

Profesión

Victoria Martínez Morón

Ginecóloga. Especialista en patología de suelo pélvico. Responsable de la Unidad de Láser del Instituto Palacios (Madrid)

Cuidados del suelo pélvico. Desde la prevención al tratamiento

“El aumento del tono y de la masa muscular favorece un mejor soporte para las estructuras pélvicas, y ayuda a mantener una posición y una movilidad uretral adecuadas»

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).

Por un lado se ve afectada la esfera física, ya que estas pacientes suelen limitar su actividad, y disminuyen la práctica de ejercicio físico e incluso la frecuencia de las relaciones sexuales por miedo a la incontinencia o por miedo a las molestias del prolapso genital, pero lo peor es que también afecta



©Katarzyna Białasiewicz/123rf.com

a la esfera psicológica, ya que muchas pacientes traducen estos padecimientos en baja autoestima, miedo al rechazo e incluso depresión. Por lo tanto, estas disfunciones deben considerarse un problema de salud físico-psico-social e, indirectamente, un problema de salud pública que debe asistirse no sólo desde el punto de vista sanitario, sino también desde la educación y la política social.

Debemos reconocer, también, que la sociedad científica ha hecho que todos los tratamientos al respecto empiecen a implementarse desde el momento en que las pacientes se han atrevido a declarar su problema, cuando han superado los tabúes sociales sobre estas patologías a priori vergonzantes y han demandado una mejora para adaptarse mejor a su vida personal, laboral y social. La misma exigencia social demandada ha provocado la búsqueda de soluciones definitivas a los síntomas y a la patología del suelo pélvico.

Sin embargo, ante la falta de información y de conocimiento, y llevadas por influencias culturales erróneas, en muchos casos las pacientes asumen las disfunciones pélvicas como «normales», como si esta situación fuera lo habitual a partir de cierta edad, de modo que ni siquiera suelen consultar su problema y se adaptan al aumento del número de micciones y a las aparatosas compresas anti-incontinencia que con tan mal acierto se publicitan en los medios de comunicación (ya que refuerzan la sensación de «normalidad»), o utilizan cierto tipo de ropa que disimularía un escape en situaciones límite. Por tanto, desde todos los ámbitos sanitarios deberíamos instar a las mujeres a que declarasen sin prejuicios ni tabúes sus padecimientos a este respecto, de modo que estas patologías que no matan pero sí afectan a la calidad de vida puedan ser estudiadas e investigadas de una manera precisa y avanzada. El médico que atiende a mujeres susceptibles de padecer trastornos del suelo pélvico debe tener presente esta situación, y ha de registrar en la anamnesis si padecen o no alguna patología de este tipo, ya que con esta simple intervención y una exploración sencilla conseguirá, en un alto porcentaje de casos, orientar el diagnóstico y el tratamiento adecuado.

Opciones terapéuticas y preventivas

Para el cuidado, prevención y tratamiento de las patologías del suelo pélvico deben contemplarse varias categorías, pero la más importante es la que concierne a las modificaciones del estilo de vida.

Deben adoptarse distintas medidas que pueden ser de gran eficacia, como modificaciones de hábitos de vida, adaptación del entorno, utilización de dispositivos absorbentes, terapia conductual y/o fisioterapia de suelo pélvico. Estos métodos son en general de fácil aplicación, escaso riesgo de efectos secundarios y coste más o menos asequible.

Pautas de modificación del estilo de vida para la prevención y minimización de los síntomas de patología del suelo pélvico

- Evitar la obesidad. Disminuir el peso evita la sobrecarga muscular del suelo pélvico.
- Hacer ejercicio físico moderado. Los ejercicios que aumentan la presión intraabdominal con esfuerzos intensos durante un tiempo prolongado favorecen la incontinencia urinaria, y por tanto deben evitarse. Los deportes de impacto y de alta intensidad también perjudican la estabilidad muscular del suelo pélvico. Por ello, debemos aconsejar a las pacientes (sobre todo en momentos críticos de su vida, como es el puerperio) que abandonen al menos temporalmente los deportes de impacto como correr o saltar, y que los sustituyan por otros de menor intensidad, como caminar o nadar. Hay que insistir, sin embargo, en que no abandonen el ejercicio físico por las pérdidas de orina, ya que la atrofia muscular del sistema perjudicaría indirectamente a los músculos del suelo pélvico.

“**En muchos casos las pacientes asumen las disfunciones pélvicas como «normales», como si esta situación fuera lo habitual a partir de cierta edad»**

- 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. En las personas que padecen problemas de incontinencia debe restringirse la ingesta de agua (al menos parcialmente) a partir de media tarde, para prevenir las micciones nocturnas (nicturia) y la incontinencia de urgencia propiciada por la sobrecarga de líquidos.
- 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.
- Evitar el estreñimiento. El esfuerzo por defecar aumenta la presión abdominal sobre el suelo pélvico y afecta a la estructura muscular, y algunos autores consideran que también podría desestabilizar la conducción nerviosa del nervio pudendo, que nace de las raíces sacras y que se encarga de la inervación motora y sensitiva del periné, y que incluye las funciones de micción, de la deposición

y de la esfera sexual. Desde el punto de vista educacional, es importante enseñar la postura más fisiológica de la defecación, que ha cambiado mucho desde la invención del retrete. En realidad, la posición más correcta para la deposición es lo que coloquialmente se llama «en cuclillas». Cuando se produce un flexión forzada de la cadera hasta 35°, se consigue una relajación del ligamento puborrectal y, por lo tanto, una posición más fisiológica y relajada del recto. Por ello, deberíamos usar un taburete que haga ascender las piernas, si deseamos seguir utilizando el retrete como tal (figura 1).

