



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

<Plan de intervención de fisioterapia en
incontinencia urinaria de esfuerzo y cistocele
grado II: a propósito de un caso>

<Physiotherapy treatment for stress urinary
incontinence and cistocele stage II. A case
report>

Autor/es

Alicia Martel Aréjula

Director/es

Yolanda Marcén Román

Facultad Ciencias de la Salud
2021

Índice

<i>Nomenclaturas</i>	3
<i>Resumen</i>	4
<i>1. Introducción</i>	5
1.1 Justificación tema elegido	9
<i>2. Objetivos</i>	9
<i>3. Metodología</i>	10
3.1 Diseño del estudio	10
3.2 Presentación del caso	10
3.3 Evaluación de fisioterapia.....	13
3.4 Diagnóstico fisioterápico	20
3.5 Plan de intervención en fisioterapia	21
<i>4. Resultados</i>	25
<i>5. Discusión</i>	28
5.1 Limitaciones del estudio	33
5.2 Futuras líneas de investigación	33
<i>6. Conclusiones</i>	34
<i>Bibliografía</i>	35
<i>Anexo I. Consentimiento informado</i>	40
<i>Anexo II. Cuestionario incontinencia urinaria ICIQ-IU-SF</i>	41
<i>Anexo III. Cuestionario de incontinencia King's Health</i>	42
<i>Anexo IV. Test de severidad de Sandvik</i>	45
<i>Anexo V. Diario miccional</i>	46
<i>Anexo VI. Pad test 1 h</i>	47
<i>Anexo VII. Cuestionario de calidad de vida en el prolapso</i>	48

Nomenclaturas

SP- Suelo pélvico

IU - Incontinencia urinaria

IUE- Incontinencia urinaria de esfuerzo

IUU- Incontinencia urinaria de urgencia

IUM- Incontinencia urinaria mixta

EMSP o PFMT – Entrenamiento Musculatura del Suelo Pélvico o Pelvic Floor Muscle Training

POP- Prolapso Órganos Pélvicos o Pelvic Organ Prolapse

ICIQ-SF- International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form

Resumen

Introducción: La debilidad de la musculatura del suelo pélvico predispone a presentar numerosas disfunciones a nivel de la cavidad pélvica, entre ellas incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos. La presencia de estas disfunciones genera una disminución en la calidad de vida en estas pacientes. Se propone como primera opción el tratamiento conservador mediante fisioterapia.

Objetivos: Describir el caso de una paciente con incontinencia urinaria de esfuerzo y cistocele grado II, y conocer la efectividad de un plan de intervención en fisioterapia para la mejora de la sintomatología de dicha afección.

Metodología: Estudio longitudinal prospectivo intrasujeto (n=1). Se llevó a cabo una valoración, y un tratamiento mediante fisioterapia, tras el cual se reevaluó la intervención.

El tratamiento se enfocó en el restablecimiento del equilibrio abdomino-pélvico y diafragmático, en la toma de conciencia y entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico.

Resultados: Tras el programa de fisioterapia se observó una mejoría en la capacidad de contracción de la musculatura del suelo pélvico y en la toma de conciencia de la misma, además de una mejora de los síntomas percibidos relacionados con el cistocele.

Conclusión: El tratamiento pautado en el presente estudio ha sido efectivo en la mejora de la capacidad de contracción de la musculatura del suelo pélvico y la toma de conciencia de la paciente.

1. Introducción

El denominado diafragma pélvico es el conjunto de músculos y fascias que cierran la cavidad abdominopélvica en su parte más inferior. Se extiende de lado a lado desde el arco tendinoso del elevador del ano y la espina isquiática, y en sentido anteroposterior, desde la cara posterior del pubis, en ambos lados, hasta la espina isquiática y el cóccix (1).

El suelo pélvico (SP) actúa a modo de unidad funcional, su musculatura está compuesta por 3 planos: plano superficial, plano medio y profunda (2).

Algunas de las funciones del suelo pélvico son consecuencia de la posición bípeda. Necesitamos la actividad de la musculatura del tronco y suelo pélvico para contribuir al mantenimiento de la estabilidad lumbo-pélvica, así como al soporte de los órganos, que por acción de la gravedad descienden y no son suficientemente sostenidos por el sistema ligamentoso (1). Interviene en el control de la continencia urinaria, en la actividad sexual (2), además del control de apertura de las vías del recto, urinarias y genitales (3).

La debilidad del SP predispone a presentar afecciones a ese nivel que pueden provocar problemas como: incontinencia urinaria y fecal, prolapsos genitales, dolor pélvico crónico y disfunción sexual, entre otras (4).

El embarazo, parto vaginal, parto instrumental, histerectomía, prolapsos genitales, edad, patología neurológica, déficit estrogénico, prostatectomía, entre otros, son factores que favorecen la aparición de incontinencia urinaria (IU) (5).

La debilidad de la musculatura del suelo pélvico contribuye tanto al prolapso como a la IU, se suelen considerar problemas relacionados al ser producidos por la misma causa (5).

La incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de orina, problema que se puede manifestar con diferentes niveles de gravedad y en relación con diferentes causas (5).

La IU es un factor importante en la disminución de la calidad de vida, especialmente en mujeres (4). Tiene una morbilidad psicológica asociada, puede afectar al sueño en caso de pérdidas nocturnas, disminuye la autoestima, la autonomía, incrementa el riesgo de aislamiento social, de depresión y de disfunción sexual (5).

La Asociación Internacional de Continencia define 3 tipos de incontinencia urinaria: incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), incontinencia urinaria de urgencia (IUU) e incontinencia urinaria mixta (IUM) (4).

Síntomas	IU esfuerzo	IU urgencia
Fugas sincronizadas con esfuerzos	+++	+
Fugas por cambio de posición	+++	+
Fugas durante la marcha	++	+
Necesidades urgentes	+	+++
Fugas nocturnas	-	+++
Eretismo al agua o frío	+	++
Fugas en periodo premenstrual	+	++

Tabla 1. Síntomas según tipos incontinencia urinaria.

La calidad de vida relacionada con la salud de las mujeres que padecen IUE es menor que las que padecen IUU, puede ser debido a que los escapes urinarios se producen ante esfuerzos y la mujer no tiene por que presentar otro tipo de síntomas. (6).

Si nos centramos en el prolapso, se define como aquella disfunción del suelo pélvico que hace referencia al descenso de los órganos pélvicos respecto a su posición anatómica original, a través del conducto vaginal o anal (1).

Compartimento anterior	Compartimento medio	Compartimento posterior
<u>Cistocele</u> : vejiga	<u>Uterino o histerocele</u> : cuello uterino	<u>Rectocele/proctocele</u> : recto
<u>Cistouretrocele</u> : vejiga y uretra	<u>Cúpula vaginal</u> : mujeres histerectomizadas	<u>Enterocele</u> : asas intestinales (a través fondo de saco de Douglas)

Tabla 2. Tipos de prolapsos.

Normalmente, los síntomas comienzan a aparecer cuando el prolapso ha alcanzado el himen. Los síntomas más comunes, son sensación de "masa" y peso, síntomas intestinales, dolor lumbar, inflamación de la vagina, sensación de micción recurrente y disfunciones sexuales (7).

Epidemiología

Los datos epidemiológicos respecto a la prevalencia de la incontinencia urinaria en la población son muy variables. Existe una elevada variabilidad en la prevalencia de la incontinencia urinaria que va del 12 al 53% de las mujeres, situándose la media alrededor del 35,14%(1). La IUM y IUU predominan en mujeres de mayor edad, mientras que en mujeres jóvenes predomina la IUE (1).

Mujeres embarazadas, Wilson et al. (8). Hallaron una incidencia de IUE del 34% a los 3 meses del parto. Se estima una prevalencia mayor en tras parto vaginal que tras una cesárea (1).

El riesgo de padecer incontinencia urinaria incrementa entre los 40 y 60 años. La IUE es el tipo de incontinencia más común, siendo entre el 52-65% de IU en mujeres entre 30 y 60 años (9).

El prolapso genital es un problema muy común que tiene una prevalencia estimada entre un 43 a 76% en la población femenina general. El 40% de mujeres mayores de 50 años tienen diferentes grados de prolapso y mujeres entre 45 y 85 años tienen un 75% de probabilidad de sufrirlo. El porcentaje de prolapsos sintomáticos es de un 3-12% (7).

Fisiopatología incontinencia urinaria

La función de la vejiga es almacenar orina. A medida que la vejiga se llena gradualmente, se estira para adaptarse al aumento del volumen de orina. La sensación de llenado de la vejiga normalmente no ocurre hasta que se alcanza el 40-50% de la capacidad normal de la vejiga (300 ml a 500 ml) (10).

El suelo pélvico debe adaptarse a cada estado garantizando el cierre de los esfínteres durante el llenado y la apertura durante el vaciado (1).

Así el aumento de la presión intraabdominal durante la tos produce un desplazamiento dorso-caudal de la vejiga y de la uretra proximal. Este desplazamiento es frenado por la contracción de los músculos de SP y la tensión del sistema fascial de soporte (1). El soporte normal de los órganos pélvicos es proporcionado por la interacción entre el músculo elevador del ano y los tejidos conectivos que unen al útero y la vagina a las paredes laterales de la pelvis (2).

Si se produce una pérdida de continuidad en la fascia endopélvica o si el elevador del ano se lesiona, aumentará la distensibilidad de la capa de soporte de la uretra incrementándose el riesgo de pérdida de orina (1).

La evidencia actual sugiere multitud de factores que contribuyen al desarrollo de la IUE. La hipermovilidad uretral, la pérdida de fuerza muscular del suelo pélvico, la disminución del grosor uretral, son factores asociados al origen de este tipo de incontinencia. En los últimos años, estudios desarrollados por investigadores fisioterapeutas han revelado que otro factor como la estabilidad lumbo-pélvica podría alterar la funcionalidad del suelo pélvico y estar implicado en la fisiopatología de la IUE (1).

