



2. FUNCIONES SUELO PÉLVICO

Con un correcto funcionamiento: Soporte de vísceras, continencia, estabilidad lumbopélvica, expulsiva, sexual, respiratoria.

3. FACTORES DE RIESGO PARA LA DISFUNCIÓN DEL SP

En condiciones normales, la presión intraabdominal se desplaza hacia la región posterior. Cuando hay alguna alteración, se desvía esa presión a la región anterior del suelo pélvico.

- Envejecimiento: falta de estrógenos
- Intervenciones quirúrgicas
- Ejercicio físico de impacto: correr, tenis, aeróbic
- Factor colágeno y genética
- Malos hábitos: aguantar la orina, estreñimiento, fajas o ropa ajustada, bipedestación prolongada
- Enfermedades: pulmonares, del SN...obesidad
- Profesiones hiperpresivas
- EMBARAZO: aumento de la presión abdominal por peso uterino, distensión de la musculatura debido al peso y a la influencia hormonal, hiperlordosis.
- PARTO: estiramiento y compresión de la zona.
- PUERPERIO: realizar esfuerzos sin estar recuperadas.

4. DISFUNCIÓN SUELO PÉLVICO

4.1 PROLAPSOS: Descenso de una víscera pélvica. Tipos:

- **Colpocèle** (recto abomba en pared vaginal posterior)
- **Histerocèle** (descenso del útero a través de la vagina)
- **Cistocèle** (vejiga)
- **Rectocèle** (recto)
- **Elitrocèle** (intestino y fondo de saco de Douglas)

Grados del 0 al IV: - No prolapsado/Leve: interior de vagina/Moderado: plano vulvar/ Grave: sobrepasa introito/Muy grave: órgano exteriorizado.

4.2. PATOLOGÍAS RELACIONADAS CON LA MICCIÓN: INCONTINENCIAS

- **Incontinencia urinaria de esfuerzo: Leve, moderada y grave.** Se relaciona con el aumento repentino de la presión intraabdominal, por esfuerzo físico o por reflejos como la tos o el estornudo. Este tipo de incontinencia se debe, en principio, a la hipermotilidad del segmento vesicouretral, secundaria a la debilidad del piso pélvico o a una deficiencia esfinteriana. Durante el esfuerzo, el cuello y la uretra proximal salen del abdomen y no reciben la presión intraabdominal. Las pérdidas son menores de 50 ml.
- **Incontinencia urinaria de urgencia:** Sucede cuando el paciente siente la necesidad imperiosa de orinar, pero es incapaz de inhibir la micción lo suficiente hasta llegar al baño. Se puede producir por hiperactividad del detrusor (urgencia motora) o por hipersensibilidad (urgencia sensorial).
- **Incontinencia funcional.** Hay situaciones o enfermedades que impiden al paciente identificar la necesidad de orinar (demencia tipo alzheimer o senil) o bien hay barreras físicas que le impiden acceder al baño antes de la pérdida de orina.
- **Incontinencia por rebosamiento o falsa incontinencia.** Hay una pérdida frecuente o constante de orina porque la vejiga no se vacía de manera normal y se sobredistingue; la orina “se sale”. La incontinencia por rebosamiento no es una incontinencia verdadera y se produce cuando el llenado vesical ha alcanzado la máxima capacidad y la presión intravesical supera la presión de la uretra. Se observa gran residuo vesical. La mayoría de estos cuadros son secundarios a obstrucción crónica infravesical (estrechez de uretra, fecalomas, tumores pelvianos, embarazo). Otros se deben a vejigas hipotónicas primarias (vejigas neurogénicas). El deseo miccional está frecuentemente alterado. Es rara en la mujer, excepto en posoperatorios por cesárea o cirugía abdominal.
- **Incontinencia urinaria mixta**
- **Incontinencia inconsciente.** No hay ningún tipo de sensación: ni de deseo miccional, ni de pérdida de orina. A este grupo pertenece la enuresis, el goteo postmiccional y la fuga continua.
- **f. Incontinencia traumática. Se relaciona con fractura de pelvis o daño al esfínter durante un acto quirúrgico (incontinencia iatrogénica).**
- **Vejiga neurógena.** Aparece como consecuencia de una alteración del sistema nervioso: lesión o tumor de la médula espinal, enfermedades neurológicas (esclerosis múltiple), anomalías congénitas (espina bífida), infecciones y alteraciones sistémicas (diabetes). Se distinguen dos tipos:
 - **Vejiga espástica, hipertónica, refleja o automática.** Se caracteriza por la emisión automática, refleja o incontrolada de orina proveniente de la vejiga con vaciado incompleto de ésta y sin sensación previa de deseo miccional.
 - **Vejiga flácida, atónica, no refleja o autónoma.** Hay pérdida de la sensación de llenado vesical y, por consiguiente, llenado excesivo y distensión de la vejiga. Se debe a la lesión irreversible de la neurona motora inferior, por lo general a causa de traumatismos.

- **La más frecuente en la mujer es la de esfuerzo, seguida de la de urgencia y la mixta.**
- Existen cuestionarios varios para valorar el grado de incontinencia urinaria: CIQ-IU-SF, King's Health Questionnaire, Test de Sandvik

4.3. PATOLOGÍAS COLOPROCTOLÓGICAS

- **Estreñimiento**
- **Incontinencia fecal o de gases**

4.4 ALTERACIONES SEXUALES

- **Vaginismo primario o secundario tras el parto:** contracción involuntaria de los músculos del tercio distal de la vagina
- **Dispareunia:** El dolor puede aparecer antes o después del coito, no sólo durante la penetración. Causas orgánicas o psicológicas.
- **Neuralgia del pudendo**

5. ACTUACIONES

5.1 MODIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO: Educación sanitaria en todas las etapas de la vida, ejercicio y en especial durante el embarazo (EJERCICIOS ABDOMINALES DEPRESIVOS- "ABRAZO DEL BEBÉ", cinturón pélvico), posturas variadas durante el parto, ...