- Especial atención a las mujeres que han tenido más de un parto. La multiparidad es otro de los factores de riesgo para padecer trastornos del suelo pélvico, ya que el paso del feto por el canal del parto produce en algunos casos un estiramiento de las fibras musculares y las denervaciones periféricas por traumatismo local, lo que debilita enormemente el suelo pélvico. Obviamente, esta situación no depende de la paciente, sino de los conocimientos de los profesionales que atienden el parto, por lo que en los programas de formación de ginecólogos y matronas debe exigirse la instrucción en las técnicas para la protección perineal, el alivio del periodo expulsivo del parto y de la reparación quirúrgica de los desgarros o la episiotomía.

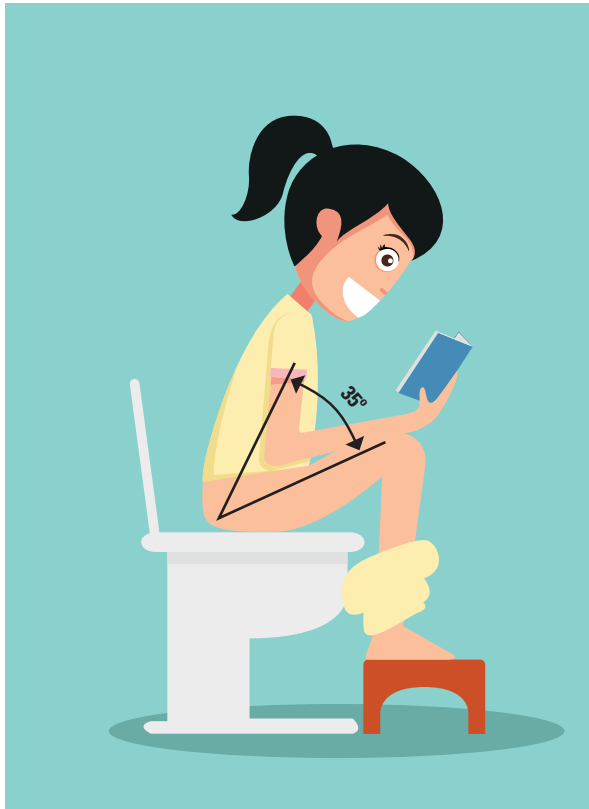
Ejercicios de suelo pélvico

El aumento del tono y de la masa muscular favorece un mejor soporte para las estructuras pélvicas, y ayuda a mantener una posición y una movilidad uretral adecuadas. Por otro lado, una correcta contracción de los músculos elevadores del ano posibilita un aumento de la presión intrauretral, lo que dificulta la pérdida involuntaria de orina en situaciones de estrés máximo. El objetivo de estos ejercicios, por lo tanto, es mejorar el tono de reposo muscular y favorecer una respuesta contráctil rápida y coordinada frente a esfuerzos intensos. La incontinencia de urgencia también mejora bastante con estos ejercicios específicos del suelo pélvico, pero en menor medida que la incontinencia de esfuerzo.

No sólo es fundamental que estas pacientes reciban una información integral y personalizada de sobre cómo funcionan los mecanismos de apertura y

cierre uretral, sino también conseguir un alto nivel de motivación, ya que para obtener resultados objetivos son necesarias la disciplina y la tenacidad en el tiempo.

Igualmente, está demostrado que la práctica de este tipo de ejercicios monitorizados por un profesional es mucho más efectiva que los ejercicios realizados por la paciente sola, a pesar de que suelen tener un mayor coste. El profesional deberá ser capaz de explicar la técnica y de objetivar si la paciente está realizando correctamente los ejercicios. La autopalpación durante la contracción o incluso las técnicas de *biofeedback* pueden ser precisas para que la paciente sea consciente de su capacidad de realizar contracciones adecuadamente. Estos ejercicios han demostrado ser efectivos en la incontinencia de esfuerzo y de urgencia, pero también deben ofrecerse a todo tipo de pacientes como una medida de prevención, sobre todo en aquellas con



©jehsomwang/123rf.com

Figura 1

cierto riesgo, como son deportistas de alto rendimiento y multíparas.

En muchos casos, los ejercicios de rehabilitación del suelo pélvico se asocian a técnicas de electroestimulación para potenciar los efectos fortalecedores, sobre todo en pacientes que al inicio del tratamiento no son capaces de producir por sí mismas ninguna contracción.

