



FISIOEXCELENCIA

VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA DEL SUELO PÉLVICO

JESSICA HERNÁNDEZ SALAZAR

FISIOTERAPEUTA EN UROGINECOLOGIA,
OBSTETRICIA Y DERMATOFUNCIONAL





CONTENIDO

1. **Fundamentos anatómicos del piso pélvico**

Osteología de la pelvis, articulaciones y biomecánica pélvica
Referencias anatómicas para la valoración clínica

2. **Musculatura y sistema de sostén**

Planos musculares superficiales, medio y profundo
Fascia endopelvica
Ligamentos de sostén

3. **Control neurológico y función**

Inervación
Nervio pudendo
Coordinación diafragma-piso pélvico y abdomen

4. **Entrevista clínica y detección de disfunciones**

Anamnesis
Consentimiento informado
Aviso de privacidad
Cuestionarios y escalas
Identificación de síntomas
Banderas Rojas



CONTENIDO

5. **Valoracion funcional externa**

Evaluacion postural
Patrones respiratorios
palpacion y observación clinica
Test funcionales

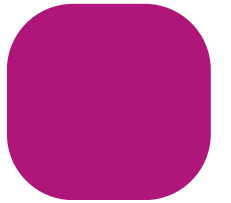
6. **Valoración vulvar e intracavitario**

Exploracion músculos esquelética
Escala de Oxford
Método PERFECT
Interpretacion de hallazgos

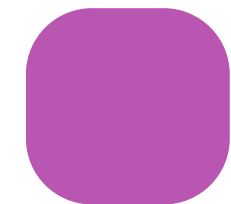
7. **Razonamiento clinico**

Analisis de resultados
Priorización de objetivos
Casos clínicos

¿SABES QUE HACE UN FT. PÉLVICO?



LOS TABÚES, VERGÜENZA Y FALTA DE CONOCIMIENTO DEL SUELO PÉLVICO HACE QUE EL ABORDAJE SEA DESCONOCIDO



FISIOTERAPIA PÉLVICA

se centra en:

PREVENCIÓN

TRATAMIENTO DE TRASTORNOS DEL CALPP

**INTERVENCIONES CONSERVADORAS
Y POSTQUIRÚRGICAS**



NIÑOS, MUJERES, VARONES Y ANCIANOS

EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

**BERGHMANS. B (2006). EL PAPEL DEL FISIOTERAPEUTA PÉLVICO.
ACTAS UROL ESP; 30 (2): 110-122**

FISIOTERAPIA EN LA SALUD DE LA MUJER

- **UROGINECOLOGIA**
- **COLOPROCTOLOGICA**
- **GINECOLOGIA**
- **OBSTETRICIA**
- **DISFUNCIONES SEXUALES**



PINZÓN, D. J. ET AL. (2022). REHABILITACIÓN DE PISO PÉLVICO: MENSAJES PARA MEDICOS GENERALES, ESPECIALISTAS Y FISIOTERAPEUTAS. REVISTA MEXICANA DE UROLOGIA. 82 (5): 1-9.

PENA,O.(2007). TRATAMIENTO DE LA
DISFUNCION DEL SUELO PELVICO.
ACTAS UROL ESP; 31 (7): 719-731.

