

## PATOLOGIA SUELO PÉLVICO

Las disfunciones pélvicas afectan a una de cada tres mujeres en España, y debemos reconocer que suponen una afectación muy severa en la calidad de vida de estas pacientes. Las disfunciones pélvicas se dividen en **incontinencia urinaria** (pérdidas de orina involuntarias), **prolapso genital** (descenso de los órganos pélvicos a través de la vagina por un debilitamiento de la musculatura pélvica) y algunos problemas en la esfera sexual (tanto físicos como psicológicos)

- **INCONTINENCIA URINARIA:** Es la pérdida involuntaria de orina que genera un problema higiénico o social



### ***Tipos de incontinencia urinaria:***

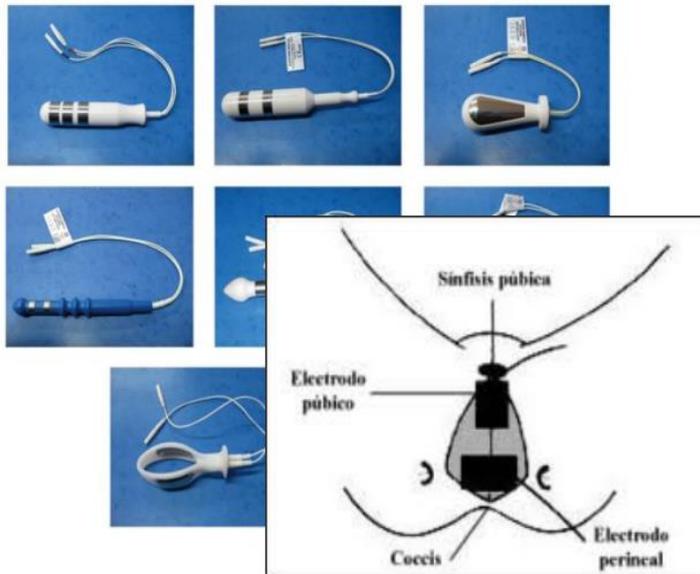
- ***Incontinencia urinaria de esfuerzo:*** Pérdida involuntaria de orina que coincide con el aumento de la presión abdominal, desencadenado por la actividad física
- ***Incontinencia urinaria de Urgencia:*** Pérdida involuntaria de orina asociada con un fuerte deseo de orinar (urgencia). Clínicamente, 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.

***El tratamiento de la incontinencia urinaria:*** puede ser médico o quirúrgico, según el tipo y gravedad de la sintomatología. Habitualmente, tras agotar los tratamientos conservadores con rehabilitación y medicación oral, se puede optar por los tratamientos quirúrgicos.

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.



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.

6. Tratamiento de la atrofia urogenital: Es recomendable, en mujeres menopáusicas 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.

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



- *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.



El tratamiento del prolapso genital depende de los síntomas que tenga la paciente. Siendo solo necesario el tratamiento cuando existen síntomas (sensación de bulto, sensación de peso continuo, incontinencia urinaria, infecciones de orina, dificultad para inicio de micción o defecación).

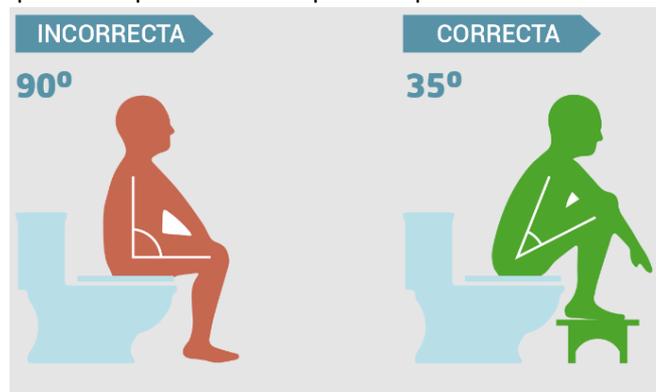
- Tratamiento conservador: ejercicios suelo pélvico, prevención de factores de riesgo, estrógenos locales, electroestimulación. O contención del bulto con pesarios:



- Tratamiento quirúrgico: colporrafia anterior, posterior, histerectomía vaginal, culdoplastia de McCall, bandas libres de tensión, corrección de Manchester, colpopenia sacroespinal.

Son muchos los **factores de riesgo** que hacen que la musculatura se vaya debilitando a lo largo de la vida de la mujer. Los partos y la edad son los más conocidos en la población general. Si bien es cierto, son factores estáticos frente a los que no podemos prácticamente actuar, por ello vamos a centrarnos en los factores de riesgo prevenibles

- **Deporte:** la práctica de deportes de impacto está asociada al debilitamiento de la musculatura del suelo de la pelvis.
- **Estreñimiento:** El esfuerzo por defecar aumenta la presión abdominal sobre el suelo pélvico y afecta a la estructura muscular
- **Adopta una postura correcta al defecar:** Desde el punto de vista educacional, es importante enseñar la postura más fisiológica de la defecación. En realidad, la posición más correcta para la deposición es lo que coloquialmente se llama «en cuclillas».



- Presta especial atención al **sobrepeso y obesidad**. Disminuir el peso evita la sobrecarga muscular del suelo pélvico

- **Evitar el tabaquismo.** El tabaco interrumpe el proceso de la neocolagenogénesis, y la tos crónica de los fumadores también tiene un impacto negativo sobre la presión del suelo pélvico.
- **Ingesta hídrica adecuada.**
- **Evitar la cafeína, la teína y las bebidas excitantes,** ya que al parecer irritan y estimulan el músculo de la vejiga (músculo detrusor), aunque no parece que las xantinas en general tengan efectos negativos en las pacientes continentales
- **Realiza con regularidad los ejercicios** para mantener la fuerza y el tono muscular, y antes de realizar cualquier esfuerzo realiza una contracción del suelo pélvico o de bloqueo de periné.
- Especial atención a estos consejos deben poner pacientes **con trabajos que requieren cargar peso** de forma frecuente **o estar de pie muchas horas** ya que se considera otro factor de riesgo
- Otro grupo especial de riesgo son las pacientes **asmáticas.** Deben estar bien controladas con su tratamiento crónico, ya que los estornudos y toses frecuentes también pueden favorecer en ellas esta patología