En la IUU, la coordinación de los mecanismos entre el sistema simpático y parasimpático; el plexo sacro y los nervios S2 a S4 se interrumpen causando escape de orina (10). Se está investigando la causa por la que este sistema es interrumpido. La teoría más aceptada es la inflamación o infección de la microbiota de la vejiga (10).

Tratamiento

Hay una amplia gama de opciones terapéuticas para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo, entre las que se encuentra el tratamiento conservador, farmacológico y quirúrgico (7),(11).

Se propone como primera opción el tratamiento conservador en pacientes con incontinencia urinaria (4). Ya que el tratamiento quirúrgico incrementa el riesgo de complicaciones postquirúrgicas y prolapso recurrente (7).

En cuanto al tratamiento conservador, cobra especial interés el tratamiento mediante terapia física, específicamente el entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico (11), que tiene una gran influencia en prevención de incontinencia urinaria en mujeres (5).

La pérdida de peso también se ha visto efectiva como tratamiento para disminuir las pérdidas de orina/ reducir la incontinencia urinaria, ya que la obesidad o sobrepeso está muy relacionado con numerosos trastornos de la salud (10).

El objetivo del tratamiento de fisioterapia en el prolapso es conseguir estabilizarlo al máximo a través de un mayor sostén por parte de los músculos del suelo pélvico y la integración del suelo pélvico y la higiene postural durante los esfuerzos. Evitar así un mayor descenso y reducir los síntomas

(1). Los tratamiento más frecuentes consisten en ejercicios para fortalecer la musculatura del suelo pélvico, electroestimulación y biofeedback (12).

1.1 Justificación tema elegido

Dada la alta prevalencia de prolapsos genitales en la población femenina, el impacto en la calidad de vida y el alto porcentaje de prolapsos recurrentes posteriores a intervención quirúrgica, nos muestran la necesidad de elaborar un plan de tratamiento de fisioterapia para incontinencia urinaria de esfuerzo añadido a un prolapso en grado II.

Existe escasa literatura científica sobre intervenciones fisioterápicas en prolapsos, además se ha visto la gran heterogeneidad en cuanto a tratamientos, sesiones.... En la mayoría de los estudios consultados sobre disfunciones urinarias se excluyen mujeres con prolapsos mayores de grado I.

2. Objetivos

El objetivo principal de este estudio es conocer la efectividad de un plan de tratamiento de fisioterapia en una paciente con incontinencia urinaria de esfuerzo y prolapso grado II, mediante el entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico y profunda del abdomen.

Objetivos específicos:

- Valorar el estado de la musculatura del suelo pélvico y profunda del abdomen.
- Valorar la sinergia entre suelo pélvico y transverso del abdomen.
- Evaluar si el tratamiento de fisioterapia repercute en la toma de conciencia de la paciente acerca de su patología y sobre el estado de su suelo pélvico.
- Analizar la repercusión social y percepción de calidad de vida de la paciente con el tratamiento de fisioterapia.

3. Metodología

3.1 Diseño del estudio

Se trata de un estudio descriptivo intrasujeto (n=1) de diseño tipo AB longitudinal prospectivo. Se aplica un tratamiento de fisioterapia como variable independiente y al finalizar el tratamiento se vuelven a medir las variables dependientes, los efectos que queremos conseguir en el tratamiento.

Se aplica un plan de intervención en fisioterapia para una paciente con incontinencia urinaria de esfuerzo y prolapso grado II.

Se contrastaron resultados antes y después para valorar la efectividad del mismo en dicha paciente .

La búsqueda bibliográfica se ha llevado a cabo en las siguientes bases de datos: PubMed (U.S. National Library of Medicine), Biblioteca Cochrane, PEDro (Physiotherapy Evidence Database), ScienceDirect, WOS (Web of Science).

El presente trabajo se realizó con el consentimiento informado de la paciente (Anexo I) antes de comenzar con el estudio.

3.2 Presentación del caso

Mujer de 45 años que presenta incontinencia urinaria de esfuerzo y cistocele de grado II. Es atendida en el servicio de Rehabilitación del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza. La paciente acude a consulta con diagnóstico médico de incontinencia urinaria de esfuerzo y cistocele grado II, fue derivada a tratamiento fisioterápico como primera elección. El tratamiento efectuado tuvo una duración de 12 sesiones individuales, 3 días por semana.

En la anamnesis, la paciente comentó que presentaba incontinencia urinaria de esfuerzo desde 2018. Padecía de pérdidas de orina al toser, correr, pequeños esfuerzos físicos, en forma de gotas o pequeños chorros. Desde 2020 tras el parto vaginal, se ha ido agravando la sintomatología fomentada con el descenso de un prolapso. La paciente refiere que esta situación le limita su vida diaria, en el ámbito social, laboral y sexual.

Comienzo el tratamiento de fisioterapia el día 20/11/2020, día que se realiza la valoración inicial.

Anamnesis

Perfil del paciente

- Sexo: mujer
- Estado civil: casada
- Profesión: enfermera
- Hábitos: caminar 1h/día
- Actividad deportiva: correr 2 veces/semana
- Medicación: Eutirox 50 µg, Ferbisol 100 mg
- Edad: 45 años
- Descendencia: 1 hijo
- Situación laboral: excedencia
- Periodo de lactancia (alta ingesta de líquidos)
- Talla: 1,64 m. Peso: 65 kg.
- IMC= 24,17 Normopeso

Antecedentes personales

Gineco-obstétricos

1 aborto (2018)

1 parto vaginal (10/01/20)

- Parto instrumental (ventosa kiwi)
- Largo expulsivo
- Peso del bebé: 3 kg 100 gr
- Peso durante el embarazo: 16 kg
- Episiotomía
- Epidural
- Maniobra de Kristeller
- Dolor diafragma post-parto

42 días postparto: prolapso grado I

3 meses postparto: prolapso grado I-II

Urológicos-neurológicos

Infecciones de orina recurrentes. Polaquiurias y disurias frecuentes (actualmente no).

Localización y descripción de los síntomas

Motivo de la consulta

El principal motivo de la consulta actualmente es el prolapso. Nota sensación de peso y cada vez que está más descendido.

Presenta incontinencia urinaria de esfuerzo desde 2018, aunque actualmente después del parto y con el descenso del prolapso nota un "tapón" y nos refiere que se ha disipado en cierta medida las pérdidas de orina derivadas de la incontinencia urinaria. Refiere mayor preocupación por el prolapso que por la incontinencia urinaria.

La paciente nos muestra su inquietud por la posible intervención quirúrgica motivada por el prolapso.

No mantiene relaciones sexuales debido al prolapso.

Datos urológicos

Incontinencia urinaria

- Duración y evolución: IUE desde 2018. En 2020 después del parto y con el descenso del prolapso, nota menos escapes de orina.
- Pérdidas de orina: aparecen durante los esfuerzos, toser; estornudar; coger peso (coger al bebé); correr (ha dejado de correr por las pérdidas)
- Cantidad: poco. Gotas o chorro pequeño.
- Frecuencia de las pérdidas: 1-2/ semana
- Frecuencia miccional: 2 horas aprox. Ingesta elevada de líquido debido a la lactancia.
- Sensación de urgencia: no
- Nicturia: no
- Protecciones: usa menos protecciones desde el descenso del prolapso.
- Antecedentes familiares: no
- Incontinencia a estímulos sensoriales: no
- Dificultad para la micción: no consigue vaciado completo de la vejiga.
- Signos asociados: Precisa realizar flexión de tronco hacia delante para conseguir vaciado completo de la vejiga.
- Dolor de vejiga: no
- Incontinencia fecal: no

Prolapso

- Duración: desde 03/2020 y permanente en la actualidad
- Evolución:
 - 42 días post parto prolapso grado I
 - 3 meses post parto prolapso grado I-II
 - Actualidad prolapso grado II

3.3 Evaluación de fisioterapia

La valoración inicial de fisioterapia para este estudio se llevó a cabo el mismo 20 de noviembre de 2020, día que la paciente firmó el consentimiento informado.

Se realizaron 3 valoraciones; una valoración inicial realizada antes de comenzar con el programa específico de intervención con fisioterapia y una última valoración posterior tras dos meses y medio de tratamiento (02/02/2021). El tratamiento para esta paciente consta de 12 sesiones de tratamiento clínico, 3 sesiones semanales: lunes, miércoles y viernes. Posteriormente se le indicaron ejercicios domiciliarios durante 1 mes.

Evaluación inicial:

- Exploración física general:
 - Articular lumbopélvica (pelvis, columna lumbar, articulación sacroiliaca)
 - Diafragma torácico
 - Pared abdominal. Considerando la íntima relación que tiene la biomecánica lumbopélvica, el diafragma y la musculatura abdominal con el suelo pélvico.
- Exploración suelo pélvico:
 - Inspección visual zona perineal
 - Fuerza musculatura SP: exploración manual y perineómetro
 - Valoración neurológica
 - Prolapso

Exploración articular lumbo-pélvica

En bipedestación

Columna lumbar: *hiperlordosis. Dolor en zona lumbar.*

Pelvis: *anteversión*

Articulación sacroiliaca: inspección visual.

- Test de Gillet. Simetría
- Test de flexión de tronco hacia delante/ Vorlauf test. Simetría
- Test de provocación de síntomas. No dolor a la nutación ni contranutación.
- Juego articular. Más movimiento en el lado izquierdo.

Exploración abdomino-diafragmática:

En decúbito supino con los miembros inferiores flexionados, pies apoyados en la camilla, valoramos el diafragma y la pared abdominal.

Diafragma con gran aumento de tono, específicamente en la arcada costal derecha y molestia a la palpación de este mismo lado. Esto es un indicio de un *aumento de la presión intraabdominal.*



Imagen 1: Valoración de diafragma. Fisioterapia en obstetricia y uroginecología, 2nd edition. Carolina Walker. Elsevier

Exploración pared abdominal

A la palpación de la musculatura abdominal, nos encontramos la zona blanda y depresible, no presenta dolor a la palpación.

