar?

¿Cuántas veces orina durante el día?

¿Cuánto tiempo, como máximo, aguanta sin orinar?

¿Cuántas veces le despiertan las ganas de orinar durante el sueño?

### ***Síntomas sugestivos de disfunción de vaciado***

¿Tiene la sensación de que no vacía la vejiga completamente?

### ***Síntomas orientativos de la gravedad de la incontinencia***

¿Se le escapan gotas o se moja mucho?

¿Utiliza algún sistema de protección para la IU? ¿Cuál? ¿Cuántas veces se cambia diariamente?

# Incontinencia Urinaria

## Factores de riesgo para la IU

Embarazo o parto

Prolapso de órganos pélvicos

Histerectomía

Obesidad

Cardiopatía o hipertensión en tto con diuréticos

Enfermedades musculoesqueléticas que supongan una disminución de la movilidad.

Demencia

Factores ocupacionales (trabajos que supongan grandes esfuerzos físicos, deportes de impacto...)

# Incontinencia Urinaria

## Fármacos y sustancias que pueden provocar IU

SUSTANCIA	MECANISMO Y SINTOMA DE IU
Antidepresivos	Disminuye la contracción vesical: retención, IU por rebosamiento
Diuréticos	Contracciones por aumento de diuresis: IU de urgencia, vejiga hiperactiva
Sedantes e hipnóticos	Depresión central: IU de urgencia, vejiga hiperactiva
Antipsicóticos	Disminuye la contracción vesical: retención, IU por rebosamiento.
Abuso de alcohol	Depresión central y efecto diurético: IU de urgencia , vejiga hiperactiva
Cafeína	Contracciones: IU de urgencia, vejiga hiperactiva.

# Incontinencia Urinaria. Diagnóstico

- Anamnesis
  - Cuestionarios
  - Diario miccional
- Exploración física
  - General
  - Neurológica
  - Capacidad contráctil de la musculatura del suelo pélvico- Escala Oxford
  - Ginecológica
  - Dirigida a la IU: Prueba de esfuerzo, movilidad de la uretra
  - Pruebas: Orina residual, análisis de orina, test de la compresa
- Urodinamia:
  - Cistomanometría, flujometría
- Técnicas endoscópicas
  - Uretrocistoscopia
- Técnicas de imagen.
  - Ecografía, radiología, resonancia magnética

# Incontinencia Urinaria

## ***EVALUACIÓN BÁSICA DE LA MUJER CON SÍNTOMAS DE IU***

Toda paciente con síntomas de IU que afecten a su calidad de vida debe someterse a la Exploración Básica que consiste en:

- Anamnesis
- Exploración física
- Análisis de Orina
- Diario miccional

En todos los casos carentes de complejidad, mediante la exploración básica, se puede establecer el diagnóstico clínico de la IU e indicar tratamientos no quirúrgicos y eliminar los factores de riesgo.

## ***INDICACIONES GENERALES DEL ESTUDIO URODINÁMICO***

- Diagnosticadas mediante la exploración básica en las que ha fracasado el tratamiento
- Con indicación de tratamiento quirúrgico de la IU de esfuerzo
- Con sintomatología compleja ( síntomas de diferentes tipos de IU)
- Con fracasos y complicaciones de cirugía previa

## ***INDICACIONES DE LA EXPLORACIÓN ESPECIALIZADA***

Cistomanometría de llenado para el diagnóstico diferencial entre la IU de esfuerzo, la IU de urgencia y la IU mixta

Cistomanometría de vaciado para el diagnóstico diferencial entre las diferentes tipos de disfunciones de vaciado.

Uretrocistoscopia en los casos de hematuria, leucocituria con urocultivo negativo, y sobre todo si se asocian a clínica de urgencia- frecuencia y dolor

## Test de gravedad de la IU de Sandvik

¿Con que frecuencia pierde orina?

- Menos de una vez al mes..... 1
- Una o varias veces al mes..... 2
- Una o varias veces a la semana..... 3
- Todos los días y/o noches ..... 4

¿Qué cantidad de orina pierde?

- Unas gotas (muy poca cantidad) ..... 1
- Chorro pequeño (una cantidad moderada)..... 2
- Mucha cantidad ..... 3

El índice de gravedad se calcula multiplicando las dos preguntas y después se categorizan de la siguiente forma:

- 1-2: IU leve
- 3-6: IU moderada
- 8-9: IU grave
- 12: IU muy grave

Para el cálculo en análisis estadístico, y para control de los resultados, se recomienda añadir el valor cero cuando se han vuelto continentes.