FACTORES QUE AFECTAN AL SP

EMBARAZO

PESO, HORMONAS

CIRUGIAS EN PERINE

PARTO

EXPULSIVO

OBESIDAD

POSMENOPAUSIA

FALTA DE ESTROGENOS
PERDIDA DE TONO
FLACIDEZ DEL SP

ESTREÑIMIENTO

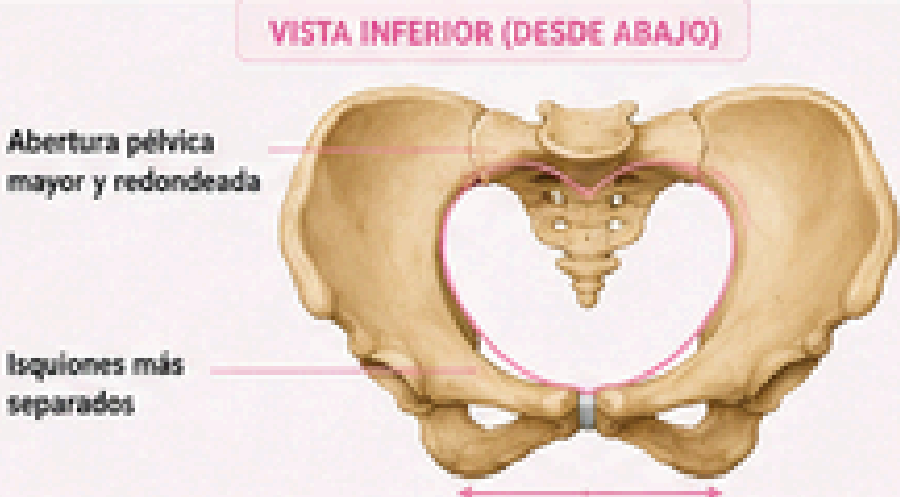
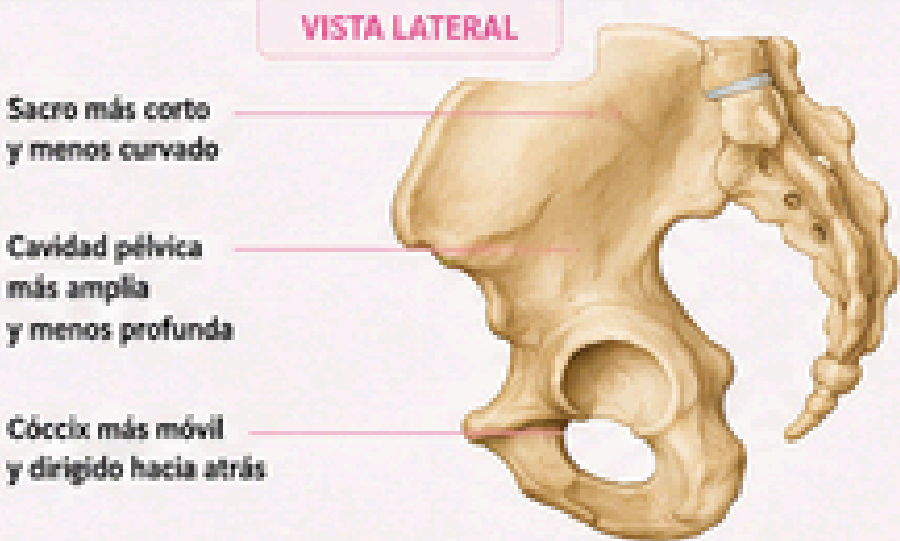
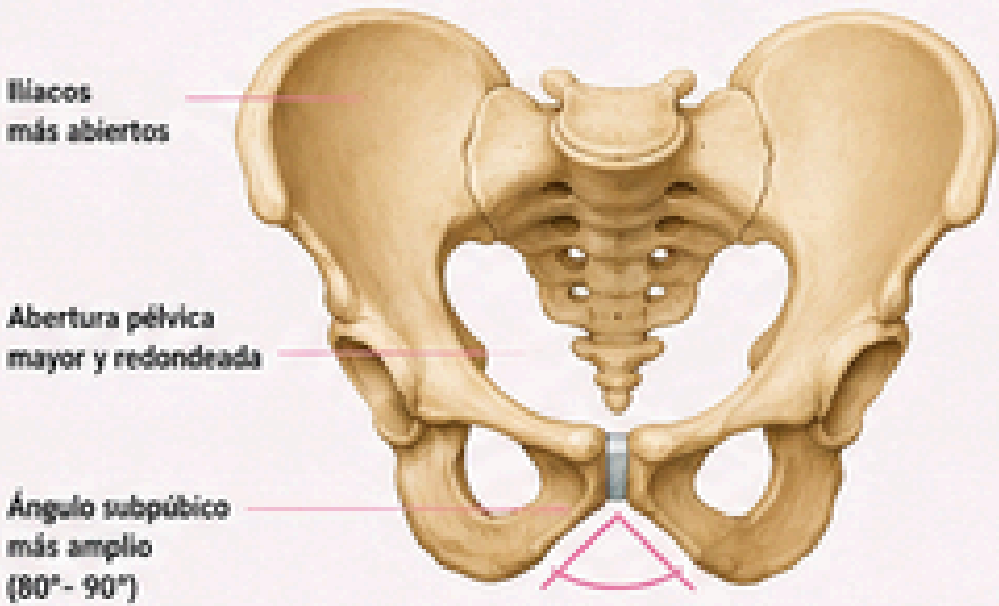
TOS CRÓNICA