- Musculatura superficial: recto anterior y oblicuos externos. Pedimos activación de esta musculatura mediante esfuerzos hiperpresivos como elevación de la cabeza despegando los hombros de la camilla o tos. *Se produce abombamiento musculatura abdominal, indicio de la debilidad de esta musculatura.*

- Musculatura profunda. Capacidad de contractibilidad de la faja abdominal (transverso del abdomen) de forma aislada (sin activar musculatura abdominal superficial): para ello vamos a palpar 2 dedos por debajo y por dentro de la espina ilíaca. Le pedimos la acción de “meter el ombligo”.

Dificultad para contraer de forma aislada la musculatura profunda del abdomen.

- Exploración diástasis abdominal. En decúbito supino, colocamos los pulgares en línea sobre la línea alba. Primero valoramos supraumbilical y a continuación infraumbilicalmente. Pedimos a la paciente que realice una contracción de los rectos abdominales, solicitándole la elevación de la cabeza y los hombros.
 - *Espacio entre sínfisis del pubis y ombligo: 1,2 cm*
 - *Justo por encima del ombligo: 3,3 cm*
 - *Espacio entre ombligo y apéndice xifoides: 1,9 cm*

Exploración del suelo pélvico:

La exploración se realiza en posición ginecológica, caderas y rodillas flexionadas, separadas lo suficiente para poder visualizar el área genital.

La valoración la realizaremos en tres estados: reposo, contracción y Valsalva.

Inspección visual zona perineal:

- Estado de la piel y mucosas: *bien. Coloración rosácea, buena vascularización, sin signos de sequedad.*
- Cicatrices: *episiotomía, buena movilidad, sin signos de fibrosis.*
- Troficidad muscular vulva y vagina: *bajo trofismo*
- Apertura vaginal: *si, 15 mm.*
- Distancia anovulvar: *3,6 mm.*
- Asimetrías, prolapsos: *prolapso. No sobresale del introito vaginal*

Valoración muscular

La realizaremos mediante tacto vaginal, introduciendo en primer lugar el dedo medio. Si el tejido y el estado de relajación lo permiten, se extrae

ligeramente el dedo medio, y utilizándolo como rampa introducimos dedo índice.

- Palpación del núcleo fibroso: *disminución tono de base del suelo pélvico*
- Estiramiento de las fibras musculares: *resistencia pasiva al estiramiento transversal y longitudinal.*
- Contracción activa del suelo pélvico: *no hay contracción, se produce contracción parasitaria aductores.*
- Realización esfuerzos hiperpresivos (tos y levantar hombros del plano de la camilla). *Se abomba el abdomen durante el esfuerzo hiperpresivo. No contracción musculatura SP.*
- Coactivación musculatura profunda del abdomen y musculatura SP: *falta de sinergia entre transverso del abdomen y suelo pélvico.*

Fuerza muscular

La valoración de la fuerza de la musculatura del suelo pélvico se realizó mediante el protocolo PERFECT (13).

Protocolo PERFECT

- **Power** (fuerza) → 1
- **Endurance** (resistencia) → 2
- **Repetitions** (número de repeticiones con la resistencia) → 1
- **Fast** (número de contracciones rápidas) → 3
- **Every Contraction Time:** ECT (número de contracciones/tiempo)

Resultado protocolo PERFECT: 1 2 1 3

La fuerza la valoramos mediante la Escala de valoración modificada de Oxford (14)

Grado Respuesta

0	Sin respuesta
1	Fibrilación muscular
2	Respuesta muscular
3	Respuesta moderada
4	Buena respuesta
5	Respuesta intensa

Tabla 3. Escala de valoración modificada de Oxford.

Perineómetro (14)

Dispositivo sensible a la presión y que provee de valores numéricos a la contracción muscular. Evidenciado científicamente para el análisis de la fuerza y resistencia de los músculos del suelo pélvico.

Se pretende medir la fuerza muscular del suelo pélvico mediante registro de la presión.

Se monitoriza el abdomen de la paciente ya que puede dar lugar a error.

Resultado *perineometría*: 5 mmHg

Valoración episiotomía

Valoración mediante Escala Vancouver (15)

Pigmentación	0= Normal
Vascularización	1= Rosa
Flexibilidad	1= Suave. Flexible con mínima resistencia
Altura	1= <= 1 mm
<u>Puntuación Total</u>	3

Tabla 4. Valoración cicatriz según Escala Vancouver.

Cicatriz levemente afectaba. Buen estado de la cicatriz.

Valoración grado de prolapso: POP-Q stage (16)

Grado 0	No se demuestra prolapso
Grado I	Posición normal y altura de las espinas isquiáticas
Grado II	Entre espinas isquiáticas e himen
Grado III	Si desciende por fuera del himen
Grado IV	Se encuentra fuera, prolapso total

Tabla 5. Grados de prolapso.

Resultado: *Grado II. Prolapso anterior: cistocele, descenso de la vejiga.*

Valoración neurológica

- Reflejo bulbocavernoso. Sin alteración, respuesta → Contracción refleja anal a la estimulación del clítoris
- Reflejo anal. Sin alteración, respuesta → Contracción esfínter anal a la estimulación del margen anal con un utensilio punzante
- Sensibilidad dermatomas S2-S4. Sin alteración

Cuestionarios y test

Nos permiten evaluar la percepción de calidad de vida de la paciente y los síntomas de la incontinencia urinaria.

Cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-IU-SF. International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form validado al español (17). Orientado a la detección de la IU en el ámbito asistencial (Anexo II). Nos proporciona suficiente información sobre el tipo de incontinencia urinaria que puede padecer, así como la gravedad del problema: frecuencia de pérdidas y grado de satisfacción de la paciente (1). Consta de 3 ítems ("frecuencia", "cantidad" y "afectación") más un grupo de 8 preguntas relacionadas con el tipo de IU que no forman parte del cuestionario y tienen únicamente finalidad descriptiva.

La puntuación total, resultado de la suma de los 3 primeros ítems, va de 0 a 21 puntos.

- *Obtuvo una puntuación de 7/21. En las últimas 8 preguntas señaló que dichas pérdidas se producen al toser y realizar esfuerzos físicos.*

Cuestionario de SALUD KING´S (6). A diferencia de la mayoría de cuestionarios, no mide solo los síntomas urinarios, incluye, además, la medición del impacto de la IU en las áreas física, social y mental (Anexo III). Consta de 21 elementos divididos en 9 partes. Cuanto más baja sea la puntuación, mejor calidad de vida y menos impacto de la IU.

1. *Percepción de su estado de salud: 50/100. Lo describió como bueno.*
2. *Impacto incontinencia urinaria: 66/100. Consideró que sus problemas urinarios afectaban un poco a su vida diaria.*
3. *Limitaciones en sus actividades diarias: 0/100. No afectan en absoluto.*

4. *Limitaciones físicas: 16/100. Refirió que sus problemas urinarios afectan un poco en sus actividades físicas (ir de paseo, correr, hacer deporte...)*
5. *Limitaciones sociales: 0/100. No afectan en absoluto.*
6. *Relaciones personales: 0/100. No afectan en absoluto*
7. *Emociones: 0/100. No afectan en absoluto*
8. *Sueño y energía: 0/100. No afectan en absoluto*
9. *Frecuencia actividades realizadas: 8/100. La paciente refirió que a veces se cambia la ropa interior porque está mojada.*

Test de severidad de Sandvik (18). Cuestionario que informa sobre el grado de severidad de la IU. Consta de 2 ítems (Anexo IV).

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

1-2= IU leve

3-6= IU moderada

8-9= grave

12= muy grave

- *La paciente obtuvo una puntuación de 6, indicio de IU moderada.*

Diario miccional (19). Registro de la actividad miccional de la paciente, debe anotar todos los episodios de micción durante un determinado período (3 o 4 días). Micciones, volumen de orina en cada micción, episodios de incontinencia, características de las pérdidas de orina y hasta el volumen de líquido ingerido (Anexo V).

- *Frecuencia micciones: 1 vez/2 horas, cantidad orinada normal.*
- *Ingesta de líquidos: 2 vasos/ 1:30h. Agua y leche. Periodo de lactancia.*
- *Pérdidas de orina: 2 en 3 días. Durante la tarde. Pérdidas asociadas a esfuerzos (toser y coger peso). Sin sensación de urgencia.*

Pad test 1h (20). Método para detectar y cuantificar las pérdidas de orina. Consiste en medir la compresa antes y después de su uso por parte de la paciente, durante una hora (Anexo VI). Realización de una serie de ejercicios, como subir escaleras, caminar, toser 10 veces, correr un minuto, lavarse las manos, saltas, etc.

- <1g: continente
- 1,1-9,9g: incontinencia leve
- 10-49,9 g: incontinencia moderada
- >50 g: incontinencia grave
 - *Resultado: 21,4 g – IU moderada*

Cuestionario calidad de vida en el prolapso. Prolapse Quality of life questionnaire (P-QoL) validado al español (21)(22).

Instrumento sencillo y de fácil comprensión para evaluar los síntomas de gravedad del prolapso y su impacto en la calidad de vida de las mujeres (Anexo VII).

Las preguntas sobre síntomas urinarios, intestinales y sexuales no puntúan (P3.1 y P3.2). Estas preguntas valoran síntomas que pueden estar o no relacionados con el prolapso.

La puntuación mínima de cada dominio es 0, y la máxima es 100.

1. <i>Percepción salud general:</i>	6. <i>Relaciones personales:</i> 50/100
25/100	
2. <i>Impacto de prolapso:</i> 66/100	7. <i>Emociones:</i> 22/100
3. <i>Limitaciones Rol:</i> 16/100	8. <i>Sueño/energía:</i> 0/100
4. <i>Limitaciones físicas:</i> 16/100	9. <i>Medidas de Severidad:</i> 16/100
5. <i>Limitaciones sociales:</i> 11/100	

Tabla 6. Resultados "cuestionario calidad de vida en el prolapso"

Diario de entrenamiento

Se le asignó un diario de entrenamiento durante las 4 semanas de tratamiento domiciliario para constatar la adherencia al tratamiento.