# Cuestionario corto de calidad de vida

ICIQ-IU-SF

FECHA: DÍA   MES   AÑO

1. Por favor escriba la fecha de su nacimiento:

DÍA   MES   AÑO

2. Usted es (señale cual):

Mujer

Varón

3. ¿Con que frecuencia pierde orina? (Marque una)

- |                              |                          |   |
|------------------------------|--------------------------|---|
| Nunca                        | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Una vez a la semana o menos  | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Dos o tres veces a la semana | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Una vez al día               | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Varias veces al día          | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Continuamente                | <input type="checkbox"/> | 5 |

4. Nos gustaría saber su impresión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa. Cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no). (Marque uno)

- |                       |                          |   |
|-----------------------|--------------------------|---|
| No se me escapa nada  | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Muy poca cantidad     | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Una cantidad moderada | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Mucha cantidad        | <input type="checkbox"/> | 6 |

5. Estos escapes de orina que tiene, ¿cuánto afectan a su vida diaria?

Por favor, marque un círculo en un número entre 0 (no me afectan nada) y 10 (me afectan mucho)

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

nada

mucho

Puntuación de ICI-Q: sume las puntuaciones de las preguntas 3 + 4 + 5 =

6. ¿Cuándo pierde orina? (Señale todo lo que pasa a usted)

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| nunca pierde orina                                   | <input type="checkbox"/> |
| pierde orina antes de llegar al WC                   | <input type="checkbox"/> |
| pierde orina cuando tose o estomuda                  | <input type="checkbox"/> |
| pierde cuando duerme                                 | <input type="checkbox"/> |
| pierde orina cuando hace esfuerzos físicos/ejercicio | <input type="checkbox"/> |
| pierde orina al acabar de orinar y ya se ha vestido  | <input type="checkbox"/> |
| pierde orina sin un motivo evidente                  | <input type="checkbox"/> |
| pierde orina de forma continua                       | <input type="checkbox"/> |