5.2 VALORACIÓN: ESCALA PERFECT (Power/Endurance/Repetitions/Fast/ECT:Every contraction timed)*Ampliación de valoración si se desea a continuación

5.3 MASAJE PERINEAL: A partir de las 32 SG. 2 veces en semana

5.4 EJERCICIOS DE KEGEL: lento (5 a 20 sg-10 repeticiones), rápido (2-3 min), ascensor(1 sg en cada planta), onda

5.5 HIPOPRESIVOS: Tonificación del transverso y los oblicuos a partir de unos ejercicios que obtienen una presión abdominal negativa en apnea espiratoria.

5.6 OTROS: Masoterapia, Cinesiterapia (dispositivos (conos vaginales, tubos de Pirex, bolas chinas, etc.), electroestimulación, biofeedback, masaje con vibrador

Examen físico general

- 1) Estado de la movilidad articular: flexibilidad de MMII y articulación sacroilíaca.
- 2) Existencia de prótesis de cadera.
- 3) Estado muscular general: elasticidad, fuerza y tono.
- 4) Estática y flexibilidad lumbosacra: DIÁSTASIS ABDOMINAL
- 5) Estudio neurológico: Reflejos osteotendinosos de MMII y Reflejo de Babinsky.
- 6) Examen de equilibrio.
- 7) Test de sensibilidad discriminativa.

Descarga autorizada a 44597401 Maria Aurora
Gallego Gallero, agallegogallero@gmail.com, IP:
188.26.222.218

Examen perineal

1) Examen visual de órganos genitales:

- a) Piel y vello.
- b) Estado trófico de la piel.
- c) Distancia ano-vulvar (refleja espesor de la musculatura perineal; oscila entre 2.5 y 3,5 cm.).
- d) Diámetro apertura vulvar : 25 mm
- d) Cicatrices perineales.
- e) Márgenes perineales (fisuras, hemorroides).
- f) Prolapso (vejiga, útero, recto).

2) Examen neurológico perineal:

- a) Sensibilidad.
- b) Motricidad. Para poder establecer un tratamiento recuperador es imprescindible la existencia de un arco reflejo sacro íntegro. Se comprueba por la aparición de una contracción perineal o anal refleja como consecuencia de un estímulo externo, pudiéndose evidenciar mediante:
 - Reflejo anal. Contracción refleja del esfínter al estimular el margen anal con un pequeño pinchazo.
 - Reflejo bulbocavernoso o clitorideo. Se realiza estimulando el clítoris con un bastoncillo de algodón, esperándose como respuesta la existencia de contracciones perineales.
 - Reflejo perineal a la tos.

3) Análisis de los músculos perineales. Balance perineal:

a) Instrumental (perineómetro de Kegel)

b) Manual (tacto vaginal o rectal). Registro objetivo de valoración muscular perineal. Método

PERFECT. Cómo se hace:

i) Protocolo de valoración y seguimiento. Se valoran ambos lados (Lado derecho e izquierdo), y se selecciona el más potente.

ii) P = fuerza (power). Escala Oxford. 0-5 ¿Cómo es de fuerte?

iii) E = resistencia (endurance). Tiempo máximo que la mujer es capaz de contraer la musculatura del suelo pélvico con la máxima fuerza de contracción hasta que el músculo se fatigue. 50%; máx 10". ¿Qué resistencia tiene?

iv) R = fatigabilidad (repetitions). Nº de contracciones a máxima resistencia, descansando 4" entre ellas. Máx 10. ¿Se fatiga rápidamente?

v) F = rapidez (fast). Tras un descanso de 1 min., solicitar el mayor nº de contracciones rápidas de 1" hasta que la musculatura se fatigue. Máx 10. ¿Cómo es su respuesta a estímulos?

vi) ECT = cada contracción debe temporalizarse y registrarse.

vii) En función del resultado, anotaremos un número de 4 cifras: P (0-5) E (0-10) R (0-10) F (0-10). 0000 = DENERVACIÓN.

viii) El programa de ejercicios será siempre individualizado y específico para cada mujer.

GRADO	RESPUESTA MUSCULAR
0	Ninguna
1	Parpadeos. Movimientos temblorosos de la musculatura.
2	Débil. Presión débil sin parpadeos o temblores musculares.
3	Moderado. Aumento de la presión y ligera elevación de la pared vaginal posterior.
4	Bien. Los dedos del examinador son apretados firmemente; elevación de la pared posterior de la vagina contra resistencia moderada.
5	Fuerte. Sujeción con fuerza de los dedos y elevación de la pared posterior en contra de una resistencia máxima.

Tabla 2. Escala de valoración modificada de Oxford para la musculatura del suelo pélvico.

Extraída de: Martínez Bustelo, S. Martínez Rodríguez, A. Viñas Diz, S. Patiño Núñez, S y Morales Ferri A. Entrevista clínica y valoración funcional del suelo pélvico. Fisioterapia. 2004; 26 (5): 266-280.

Descarga autorizada a 44597401 Maria Aurora
Gallego Gallero, agallegogallero@gmail.com, IP:
188.26.222.218