3.4 Diagnóstico fisioterápico

Con los datos obtenidos en la valoración, se realizó el siguiente diagnóstico en fisioterapia:

- Tono muscular disminuido en suelo pélvico con reducción de fuerza y resistencia
- Alteración control motor abdominopélvico
- Pérdidas de orina al esfuerzo y cambios de posición
- Descenso órgano pélvico

a. Plan de intervención en fisioterapia

Tras la valoración realizada y el diagnóstico de fisioterapia, se diseña un plan de intervención en fisioterapia mediante:

- 12 sesiones de tratamiento individual, durante 4 semanas. Lunes, miércoles y viernes con una duración de 35 minutos la sesión.
- Rutina de ejercicios domiciliarios.

Objetivos terapéuticos

- Conseguir equilibrio entre pared abdominal y diafragma. Relajando y estirando diafragma, aumentando el tono de transverso del abdomen que actúa a modo de "faja"
- Tomar conciencia y control motor del suelo pélvico
- Aumentar el tono de base del suelo pélvico
- Reeducar el patrón motor entre músculo transverso del abdomen y suelo pélvico.
- Mejorar los síntomas relacionados con el prolapso
- Mejorar la calidad de vida de la paciente

Información a la paciente:

- Explicar los objetivos del tratamiento de fisioterapia.
- Advertir a la paciente sobre las zonas donde se va a aplicar las técnicas de tratamiento que incluye la genital.
- Explicarle la importancia de la participación activa en el tratamiento para conseguir resultados y la puesta en práctica en el domicilio de lo aprendido durante las sesiones.

Disminuir la presión cavidad abdomino-diafragmática, con el objetivo de disminuir la tensión del diafragma y por tanto las hiperpresiones en el suelo pélvico debido a la relación del diafragma con el suelo pélvico.

- Reeducción del patrón respiratorio. En decúbito supino, con los brazos encima del abdomen, rodillas flexionadas y pies apoyados en el suelo:
 - Respiración abdomino-diafragmática. Coger aire por la nariz dirigiéndolo hacia el abdomen y expulsarlo por la boca notando como se hunde el abdomen.
 - Respiración costal. Coger aire por la nariz llevándolo a la zona torácica y expulsarlo lentamente por la boca.

- Respiración combinada. Intercalar ambas respiraciones
- Estiramiento diafragma: disminuir tensión del diafragma.

Flexibilización lumbo-pélvica. Relación de las disfunciones lumbo-pélicas como dolor lumbar con las afecciones del suelo pélvico. Comienzo en posición supina con rodillas flexionadas y brazos a lo largo del cuerpo. La paciente debe llevar la pelvis hacia atrás, llevar el ombligo hacia arriba y hacia dentro, aplanando la columna lumbar (movimiento de retroversión pélvica), tras esto volverá a la posición de partida y posteriormente realizará el movimiento contrario llevando la pelvis hacia delante, arqueando la columna lumbar (anteversión pélvica).

La progresión de las posiciones se puede realizar haciendo el ejercicio sobre una fitball o en bipedestación.

Es de gran importancia tomar conciencia de los movimientos pélvicos para mantenerla en posición neutra durante las acciones cotidianas.

Toma de conciencia suelo pélvico. Realizamos una breve explicación de la musculatura del suelo pélvico, la relación de la cavidad abdomino-diafragmática y la región lumbopélvica con el suelo pélvico mediante imágenes y esquemas para que la mujer intente imaginarse suelo pélvico y le resulte más fácil realizar la contracción.

La orden verbal utilizada para conseguir la contracción del suelo pélvico es: "haz como si fueras a cortar el chorro de la orina" o "imagina que quieres retener un gas". Le explicaremos lo que debe sentir, debe percibir cómo la uretra, la vagina y el ano se cierran y ascienden al contraer el suelo pélvico, sin necesidad de contracción de los glúteos, aductores, etc.

Durante la sesión, para la toma de conciencia de los músculos del suelo pélvico se utilizará biofeedback y palpación manual. Explicándole la sensación que debe percibir, controlando que no realice contracciones parasitarias de otra musculatura.

Es utilizado en incontinencia urinaria de esfuerzo para mejorar la fuerza muscular del suelo pélvico y para el autocontrol de los procesos fisiológicos que tienen lugar en nuestro organismo.

Para ayudar a percibir esta sensación, se le pauta en el domicilio la autopalpación de la región perineal y la visualización del movimiento perineal en un espejo.

Fortalecimiento musculatura suelo pélvico

Una vez ha tomado conciencia del suelo pélvico y es capaz de realizar una contracción correcta y eficaz de esta musculatura, se comienza con los ejercicios de SP o ejercicios de Kegel.

Entrenamiento muscular SP o ejercicios de Kegel. Se comienza en decúbito supino ya que en posición vertical aumenta más la presión abdominal sobre el suelo pélvico y puede dificultar el control de la actividad.

En base a que la paciente del estudio, en la valoración inicial obtuvo un PERF 1223, se comenzó solicitando 1 serie de 2 contracciones mantenidas de 5 segundos y 3 contracciones rápidas, en decúbito supino con descansos 2-3 veces superiores a la contracción para no fatigar la musculatura. Supervisando en todo momento que no se realicen contracciones parasitarias. Durante las siguientes sesiones se intensificó el ejercicio de forma gradual:

- Aumentar la fuerza muscular, para lo que nos ayudaremos de electroestimulación y biofeedback.
- Aumentar la duración de la contracción, las repeticiones y las series con el fin de mejorar la fatigabilidad.
- Realizar los ejercicios progresando en diferentes posiciones (sedestación, bipedestación, cuadrupedia...) a fin de aumentar la dificultad.

Biofeedback y electroestimulación

La electroestimulación indicada principalmente para el incremento del tono y fuerza muscular, alivio del dolor, y mejora de la propiocepción.

Se realizó a través de sonda de electrodos intravaginales.

Tipo de corriente → rectangular bifásica. Estimulación encima del umbral

Fibras tipo II – Contracción rápida	Fibras tipo I- Contracción lenta
Ciclos: 15	Ciclos: 30
Umbral: 5µv	Umbral: 5 µv
Frecuencia: 50 hz	Frecuencia: 20 hz
Amplitud: 500 micro s	Amplitud: 300 micro s
Intensidad: por debajo del umbral doloroso	Intensidad: por debajo del umbral doloroso

Tabla 7. Parámetros electroestimulación.

Reeducación patrón motor transverso del abdomen- suelo pélvico

Una vez haya aprendido la contracción correcta y eficaz de la musculatura del suelo pélvico y del transverso del abdomen de forma aislada, se le solicita que realice ambas contracciones de forma simultánea. Se comenzará pidiéndole una contracción de base del SP (25%) y una vez haya realizado dicha contracción se pedirá la contracción del transverso del abdomen.

Asimismo para el trabajo de la sinergia entre transverso y suelo pélvico, se realizará ejercicios hipopresivos.

Gimnasia abdominal hipopresiva. Actividad existente entre el plano profundo del abdomen y el suelo pélvico. La disminución de la presión que se obtiene a través de la técnica hipopresiva provoca la activación refleja de las fibras tipo I, tanto del suelo pélvico como del abdomen. Ofrece efectos sobre el fortalecimiento del suelo pélvico así como efecto descongestivo (reducción de presión intraabdominal) sobre los órganos pélvicos por lo que puede resultar beneficioso para el tratamiento del prolapso.

Es importante que las técnicas se integren gradualmente y se realice una progresión de las posturas. De supino a sedestación, posteriormente cuadrupedia y bipedestación.

1. Pies separados a la altura de las caderas, flexión dorsal de tobillos y rodillas ligeramente flexionadas
2. Autoelongación. Crecimiento axial de la columna
3. Doble mentón
4. Decoaptación hombros (rotación interna). Activación cintura escapular
5. Codos flexionados, muñecas en flexión dorsal, dedos enfrentados y en extensión

6. Cuerpo recto, ligera inclinación hacia delante adelantando el eje de gravedad

Rutina de ejercicios domiciliarios

Los ejercicios realizados durante la sesión, se le pauta que los realice en el domicilio después de cada sesión y después del ciclo de tratamiento de fisioterapia en hospital.

- Respiratorios: abdomino-diafragmática y torácica
- Pélvicos: anteversión-retroversión pélvica
- Suelo Pélvico: ejercicios de Kegel (contracciones rápidas y mantenidas).
- Transverso: "meter ombligo".
- Hipopresivos: progresión posturas

4. Resultados

Tras la intervención de 4 semanas (12 sesiones, 3 sesiones por semana) de tratamiento clínico y 1 mes de ejercicio domiciliario, se realizó la evaluación final del tratamiento siguiendo la misma metodología que en la valoración inicial. Se muestra la valoración pre y post- tratamiento:

Exploración física general

	<i>PRE-TRATAMIENTO</i>	<i>POST-TRATAMIENTO</i>
Diafragma	Tenso y doloroso	Liberado, sin dolor
Diástasis abdominal	Sínfisis y ombligo: 1,2 cm	Sínfisis y ombligo: 1 cm
	Encima ombligo: 3,3 cm	Encima ombligo: 2,8 cm
	Ombligo y ap. Xifoides: 1,9 cm	Ombligo y ap. Xifoides: 1,5 cm
Musculatura profunda del abdomen	Débil e incompetente	Tono apreciable
Coactivación abdomen-suelo pélvico	Falta de sinergia	Sinergia
Tos/esfuerzos hiperpresivos	Abombamiento periné	Contracción SP