Muchas gracias por contestar a estas preguntas

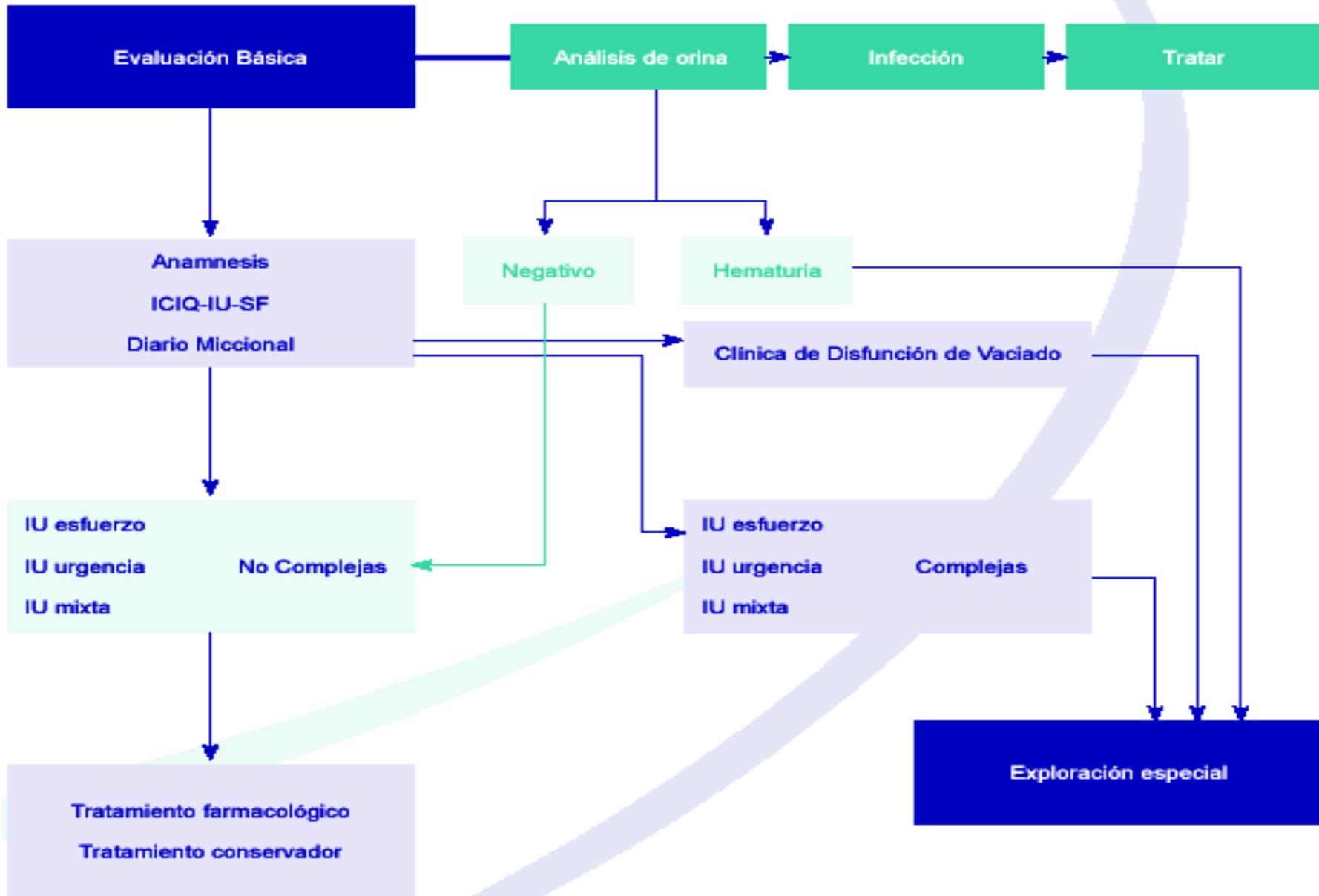
# Diario miccional

HORA	MICCIÓN	URGENCIA	IU ESFUERZO	IU URGENCIA	BEBIDA	COMPRESA
07-08h						
08-09h						
09-10h						
10-11h						
11-12h						
12-13h						
13-14h						
14-15h						
15-16h						
16-17h						
17-18h						
18-19h						
19-20h						
20-21h						
21-22h						
22-23h						
23-24h						
00-01h						
01-02h						
02-03h						
03-04h						
04-05h						
05-06h						
06-07h						

## Escala Oxford para valorar la contractilidad de la musculatura pelviana

ESCALA OXFORD	
0/5	Ausencia de Contracción
1/5	Contracción muy débil
2/5	Contracción débil
3/5	Contracción moderada, con tensión y mantenida
4/5	Contracción buena. Mantenimiento de la tensión con resistencia
5/5	Contracción buena. Mantenimiento de la tensión con fuerte resistencia