PROFESIONES DE RIESGO

1. FUNDAMENTOS ANATOMICOS DEL SUELO PELVICO

DIFERENCIAS ENTRE PELVIS FEMENINA Y MASCULINA

PELVIS FEMENINA

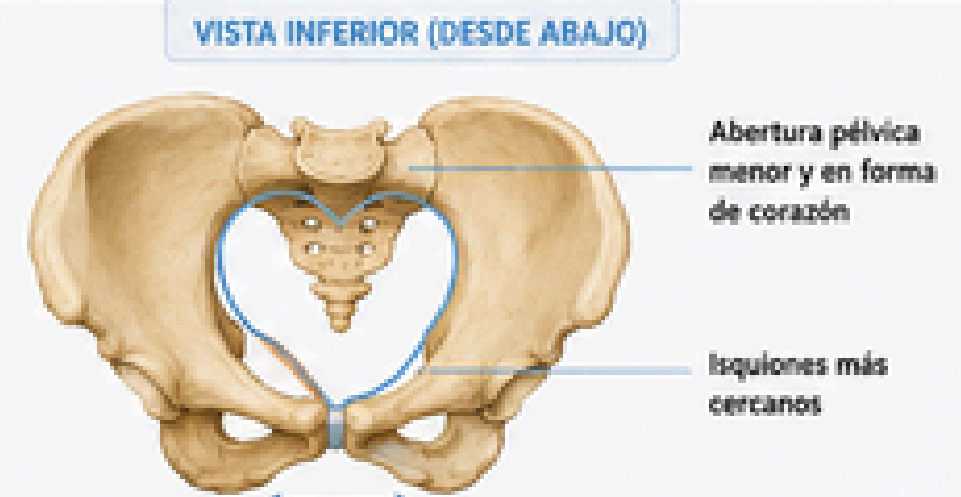
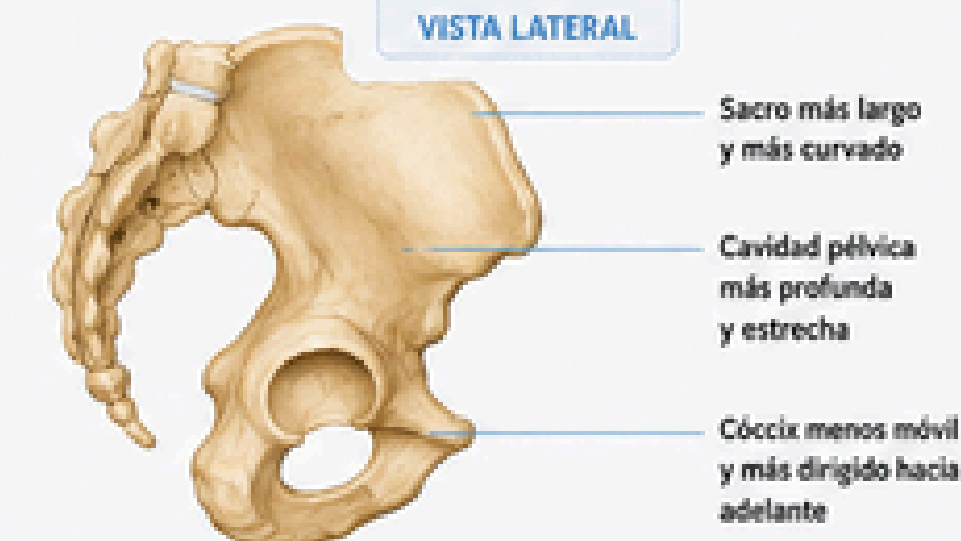
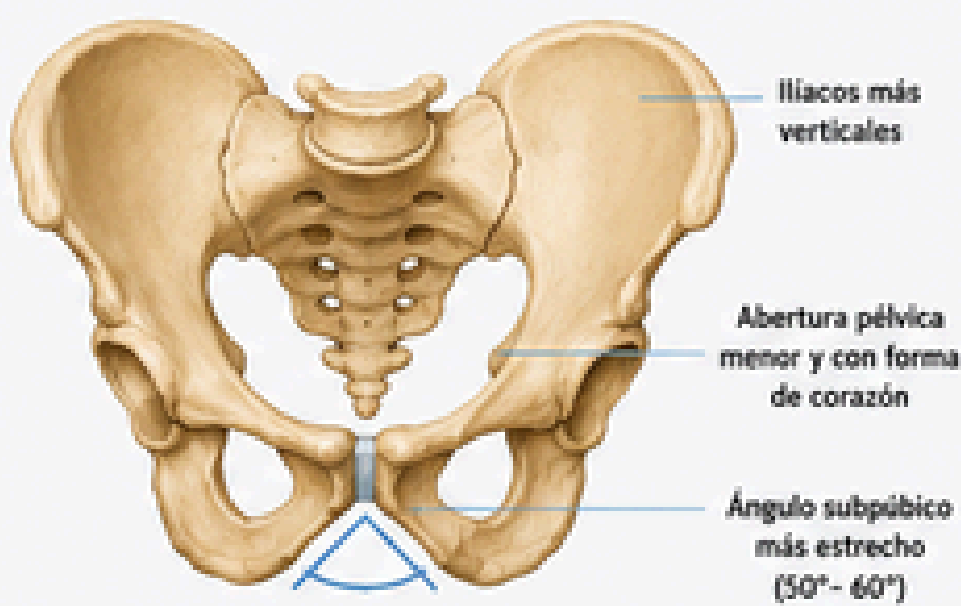