Tabla 8. Resultados exploración física general

SUELO PÉLVICO

	Pre-tratamiento	Post-tratamiento
<i>Inspección de la zona</i>	Sin alteraciones	Sin alteraciones
<i>Abertura vaginal</i>	15 mm	9 mm
<i>Distancia ano-vulvar</i>	3,6 mm	3,1 mm
<i>Tono de base</i>	Bajo	Tono moderado

Fuerza muscular

<i>Perineometría</i>	5 mmHg	15,50 mmHg
<i>Contracciones parasitarias</i>	Sí (abdominales y aductores)	No
PERFECT		
<i>Fuerza (Oxford modificada)</i>	Grado 1	Grado 2
<i>Resistencia</i>	2 segundos	5 segundos
<i>Repeticiones</i>	2 repeticiones	4 repeticiones
<i>Nº contracciones rápidas</i>	2	7

Valoración neurológica

<i>Reflejo bulbo-cavernoso</i>	Sin alteración	Sin alteración
<i>Reflejo anal</i>	Sin alteración	Sin alteración
<i>Sensibilidad dermatomas S2-S4</i>	Sin alteración	Sin alteración

Cuestionarios

<i>ICIQ-IU SF</i>	7/21	5/21
<i>Cuestionario de Salud King's (ítems destacables)</i>	Limitaciones físicas 16/100	Emociones 11/100
<i>Test de severidad de Sandvik</i>	6/12 - moderada	4/12- moderada
<i>Pad Test 1h</i>	21.4 g - moderada	12.1 g- moderada

Diario Miccional

<i>Micciones</i>	11-12 diarias	7-8 diarias
<i>Frecuencia</i>	1 vez/2 horas	1 vez/3 horas
<i>Ingesta de líquidos</i>	2 vasos/ 1:30h	2 vasos/ 1:30h
<i>Tipo de líquidos ingeridos</i>	Agua y leche	Agua y leche
<i>Pérdidas de orina</i>	2 en 3 días	1 en 3 días
<i>Esfuerzos</i>	Sí (toser y coger peso)	No
<i>Sensación de urgencia</i>	No	Sí

Prolapso

<i>Grado</i>	Grado I	Grado II
<i>Cuestionario Calidad de Vida prolapso</i>		
<i>1. Percepción salud general</i>	25/100	25/100
<i>2. Impacto de prolapso</i>	66/100	33/100
<i>3. Limitaciones Rol</i>	16/100	16/100
<i>4. Limitaciones físicas</i>	16/100	0/100
<i>5. Limitaciones sociales</i>	11/100	0/100
<i>6. Relaciones personales</i>	50/100	33/100
<i>7. Emociones</i>	22/100	22/100
<i>8. Sueño/energía</i>	0/100	0/100
<i>9. Medidas de Severidad</i>	16/100	16/100

La puntuación mínima de cada dominio es 0, y la máxima es 100.

Tabla 9. Resultados exploración suelo pélvico

5. Discusión

Durante este estudio, se analizó la efectividad de un tratamiento compuesto por diferentes técnicas de fisioterapia con el fin de disminuir la incontinencia urinaria de esfuerzo, disminuir los síntomas del prolapso y mejorar la calidad de vida de la persona.

Existe evidencia científica de la efectividad de las técnicas propuestas durante el presente tratamiento (23),(24),(25).

Tras la obtención de los datos, se aprecia mejora en la capacidad de contractilidad de la musculatura del suelo pélvico.

Los resultados de los cuestionarios de calidad de vida después del tratamiento muestran una mejora de los síntomas en relación a los obtenidos previos al tratamiento, especialmente los síntomas relacionados con el prolapso, de la misma manera que otros estudios, muestran resultados positivos en los cuestionarios relacionadas con la percepción de las pacientes de su calidad de vida (6),(17) después de recibir tratamiento de fisioterapia (7),(26),(27),(28).

Durante la primera fase del tratamiento se llevó a cabo la reeducación del patrón respiratorio. La literatura científica, ha evidenciado la activación del suelo pélvico durante la inspiración, asociada a un aumento de la presión intraabdominal causada por la contracción del diafragma torácico. Además, si el ritmo y profundidad de la espiración aumentan, la actividad de los músculos abdominales se intensifica y provoca que la musculatura del suelo pélvico se contraiga también durante la espiración (1).

Junto con la reeducación del patrón respiratorio, se realizó la relajación y el estiramiento del diafragma. Excesiva tensión del diafragma, como es el caso de nuestra paciente, produce aumento de la hiperpresión abdominal.

En nuestro caso, el aumento de tono del periné y el aprendizaje en la toma de conciencia del suelo pélvico, le permite ante un esfuerzo realizar previamente una contracción de la musculatura del suelo pélvico. Puede ser este motivo por el cual las pérdidas de orina después del tratamiento no estén tan relacionadas con esfuerzos. Según Nie XF. et al (23), el diario miccional y pad test 1h resultan una herramienta efectiva y objetiva para evaluar los

síntomas de IU. Además, el diagnóstico diferencial entre incontinencia urinaria de urgencia y la incontinencia urinaria de esfuerzo a través de cuestionarios de síntomas es limitado por lo que podría ser necesario incluir otras pruebas como diario miccional y pad test (1).

La toma de conciencia de la musculatura del suelo pélvico y el entrenamiento de los músculos que la componen (EMSP o PFMT), se considera la base de éste tratamiento. Al igual que en la revisión de Dumoulin C. et al (11) que refiere que el entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico tiene más efectos que la ausencia de tratamiento o el tratamiento mediante placebo.

Se recomienda el entrenamiento de los músculos del suelo pélvico como primera línea de tratamiento para mujeres con incontinencia urinaria. Asimismo, el entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico ha demostrado ser más efectivo en mujeres únicamente con incontinencia urinaria de esfuerzo que incontinencia urinaria mixta o de urgencia (11).

El estudio realizado por Ge J et al. (7), indica que el entrenamiento del SP mejora los síntomas percibidos por las pacientes, estos datos están relacionados con las afirmaciones de que el entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico mejora la fuerza y eficacia de la musculatura del SP por lo consiguiente mejora el soporte de los órganos pélvicos, disminuyendo así los síntomas (1).

En la fase inicial del entrenamiento de la musculatura del SP es necesario la toma de conciencia de dicha musculatura y evaluar la capacidad de contracción de la misma, en gran medida esto va a ser el éxito del tratamiento.

Thompson J et al. (29), en su estudio demostraron que el 43% de las mujeres en la primera valoración mostraron dificultades en la contracción de la musculatura del suelo pélvico, realizando una inversión del orden perineal, produciéndose el abombamiento de la musculatura del periné, siendo así el caso de nuestra paciente.

Durante la toma de conciencia, la contracción no debe ser máxima, en torno a un 25% de la fuerza máxima. Durante la contracción máxima se puede producir la activación de la musculatura abdominal superficial, aumentando la presión intraabdominal y por consiguiente el descenso de órganos pélvicos.

Para facilitar la toma de conciencia del suelo pélvico y aprender la contracción de dicha musculatura de forma eficaz, el automatismo perineal, en este estudio se utilizó biofeedback y electroestimulación puesto que han demostrado ser herramientas muy eficaces para dicho propósito.

Diversos autores sugieren el uso de biofeedback junto con el entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico a diferencia del entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico de forma aislada en la mejora de las pérdidas de orina, no tan relacionado con el aumento de la fuerza muscular (25). Esto puede sugerir que las pérdidas de orina en cierto modo no están tan relacionadas con la fuerza muscular si no con la percepción de la contracción de la musculatura SP y la toma de conciencia de la misma.

De acuerdo con las evidencias científicas disponibles para el entrenamiento del resto de los músculos estriados del cuerpo, según las respuestas fisiológicas que busquemos, los parámetros de intensidad, volumen, duración, tiempos de pausa y frecuencia deben variar (1).

Durante este tratamiento se realiza el entrenamiento de la musculatura abdominal profunda, concretamente el transverso del abdomen mediante la técnica de hipopresivos. Este tratamiento resultó eficaz y se consiguió el aumento de tono y la activación de la musculatura profunda del abdomen. La falta de tono y de fuerza del transverso está directamente relacionado con muchas disfunciones del SP (30). Numerosos estudios han demostrado la coactivación existente entre plano profundo del abdomen y suelo pélvico, trabajan sinérgicamente para el soporte de los órganos pélvicos (31),(32).

Por otro lado, en los últimos años han sugerido algunos defensores del trabajo del suelo pélvico a través del abdomen. Un ejemplo de ello son los ejercicios hipopresivos cuyo objetivo es la contracción refleja de las fibras tipo I de la musculatura del SP y abdominal (33). Según Kari Bo (34),(35), la intensidad de la contracción durante el ejercicio hipopresivo no es comparable con la contracción de dicha musculatura. La evidencia actual coincide con lo propuesto por el autor, además de que, el aumento de fuerza de la musculatura del suelo pélvico, los episodios de pérdidas de orina y el impacto en la calidad de vida es superior en el entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico que en los ejercicios hipopresivos (36),(37),(38). Navarro-Brazález B et al. (24), en su estudio demostraron la efectividad del tratamiento de fisioterapia centrado en la combinación de

entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico y ejercicios hipopresivos en la reducción de síntomas relacionados con la disfunción del suelo pélvico, mejora de la calidad de vida y de la función de la musculatura del suelo pélvico.

No se ha demostrado beneficio adicional para el control del prolapso (19). La literatura científica sobre el efecto de los ejercicios hipopresivos a nivel de la presión intraabdominal y en relación a su efecto descongestivo es escasa.

Así mismo, con el trabajo del transversal del abdomen y del suelo pélvico se ha intentado reducir la diástasis abdominal ya que está muy relacionada con el prolapso de los órganos pélvicos (39).

Dada la heterogeneidad de los estudios en cuanto al tipo de disfunción de suelo pélvico, los protocolos de tratamiento y la evaluación e interpretación de los resultados de los tratamientos, es difícil establecer un tratamiento óptimo en relación a la frecuencia de entrenamiento, tipos de contracción e intensidad de la contracción.