# Evaluación básica de la paciente con IU



# Incontinencia Urinaria. Tratamiento

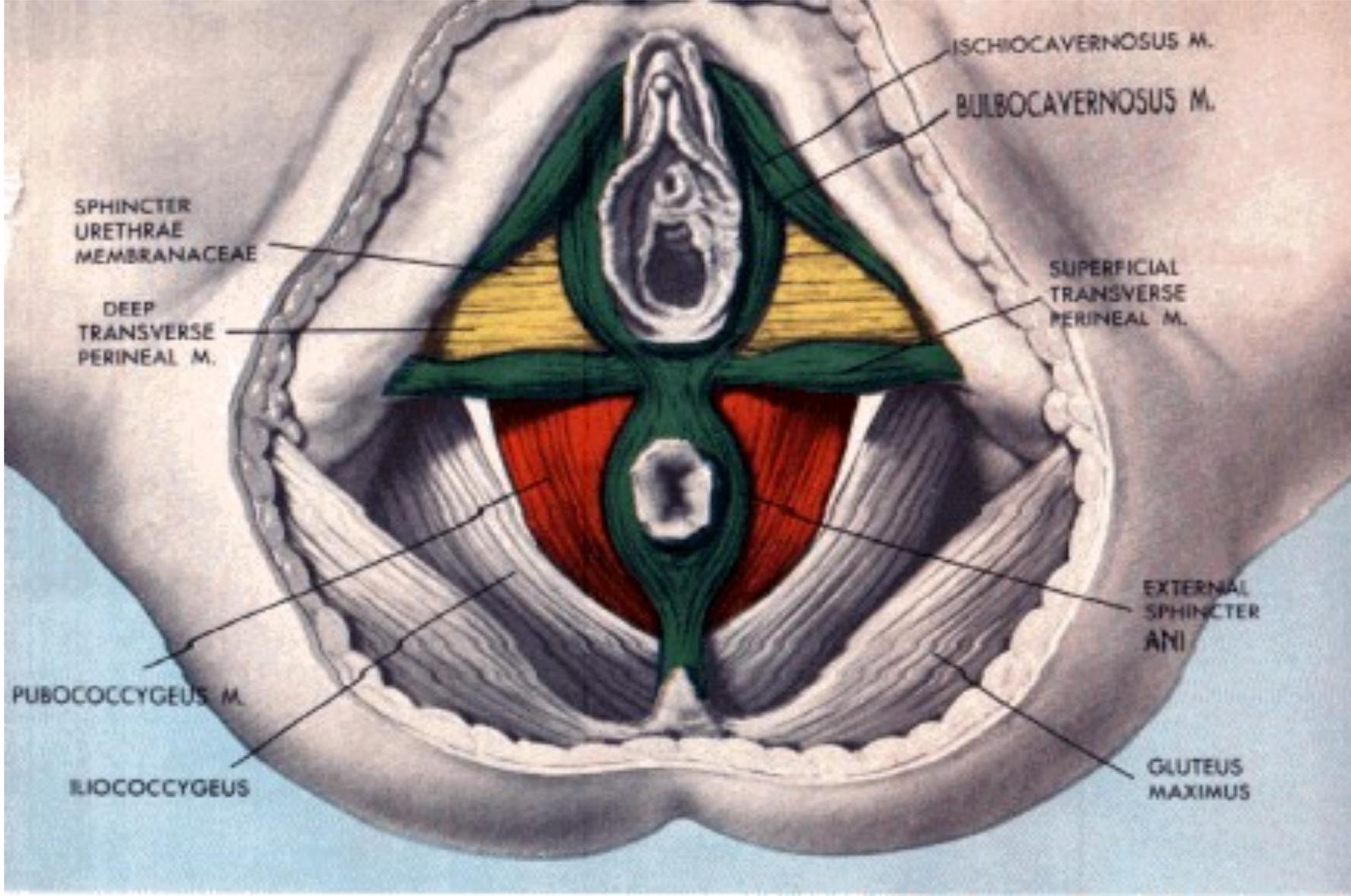
***La International Consultation on Incontinence (ICI) en su última reunión acordó distinguir dos niveles en el tratamiento de las mujeres con IU y VH***

*“Tratamiento inicial o de primera línea que puede ser aplicable en cualquier entorno asistencial desde la Atención Primaria hasta la especializada y un tratamiento de segunda línea, sólo para las pacientes que no han respondido de forma satisfactoria al tratamiento inicial y aplicable en unidades especializadas”*

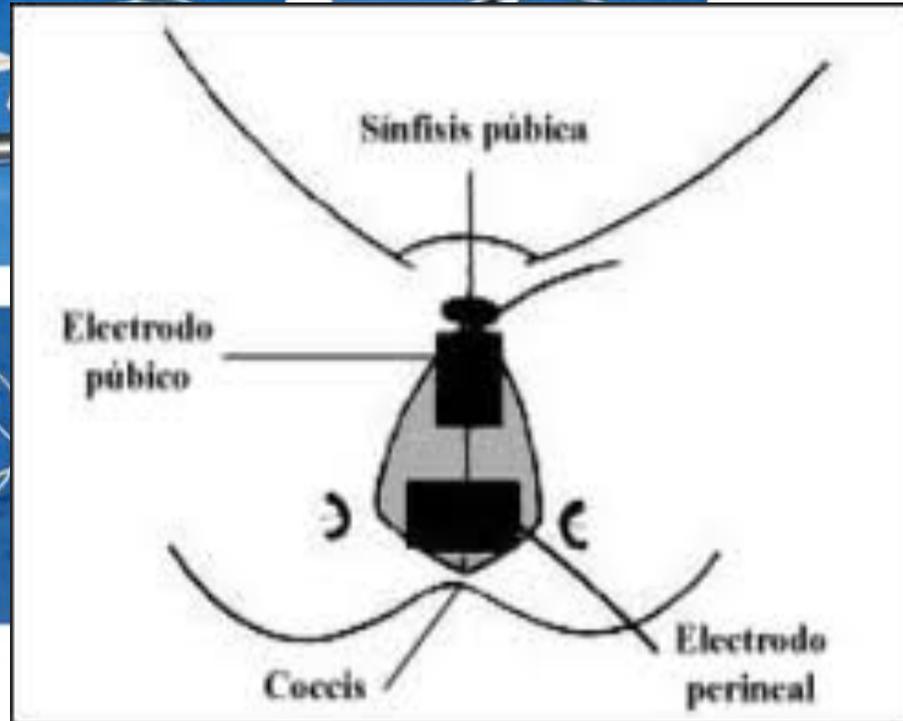
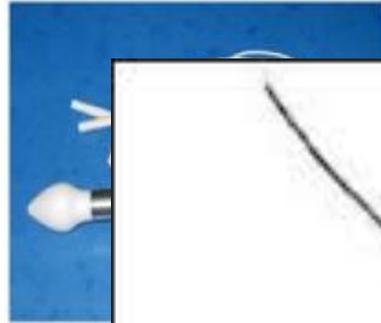
*En el momento actual, el tratamiento de primera línea para las pacientes con IU o VH, se basa fundamentalmente en el tratamiento conservador y farmacológico*