Los factores de buen pronóstico para el efecto positivo de este tratamiento son: poco tiempo de evolución de los síntomas, diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo leve-moderada, carecer de antecedentes de cirugía previa, que la paciente sea capaz de hacer contracciones del elevador del ano por sí sola y voluntariamente, que tenga mucha motivación personal y que no existan signos de hipotrofenismo.

Pesarios vaginales

Los pesarios son unos dispositivos generalmente de silicona y de forma circular que, introducidos en la vagina, corrigen el prolapso genital y, por lo tanto, sus síntomas. Suelen utilizarse en pacientes jóvenes para erradicar los síntomas a la espera de una cirugía, o en pacientes mayores con pluripatología a las que se les han contraindicado los procedimientos quirúrgicos. Durante el primer año de tratamiento, el 80% de las mujeres suelen tolerar-

lo correctamente. Las pacientes que los utilizan deben hacer una revisión cada 6 meses, y el profesional decidirá según sus pautas cada cuánto debe cambiarse el pesario vaginal.

Tratamientos bioestimulantes.

Láser y radiofrecuencia

Parece que toda la comunidad científica está de acuerdo en que la primera fase de tratamiento para este tipo de patologías debe ser el tratamiento conservador. Los esfuerzos terapéuticos deben ir de menos a más: se empezaría con tratamientos de rehabilitación, se continuaría con los tratamientos bioestimulantes, y por último, la paciente accedería a los tratamientos médicos o quirúrgicos, dependiendo de su indicación.

El láser y la radiofrecuencia vaginales son dos tratamientos muy innovadores que favorecen la bioestimulación del tejido, en este caso de la mucosa vulvovaginal. Este tipo de técnicas se realizan en la consulta normal, no precisan ingreso hospitalario ni anestesia, y tampoco preparación previa ni quirófano; por otro lado, son bastante inocuas y están demostrando un buen grado de eficacia si la paciente ha sido correctamente seleccionada.

Tanto el láser como las ondas electromagnéticas de radiofrecuencia generan sobre el tejido una energía térmica que produce, en las capas profundas de la vagina, un efecto de tipo inflamatorio que pone en marcha todos los mecanismos de rejuvenecimiento. Esta aportación de energía al tejido a través de un aplicador vaginal produce un aumento de la vascularización con mejoría del metabolismo local, de forma que se favorece la entrada de nutrientes y la salida de tóxicos. El proceso inflamatorio que se desencadena aumenta la migración de fibroblastos a la zona, con aumento de la neocolagenogénesis (formación de colágeno nuevo), y produce la contracción de las fibras de colágeno locales ya existentes también por el efecto calor. Estos procesos regenerativos del colágeno y la disminución de la elastosis debida al envejecimiento hacen que mejore la calidad del soporte suburetral y que la estructura global de la vagina se fortalezca y se tonifique, lo que en conjunto mejora los síntomas del prolapso y de la incontinencia urinaria y, secundariamente, de la atrofia vulvovaginal, que es causante también de otros síntomas muy incómodos en la menopausia.

Tratamiento médico y quirúrgico

Como ya se ha comentado, el tratamiento médico y el quirúrgico están en el último escalón del manejo de las disfunciones pélvicas. Para la incontinencia urinaria de urgencia, los fármacos más utilizados son los antimuscarínicos y los agonistas de los receptores beta-adrenérgicos, que ayudan bastante con los síntomas de vejiga hiperactiva (incluida la nicturia), aunque no son efectivos en el cien por cien de las pacientes. Otra opción es la toxina botulínica intravesical,



©ammentorpr/123rf.com

que también tiene buenos resultados en pacientes que cumplen ciertos criterios de inclusión.

La duloxetine, indicada inicialmente como un antidepresivo, demostró que hasta en un 60% de las pacientes mejoraba la incontinencia urinaria de esfuerzo por aumento en la presión del cierre uretral.

La cirugía es la última opción terapéutica, tanto para la incontinencia urinaria como para el prolapso genital. La cirugía para la incontinencia urinaria ha alcanzado grandes resultados en los últimos 25 años, desde que se inventó la cinta suburetral; antes de esto, las opciones terapéuticas no eran realmente eficaces. La técnica consiste en la inserción por vía vaginal de una cinta-malla en la zona suburetral, con anestesia local o regional. En la mayoría de los casos, se realiza como cirugía mayor ambulatoria.

El tratamiento quirúrgico para el prolapso genital también ha cambiado mucho desde el uso de las mallas sintéticas, pero en este caso la cirugía clásica sigue siendo aún bastante rentable. Las mallas pueden insertarse por vía vaginal o abdominal (laparoscópica), y los resultados dependen de las características individuales de la paciente antes de la cirugía y de los cuidados en el postoperatorio. Existen algunas complicaciones con este tipo de técnicas que las pacientes deben conocer y aceptar, pero en general los beneficios superan a los riesgos, sobre todo cuando la calidad de vida está muy menoscabada.

En resumen, las disfunciones del suelo pélvico pueden afectar la calidad de vida de una paciente muy severamente, y por lo tanto debe hacerse un esfuerzo máximo en su prevención y tratamiento. ●