Existen programas estándar, como el entrenamiento creado y probado científicamente por Kari Bø (40), un programa compuesto por tres series de 8-12 contracciones de intensidad máxima. Cada contracción debe ser mantenida un tiempo de 6 a 8 segundos, con 6 segundos de pausa entre contracciones, y además añadir tres o cuatro contracciones rápidas al final de cada serie (40).

En la literatura científica podemos encontrar multitud de programas diferentes. Según el entrenamiento propuesto por Nunes E et al.(25), cada contracción debe ser mantenida 6 segundos, el doble de descanso y al finalizar las contracciones mantenidas, 3 contracciones rápidas.

La duración de los tratamientos es variada, en general se sitúan entre los 3-6 meses (11) aunque existe cierta controversia en cuanto a la duración óptima del tratamiento, otros sugieren tratamientos de 8 a 6 meses (41). Otros autores consideran que el entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico debería de ser al menos de 16 semanas para conseguir la hipertrofia del músculo (27). La duración total de nuestro plan de tratamiento ha sido de 8 semanas: 4 semanas tratamiento clínico supervisado y 4 semanas de ejercicio domiciliario, por lo que comparando con la evidencia actual, se considera poco tratamiento clínico.

Durante el tratamiento la paciente utilizó un diario de entrenamiento con lo cual podemos afirmar la falta de adherencia de la paciente al tratamiento, no hay constancia escrita de la realización de los ejercicios. Hay semanas en las cuales no había realizado los ejercicios.

La prescripción de un elevado número de ejercicios para realizar en el domicilio, pueden influir en la adherencia al tratamiento.

La bibliografía científica, evidencia el efecto del entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico a corto plazo, pero falta de evidencia a largo plazo posiblemente a causa de la falta de adherencia al tratamiento a lo largo del tiempo (42).

La utilización de diferentes técnicas en este estudio está en sintonía con López-liria R. et al. (26) que sugiere la combinación de varias técnicas para la obtención de resultados más favorables a largo plazo.

También los programas de ejercicios Kegel domiciliarios sin supervisión durante 8 semanas ha demostrado ser efectivo en la mejora de los síntomas de la IU, principalmente en la IU de esfuerzo (23).

El entrenamiento supervisado por un fisioterapeuta, es más efectivo que la pauta de ejercicios para el domiciliario, existe más elevada la adherencia al tratamiento y permite el control para una contracción de la musculatura correcta y efectiva (28).

Según el estudio propuesto por Fitz F et al. (43), el uso de biofeedback en el domicilio no mejora la adherencia al tratamiento. Coincide con los estudios referenciados anteriormente, que provocan mejores resultados los ejercicios supervisados por un profesional (43).

Según Li C et al. (27), es necesario el entrenamiento de la musculatura de SP al menos 16 semanas para conseguir la hipertrofia del músculo.

En el presente estudio se consigue mejorar los síntomas relacionados derivados del prolapso percibidos por la paciente.

Un prolapso leve-moderado podrá ser tratado con fisioterapia para evitar un mayor descenso y reducir síntomas. En cambio, un prolapso grave debe ser intervenido quirúrgicamente y requerirá tratamiento de fisioterapia postoperatorio para dar un mayor apoyo y evitar una futura recidiva (1).

Destacar la ausencia de bibliografía que muestre las intervenciones fisioterápicas perioperatorias propuestas en la intervención quirúrgica de prolapso de órganos pélvicos.

Sería interesante el estudio del efecto del entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico para evitar posibles recidivas posteriores a una intervención quirúrgica. Algunos estudios nos muestran que la adherencia al tratamiento post quirúrgico es bajo pudiendo fomentar recidivas (42).

5.1 Limitaciones del estudio

El presente estudio presenta ciertas limitaciones. Se trata de un caso clínico, estudio de un solo individuo, no aleatorizado, en consecuencia, la evidencia y validez del estudio son muy bajas. Los resultados no pueden extrapolarse al resto de la población.

Las valoraciones y la intervención fueron realizadas por la misma persona, pudiendo existir sesgo del examinador.

El tiempo de tratamiento clínico de la intervención es limitado, 4 semanas con 3 sesiones de 30' por semana, de tratamiento supervisado.

Se ha empleado un cuestionario no validado al español (Test de severidad de Sandvick).

En cuanto al tratamiento domiciliario o no supervisado, la adherencia al tratamiento ha sido baja por lo que no se puede valorar correctamente la efectividad del tratamiento. Además, la paciente ya desde el principio del tratamiento se mostraba interesada en la intervención quirúrgica.

5.2 Futuras líneas de investigación

Coincidiendo con otros estudios, son necesarios estudios con mejor calidad metodológica, más homogeneidad en cuanto a protocolos de tratamiento, evaluación y tipo de disfunción, enmascaramiento de los examinadores, poblaciones de tratamiento más amplias con el fin de extraer conclusiones más sólidas. La literatura científica en cuanto al tratamiento conservador en las disfunciones urinarias es limitada, más concretamente la referente a los prolapsos de órganos pélvicos.

La necesidad de estudios, con el objetivo de definir protocolos de tratamiento y evaluación para la práctica clínica de los fisioterapeutas como soporte para otras líneas de investigación.

Además de estudios que impliquen un abordaje más individualizado de los pacientes, dependiendo de sus necesidades físicas y mentales.

Se visualiza la necesidad de establecer herramientas para valorar la adherencia de las pacientes al tratamiento, especialmente el domiciliario.

6. Conclusiones

- La intervención mediante un programa de fisioterapia ha mejorado la capacidad de contracción de la musculatura del suelo pélvico.
- Se ha conseguido la sinergia entre transverso del abdomen y musculatura de suelo pélvico.
- Se han obtenido un descenso en el número de pérdidas de orina producidas ante esfuerzos.
- Se han encontrado mejoría de los síntomas percibidos relacionados con el prolapso, debido a la toma de conciencia de la musculatura del suelo pélvico y su patología.
- Se ha logrado un restablecimiento del equilibrio abdomino-pélvico-diafragmático y un aumento de la fuerza de la musculatura profunda del abdomen.

Bibliografía

1. Walker Chao C. Fisioterapia en obstetricia y uroginecología. 2ª. Barcelona: Elsevier Masson SAS; 2013.
2. Eickmeyer SM. Anatomy and Physiology of the Pelvic Floor. *Phys Med Rehabil Clin N Am.* 2017;28(3):455–60. DOI: 10.1016/j.pmr.2017.03.003
3. Schünke M, Schulte E, Schumacher U, Navarra AH. Prometheus. Texto y atlas de anatomía. 3ª. Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A; 2014.
4. Faiena I, Patel N, Parihar JS, Calabrese M, Tunuguntla H, Robert R. Conservative Management of Urinary Incontinence in Women. *Rev Urol.* 2015;17(3):129–39. DOI: 10.3909/riu0651.
5. Viana Zulaica C. Guía Clínica incontinencia urinaria en la mujer. Elsevier España SLU. 2016.
6. Badia Llach X, Castro Díaz D, Conejero Sugrañes J. Validity of the king's health questionnaire in the assessment of quality of life in patients with urinary incontinence. *Med Clin (Barc).* 2000;114(17):647–52. DOI: 10.1016/s0025-7753(00)71390-x.
7. Ge J, Wei XJ, Zhang HZ, Fang GY. Pelvic floor muscle training in the treatment of pelvic organ prolapse: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Actas Urológicas Españolas (English Ed.* 2021;45(1):73–82. DOI: 10.1007/s00192-015-2846-y.
8. Wilson PD, Herbison RM, Herbison GP. Obstetric practice and the prevalence of urinary incontinence three months after delivery. *Br J Obstet Gynaecol.* 1996;103(2):154–61. DOI: 10.1007/s00192-015-2846-y.
9. Chu CM, Arya LA, Andy UU. Impact of urinary incontinence on female sexual health in women during midlife. *Women's Midlife Heal.* 2015;1(6). DOI: 10.1186/s40695-015-0007-6.
10. Hooper GL. Evaluation and current treatments for urinary incontinence. *Nurse Pract.* 2019;44(6):21–8. DOI: 10.1186/s40695-015-0007-6.
11. 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.* 2018;(10). DOI:

- 10.1002/14651858.CD005654.pub4.
12. Abreu Pérez Y, Del Carmen Martínez J, Rodríguez Adams EM, Alern González A, García Delgado JÁ. Prolapso de órganos pélvicos en la mujer. Revisión bibliográfica. *Rev Cuba Med Física y Rehabil.* 2016;8(Supl):99–110.
 13. Laycock J, Jerwood D. Pelvic floor muscle assessment: The PERFECT scheme. *Physiotherapy.* 2001;87(12):631–42. DOI: 10.1016/S0031-9406(05)61108-X.
 14. Ferreira CHJ, Barbosa PB, Souza F de O, Antônio FI, Franco MM, Bø K. Inter-rater reliability study of the modified Oxford Grading Scale and the Peritron manometer. *Physiotherapy.* 2011;97(2):132–8. DOI: 10.1016/j.physio.2010.06.007.
 15. Draaijers LJ, Tempelman FRH, Botman YAM, Tuinebreijer WE, Middelkoop E, Kreis RW, et al. The Patient and Observer Scar Assessment Scale: A reliable and feasible tool for scar evaluation. *Plast Reconstr Surg.* 2004;113(7):1960–5. DOI: 10.1097/01.prs.0000122207.28773.56.
 16. Madhu C, Swift S, Moloney-Geany S, Drake MJ. How to use the Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q) system? *Neurourol Urodyn.* 2018;37(April):S39–43. DOI: 10.1097/01.prs.0000122207.28773.56.
 17. Espuña Pons M, Rebollo Álvarez P, Puig Clota M. Validación de la versión española del International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form. Un cuestionario para evaluar la incontinencia urinaria. *Med Clin (Barc).* 2004;122(8):288–92. DOI: 10.1016/s0025-7753(04)74212-8.
 18. Sandvik H, Seim A, Vanvik A, Hunskaar S. A severity index for epidemiological surveys of female urinary incontinence: Comparison with 48-hour pad-weighting tests. *Neurourol Urodyn.* 2000;19(2):137–45. DOI: 10.1002/(sici)1520-6777(2000)19:2<137::aid-nau4>3.0.co;2-g.
 19. Bright E, Drake M, Abrams P. Urinary Diaries: Evidence for the Development and Validation of Diary Content, Format, and Duration. *Neurourol Urodyn.* 2011;30:348–52. DOI: 10.1002/nau.20994.
 20. Costantini E, Lazzeri M, Bini V, Giannantoni A, Mearini L, Porena M. Sensitivity and specificity of one-hour pad test as a predictive value for