# Incontinencia Urinaria. Tratamiento

1. **Tratamiento conservador:** Comprende cualquier forma de terapia, que no sea quirúrgica ni farmacológica: cambios del estilo de vida, fisioterapia, reeducación vesical
2. **Cambio del estilo de vida:** Pérdida de peso, cambios en la dieta (reducción de ingesta excesiva de líquidos y excitantes)
3. **Fisioterapia:** Reeducación de los músculos de suelo pélvico con ejercicios de contracción activa. Existe evidencia de que supervisados por un profesional experto, resulta más eficaz que si la mujer no dispone de supervisión.  
La electroestimulación de baja intensidad, aplicada de forma domiciliaria dos veces al día, está indicada en mujeres con detrusor hiperactivo







# Incontinencia Urinaria. Tratamiento

4. **Reeducación vesical:** Pautas de control de la micción que tienen por objeto la educación de los hábitos miccionales y la recuperación del control. La forma más habitual consiste en realizar micciones programadas. Objetivo final: llegar a intervalos entre micciones de 3-4 horas
5. **Tratamiento farmacológico:** Los fármacos empleados hasta el momento actual para tratar la IUU/VH tienen como objetivo inhibir las contracciones involuntarias del detrusor. La contracción vesical se produce como consecuencia de la activación del sistema nervioso parasimpático cuyos receptores son muscarínicos y se activan mediante la acetilcolina. El tratamiento se basa en el bloqueo de dichos receptores mediante fármacos antimuscarínicos – anticolinérgicos.

# Incontinencia Urinaria. Tratamiento

*Relación de fármacos anticolinérgicos así como los de acción mixta, disponibles en España, con su nivel de evidencia y grado de recomendación*

	NIVEL DE EVIDENCIA	GRADO DE RECOMENDACIÓN
<b>ANTIMUSCARINICOS</b>		
Tolterodina	1	A
Trospio	1	A
Solifenacina	1	A
Fesoterodina	1	A
<b>ACCIÓN MIXTA</b>		
Oxibutinina	1	A