VISTA FRONTAL

- 1 ANCHURA**
La pelvis femenina es más ancha y baja; la masculina es más estrecha y alta.
- 2 FORMA DE LA ABERTURA PÉLVICA**
Femenina: redondeada
Masculina: en forma de corazón
- 3 ÁNGULO SUBPÚBICO**
Femenina: mayor (80°- 90°)
Masculina: menor (50°- 60°)
- 4 SACRO**
Femenino: más corto y menos curvado
Masculino: más largo y más curvado
- 5 CAVIDAD PÉLVICA**
Femenina: más amplia y menos profunda
Masculina: más profunda y estrecha
- 6 CÓCCIX**
Femenino: más móvil y hacia atrás
Masculino: menos móvil y hacia adelante

- 7 ISQUIONES**
Femenina: más separados
Masculina: más cercanos

PELVIS MASCULINA



RESUMEN RÁPIDO

	♀	♂
ANCHURA	Más ancha y baja	Más estrecha y alta
ABERTURA PÉLVICA	Redondeada	En forma de corazón
ÁNGULO SUBPÚBICO	80°- 90°	50°- 60°
SACRO	Más corto y menos curvado	Más largo y más curvado
CAVIDAD PÉLVICA	Más amplia y menos profunda	Más profunda y estrecha
CÓCCIX	Más móvil y hacia atrás	Menos móvil y hacia adelante
ISQUIONES	Más separados	Más cercanos