- female urinary incontinence. *Urol Int.* 2008;81(2):153–9. DOI: 10.1159/000144053.
21. Flores-Espinoza C, Araya AX, Pizarro-Berdichevsky J, Santos V, Ferrer M, Garin O, et al. Validation of the Spanish-language version of the Prolapse Quality of Life Questionnaire in Chilean women. *Int Urogynecol J.* 2015;26(1):123–30. DOI: 10.1007/s00192-014-2484-9
 22. Sánchez-sánchez B, Yuste-sánchez MJ, Arranz-martín B, Navarro-brazález B, Romay-barrero H, Torres-lacomba M. Quality of life in POP: Validity, reliability and responsiveness of the prolapse quality of life questionnaire (P-QoL) in spanish women. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(5). DOI: 10.3390/ijerph17051690.
 23. Nie X-F, Ouyang Y-Q, Wang L, Redding SR. A meta-analysis of pelvic floor muscle training for the treatment of urinary incontinence. *Int J Gynecol Obstet.* 2017;138(3):250–5. DOI: 10.1002/ijgo.12232.
 24. Navarro-Brazález B, Prieto-Gómez V, Prieto-Merino D, Sánchez-sánchez B, McLean L, Torres-lacomba M. Effectiveness of Hypopressive Exercises in Women with Pelvic Floor Dysfunction: A Randomised Controlled Trial. *J Clin Med.* 2020;9(4):1149. DOI: 10.3390/jcm9041149.
 25. Nunes EFC, Sampaio LMM, Biasotto-Gonzalez DA, Costa dos Reis Nagano R, Garcia Lucareli PR, Politti F. Biofeedback for pelvic floor muscle training in women with stress urinary incontinence: a systematic review with meta-analysis. *Physiother (United Kingdom).* 2019;105(1):10–23. DOI: 10.1016/j.physio.2018.07.012.
 26. López-Liria R, Varverde-Martínez MDLÁ, Padilla-Góngora D, Rocamora-Pérez P. Effectiveness of physiotherapy treatment for urinary incontinence in women: A systematic review. *J Women's Heal.* 2019;28(4):490–501. DOI: 10.3390/ijerph17051690.
 27. Li C, Gong Y, Wang B. The efficacy of pelvic floor muscle training for pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J.* 2016;27(7):981–92. DOI: 10.1007/s00192-015-2846-y.
 28. Legendre G, Gonzalves A, Levailant JM, Fernandez D, Fuchs F, Fernandez H. Impact of at-home self-rehabilitation of the perineum on pelvic floor function in patients with stress urinary incontinence: Results from a prospective study using three-dimensional ultrasound. *J Gynecol*

- Obstet Biol la Reprod. 2016;45(2):139–46. DOI: 10.1016/j.jgyn.2015.07.001.
29. Thompson JA, O’Sullivan PB, Briffa NK, Neumann P. Differences in muscle activation patterns during pelvic floor muscle contraction and Valsalva manoeuvre. *Neurourol Urodyn.* 2006;25(2):148–55. DOI: 10.1002/nau.20203.
 30. Martínez Bustelo S, Ferri Morales A, Patiño Nuñez S, Viñas Diz S, Martínez Rodríguez A. Entrevista clínica y valoración funcional del suelo pélvico. *Fisioterapia.* 2004;26(5):266–80. DOI: 10.1016/s0211-5638(04)73111-9.
 31. Neumann P, Gill V. Pelvic Floor and Abdominal Muscle Interaction: EMG Activity and Intra-abdominal Pressure. *Int Urogynecol J.* 2002;13(2):125–32. DOI: 10.1007/s001920200027.
 32. Sapsford RR, Hodges PW, Richardson CA, Cooper DH, Markwell SJ, Jull GA. Co-activation of the abdominal and pelvic floor muscles during voluntary exercises. *Neurourol Urodyn.* 2001;20(1):31–42. DOI: 10.1002/1520-6777(2001)20:1<31::aid-nau5>3.0.co;2-p.
 33. Caufriez M. *Gymnastique abdominale hypopressive.* Bruxelles: M.C. Editions; 1997.
 34. Bø K, Brækken IH, Majida M, Engh ME. Constriction of the levator hiatus during instruction of pelvic floor or transversus abdominis contraction: A 4D ultrasound study. *Int Urogynecol J.* 2009;20(1):27–32. DOI: 10.1007/s00192-008-0719-3.
 35. Bø K, Sherburn M, Allen T. Transabdominal ultrasound measurement of pelvic floor muscle activity when activated directly or via a transversus abdominis muscle contraction. *Neurourol Urodyn.* 2003;22(6):582–8. DOI: 10.1002/nau.10139.
 36. Bernardes BT, Resende APM, Stüpp L, Oliveira E, Castro RA, di Bella ZIKJ, et al. Efficacy of pelvic floor muscle training and hypopressive exercises for treating pelvic organ prolapse in women: randomized controlled trial. *Sao Paulo Med J.* 2012;130(1):5–9. DOI: 10.1590/s1516-31802012000100002.
 37. Soriano L, González-Millán C, Álvarez Sáez MM, Curbelo R, Carmona L. Effect of an abdominal hypopressive technique programme on pelvic floor muscle tone and urinary incontinence in women: a randomised

- crossover trial. *Physiother (United Kingdom)*. 2020;108:37–44. DOI: 10.1016/j.physio.2020.02.004.
38. Stüpp L, Resende APM, Dellabarba Petricelli C, Nakamura MU, Alexandre SM, Diniz Zanetti M. Pelvic Floor Muscle and Transversus Abdominis Activation in Abdominal Hypopressive Technique Through Surface Electromyography. *Neurourol Urodyn*. 2011;30:1518–21. DOI: 10.1002/nau.21151.
 39. Benjamin DR, Frawley HC, Shields N, van de Water ATM, Taylor NF. Relationship between diastasis of the rectus abdominis muscle (DRAM) and musculoskeletal dysfunctions, pain and quality of life: a systematic review. *Physiother (United Kingdom)*. 2019;105(1):24–34. DOI: 10.1016/j.physio.2018.07.002
 40. Bø K, Hagen RH, Kvarstein B, Jørgensen J, Larsen S. Pelvic floor muscle exercise for the treatment of female stress urinary incontinence: III. Effects of two different degrees of pelvic floor muscle exercises . *Neurourol Urodyn*. 1990;9:489–502. DOI: 10.1002/nau.1930090505
 41. Yang S, Sang W, Feng J, Zhao H, Li X, Li P, et al. The effect of rehabilitation exercises combined with direct vagina low voltage low frequency electric stimulation on pelvic nerve electrophysiology and tissue function in primiparous women: A randomised controlled trial. *J Clin Nurs*. 2017;26(23–24):4537–47. DOI: 10.1111/jocn.13790.
 42. Haya N, Feiner B, Baessler K, Christmann-Schmid C, Maher C. Perioperative interventions in pelvic organ prolapse surgery. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;2018(8). DOI: 10.1002/14651858.CD013105.
 43. Fitz FF, Stüpp L, da Costa TF, Bortolini MAT, Girão MJBC, Castro RA. Outpatient biofeedback in addition to home pelvic floor muscle training for stress urinary incontinence: a randomized controlled trial. *Neurourol Urodyn*. 2017;36(8):2034–43. DOI: 10.1002/nau.23226.

ANEXOS

Anexo I. Consentimiento informado

PLAN DE INTERVENCIÓN EN TRATAMIENTO DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO Y PROLAPSO GRADO II

Yo,, Con DNI,
En calidad de paciente objeto del trabajo de fin de grado de
..... con DNI,
concedo permiso para la realización del mismo.

Así mismo,....., autor del trabajo, se compromete a que en toda la extensión del mismo se garantice la confidencialidad del paciente ocultando tanto su rostro en fotografías, como sus datos filiales, de tal manera que si el trabajo es publicado en algún medio de divulgación científica o en la base de datos propia de la universidad nadie podrá identificar al paciente que ha sido objeto de este estudio.

En Zaragoza a de De

Firma del Paciente:

Anexo III. Cuestionario de incontinencia King's Health

Fecha:...../...../.....

*INSERTAR PEGATINA o
DATOS del PACIENTE*

Nombre:.....
Apellidos:.....
NHC:.....

1. ¿Cómo describiría su estado de salud general en la actualidad?

Muy bueno Bueno Regular Malo Muy malo

2. ¿Hasta qué punto piensa que sus problemas urinarios afectan a su vida?

No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

*A continuación aparecen algunas actividades diarias que pueden verse afectadas por problemas urinarios. ¿Hasta qué punto le afectan sus problemas urinarios?
Nos gustaría que contestara a todas las preguntas, pensando sólo en las 2 últimas semanas.
Simplemente marque con una cruz ✕ el casillero que corresponda a su caso.*

LIMITACIONES EN SUS ACTIVIDADES DIARIAS

3. ¿Hasta qué punto afectan sus problemas urinarios a las tareas domésticas (ej. limpiar, hacer la compra, pequeñas reparaciones, etc.)?

No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

4. ¿Sus problemas urinarios afectan a su trabajo o a sus actividades diarias normales fuera de casa?