# Incontinencia Urinaria. Tratamiento

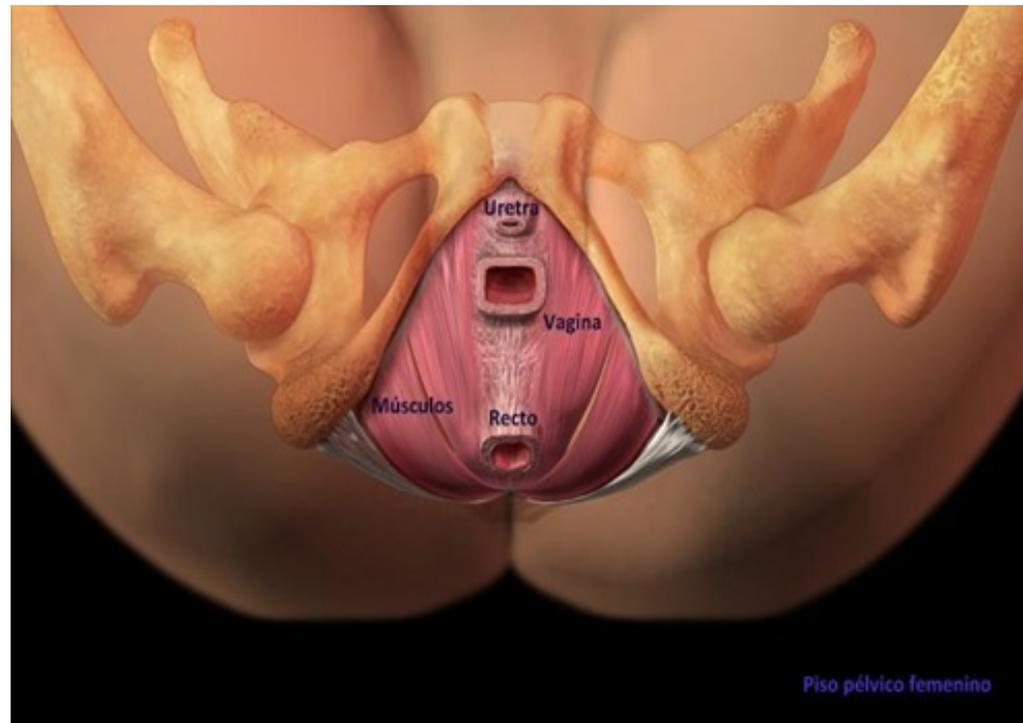
- 6. Tratamiento de la atrofia urogenital:** Es recomendable , en mujeres menopausicas con síntomas de IU, el tratamiento adyuvante con estrógenos vaginales
- 7. Tratamientos de segunda línea:** *Inyección intravesical de toxina botulínica* , ha demostrado mejorar síntomas de urgencia , frecuencia e IUU. *Neuromodulación sacra*. Estos tratamientos deben ser aplicados en unidades especializadas en uroginecología.

## Tratamiento inicial basado en el diagnóstico básico



# Prolapso órganos pélvicos. Definición

El prolapso de órganos pélvicos es el descenso de uno o más de los órganos pélvicos (útero, vagina, vejiga, intestino).



# Prolapso órganos pélvicos. Etiología

Factores de riesgo:

- embarazo
- parto
- anomalías del tejido conectivo adquiridas o congénitas, - denervación o debilidad del piso pélvico, obesidad
- edad avanzada
- histerectomía
- menopausia
- factores asociados con una presión intraabdominal crónicamente elevada



# Prolapso órganos pélvicos. Tipos

- ***Prolapso vaginal superior (compartimento medio)***: el útero, la bóveda vaginal (posterior a la histerectomía cuando desciende la parte superior de la vagina);
- ***Prolapso de la pared vaginal anterior (compartimento anterior)***: cistocele (descenso de la vejiga), uretrocele (descenso de la uretra), defecto paravaginal (defecto de la fascia pélvica);
- ***Prolapso de la pared vaginal posterior (compartimento posterior)***: enterocele (descenso del intestino), rectocele (descenso del recto), deficiencia perineal.



# Prolapso órganos pélvicos. Grados

- Clasificación 1996 ICS, AUGS, SGS :

*Uretro – Cisto – Histero - Rectocele:*

- *Grado 0:* normal
- *Grado I:* a mas de -1 del introito
- *Grado II:* entre -1 y + 1 del introito
- *Grado III:* a +1 del introito
- *Grado IV:* fuera del introito. Procidencia genital



# Prolapso órganos pélvicos. Clínica

- Sensación de peso o tumefacción vulvar, sensación e roce o dolor con la marcha
- Ulceraciones mucosas con metrorragia o leucorrea
- Enteroccele produce sensación de hiperpresión pélvica que aumenta con la bipedestación
- Incontinencia urinaria. Disuria , tenesmo, polaquiuria diurna o nocturna. Enmascarar IU
- Rectoccele: dificultad para expulsar gases o heces, proporcional al volumen herniario

# Prolapso órganos pélvicos. Tratamiento

- Tratamiento conservador: ejercicios suelo pélvico, disminuir presión intraabdominal, estrógenos locales, electroestimulación. Pesarios

- Tratamiento quirurgico:
  - Colporrafia anterior, posterior
  - Histerectomia vaginal.
  - Culdoplastia de McCall
  - Bandas libres de tensión
  - Corrección de Manchester
  - Colpopexia sacroespínosa



# Criterios de derivación

- Incontinencias de orina moderadas graves
- Prolapsos (vejiga, útero, recto): grado III, IV

# Contacto



Hospital Infanta Elena



[ginecologia.hie@capiosanidad.es](mailto:ginecologia.hie@capiosanidad.es)

Teléfono: 91 894 84 10 , extensiones  
2229, 2472, 2473

***Muchas gracias***