No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

LIMITACIONES FÍSICAS Y SOCIALES

5. ¿Sus problemas urinarios afectan a sus actividades físicas (ej. ir de paseo, correr, hacer deporte, gimnasia, etc.)?

No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

6. ¿Sus problemas urinarios afectan a su capacidad para desplazarse en autobús, coche, tren, avión, etc?

No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

7. ¿Sus problemas urinarios limitan su vida social?

No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

8. ¿Sus problemas urinarios limitan su capacidad de ver o visitar a los amigos?

No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

RELACIONES PERSONALES

9. ¿Sus problemas urinarios afectan a su relación con su pareja?

- No procede No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

10. ¿Sus problemas urinarios afectan a su vida sexual?

- No procede No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

11. ¿Sus problemas urinarios afectan a su vida familiar?

- No procede No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

EMOCIONES

12. ¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse deprimido/a?

- No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

13. ¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse preocupado/a o nervioso/a?

- No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

14. ¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse mal consigo mismo/a?

- No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

SUEÑO / ENERGÍA

15. ¿Sus problemas urinarios afectan a su sueño?

- No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

16. ¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse agotado/a o cansado/a?

- No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

¿CON QUÉ FRECUENCIA SE ENCUENTRA EN LAS SIGUIENTES SITUACIONES?

17. ¿Lleva compresas/pañales para mantenerse seco/a?

- Nunca A veces A menudo Siempre

18. ¿Tiene usted cuidado con la cantidad de líquido que bebe?

- Nunca A veces A menudo Siempre

19. ¿Se cambia la ropa interior porque está mojado/a?

- Nunca A veces A menudo Siempre

20. ¿Está preocupado/a por si huele?

- Nunca A veces A menudo Siempre

21. ¿Se siente incómodo/a con los demás por sus problemas urinarios?

- Nunca A veces A menudo Siempre

*Nos gustaría saber cuáles son sus problemas urinarios y hasta qué punto le afectan. De la lista siguiente elija **SÓLO AQUELLOS PROBLEMAS** que usted tenga en la actualidad y márquelos con una cruz ✕ , **DEJE SIN CONTESTAR** los que no correspondan a su caso.*

¿Hasta qué punto le afectan?

- | | | | |
|--|----------------------------------|--|--------------------------------|
| 22. FRECUENCIA: ir al baño muy a menudo | <input type="checkbox"/> Un poco | <input type="checkbox"/> Moderadamente | <input type="checkbox"/> Mucho |
| 23. NICTURIA: levantarse durante la noche para orinar | <input type="checkbox"/> Un poco | <input type="checkbox"/> Moderadamente | <input type="checkbox"/> Mucho |
| 24. URGENCIA: un fuerte deseo de orinar difícil de controlar | <input type="checkbox"/> Un poco | <input type="checkbox"/> Moderadamente | <input type="checkbox"/> Mucho |
| 25. INCONTINENCIA POR URGENCIA: escape de orina asociado a un fuerte deseo de orinar | <input type="checkbox"/> Un poco | <input type="checkbox"/> Moderadamente | <input type="checkbox"/> Mucho |
| 26. INCONTINENCIA POR ESFUERZO: escape de orina por actividad física, ejemplo: toser, estornudar, correr | <input type="checkbox"/> Un poco | <input type="checkbox"/> Moderadamente | <input type="checkbox"/> Mucho |
| 27. ENURESIS NOCTURNA: mojar la cama durante la noche | <input type="checkbox"/> Un poco | <input type="checkbox"/> Moderadamente | <input type="checkbox"/> Mucho |
| 28. INCONTINENCIA EN EL ACTO SEXUAL: escape de orina durante el acto sexual (coito) | <input type="checkbox"/> Un poco | <input type="checkbox"/> Moderadamente | <input type="checkbox"/> Mucho |
| 29. INFECCIONES FRECUENTES EN LAS VÍAS URINARIAS: | <input type="checkbox"/> Un poco | <input type="checkbox"/> Moderadamente | <input type="checkbox"/> Mucho |
| 30. DOLOR EN LA VEJIGA: | <input type="checkbox"/> Un poco | <input type="checkbox"/> Moderadamente | <input type="checkbox"/> Mucho |
| 31. DIFICULTAD AL ORINAR: | <input type="checkbox"/> Un poco | <input type="checkbox"/> Moderadamente | <input type="checkbox"/> Mucho |
| 32. OTRO PROBLEMA URINARIO (ESPECIFIQUE):
..... | <input type="checkbox"/> Un poco | <input type="checkbox"/> Moderadamente | <input type="checkbox"/> Mucho |

Por favor, compruebe que ha contestado a todas las preguntas y muchas gracias.

Anexo IV. Test de severidad de Sandvik

Preguntas para evaluar la gravedad de los síntomas de incontinencia de orina

¿CON QUÉ FRECUENCIA SE LE ESCAPA LA ORINA?

- 1.- Menos de una vez al mes
- 2.- Alguna vez al mes
- 3.- Alguna vez a la semana
- 4.- Todos los días o noches

¿QUÉ CANTIDAD DE ORINA SE LE ESCAPA CADA VEZ?

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

Señale con un círculo el número que corresponda

El índice de gravedad se calcula multiplicando el resultado de 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

Anexo VI. Pad test 1 h

1. Inicie esta hora de test sin orinar previamente; pese el pañal/compresa y póngaselo
2. Durante los primeros 15 minutos, bébase medio litro de agua y siéntese
3. Del minuto 15 al 45 ha de caminar y subir/bajar un piso
4. Del minuto 45 al 60 ha de:
 - a. Levantarse y sentarse 10 veces seguidas
 - b. Toser fuerte 10 veces
 - c. Hacer como si corriera durante un minuto
 - d. Levantar un objeto del suelo 10 veces
 - e. Lavarse las manos durante 1 minuto
5. Al final de la hora, quítese el pañal y péselo

Anexo VII. Cuestionario de calidad de vida en el prolapso

Nombre y Apellidos: Edad (años):

Fecha de hoy:/...../.....

1.-¿Cómo describiría su salud actualmente?, por favor marque una única respuesta.

Muy buena Buena Regular Mala Muy mala

2.-¿Cuánto cree que le afecta el prolapso a su vida?, por favor marque una única respuesta.

Nada Un poco Moderadamente Mucho

3.1.- Por favor, señale si tiene alguno de los siguientes síntomas, y si el síntoma está presente, marque cuánto le afecta.

	El síntoma sí está presente, le afecta...				
	NO tengo	Nada	Poco	Moderadamente	Mucho
Ir al baño a orinar con mucha frecuencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Urgencia: un deseo urgente de ir a orinar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incontinencia de urgencia: pérdidas de orina asociadas con un fuerte deseo de orinar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incontinencia de esfuerzo: pérdidas de orina por ejemplo al toser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sensación de una protuberancia/ bulto en su vagina o saliendo de ella	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sensación de pesadez en la vagina o en la parte baja del abdomen durante el día	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El bulto en la vagina interfiere cuando defeca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Molestia en la vagina que empeora cuando está de pie y mejora cuando se tumba	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chorro de orina escaso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3.2.- Por favor, señale si tiene alguno de los siguientes síntomas, y

El síntoma sí está presente, le afecta...

	NO tengo	Nada	Poco	Modera-damente	Mucho
Sensación de no vaciar totalmente el intestino al defecar	<input type="radio"/>				
Estreñimiento: dificultad defecar	<input type="radio"/>				
Necesidad esforzarse para defecar	<input type="radio"/>				
El bulto en la vagina afecta a sus relaciones sexuales	<input type="radio"/>				
La molestia vaginal afecta a sus relaciones sexuales	<input type="radio"/>				
La molestia vaginal empeora el dolor de espalda	<input type="radio"/>				

4.- LIMITACIONES DE LAS ACTIVIDADES DIARIAS

NADA POCO MODERA-DAMENTE MUCHO

4.A ¿Cuánto le limita el prolapso en las tareas del hogar (p.e. limpiar, comprar, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.B ¿El prolapso afecta a su trabajo o a alguna de las actividades diarias que realiza fuera de casa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5.- LIMITACIONES FÍSICAS/SOCIALES

NADA POCO MODERA-DAMENTE MUCHO

5.A ¿El prolapso afecta a sus actividades físicas (p.e. andar, correr, gimnasia, deporte, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.B ¿El prolapso afecta a su capacidad de viajar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.C ¿El prolapso limita su vida social?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.D ¿El prolapso limita su capacidad para ver/visitar amigos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6.- RELACIONES PERSONALES

NO TIENE NADA POCO MODERA-DAMENTE MUCHO

6.A ¿El prolapso afecta a su relación de pareja?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.B ¿El prolapso afecta a su vida sexual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.C ¿El prolapso afecta a su vida familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7.- EMOCIONES

NADA POCO MODERA-DAMENTE MUCHO

7.A ¿El prolapso la deprime?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.B ¿El prolapso le hace sentirse ansiosa o nerviosa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.C ¿El prolapso le hace sentirse mal consigo misma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8.- SUEÑO/VITALIDAD	NADA	POCO	MODERA- DAMENTE	MUCHO
8.A ¿El prolapso afecta a su sueño?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.B ¿Se siente agotada/cansada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

si el síntoma está presente marque cuánto le afecta

9.1 ¿Con qué frecuencia utiliza los siguientes dispositivos o ayudas para mejorar sus síntomas de prolapso?

	NADA	POCO	MODERA- DAMENTE	MUCHO
9.1.A ¿Usa tampones/compresas/salva slips/ fajas para mejorar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.1.B ¿Se empuja el prolapso hacia arriba?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9.2 ¿Con qué frecuencia tiene los siguientes síntomas debidos al prolapso?

	NUNCA	POCO	MODERA- DAMENTE	MUCHO
9.2.A ¿Tiene dolor o malestar debido al prolapso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.2.B ¿El prolapso le impide estar de pie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**POR FAVOR, COMPRUEBE QUE HA RESPONDIDO A TODAS LAS PREGUNTAS
¡MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO!**