♀ FEMENINA ♂ MASCULINA

ANATOMÍA DE LA PELVIS

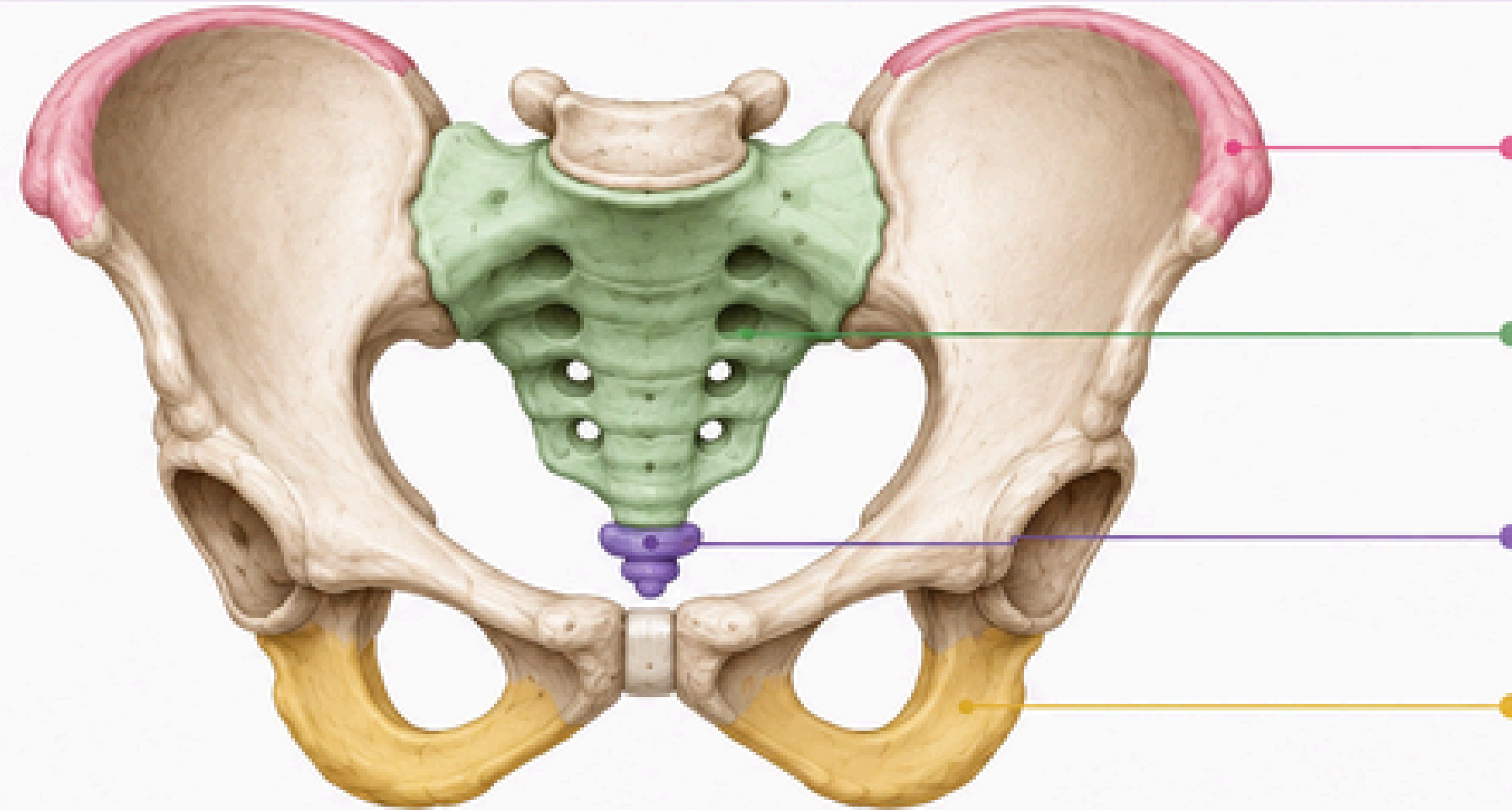
Estructuras principales

● Crestas ilíacas

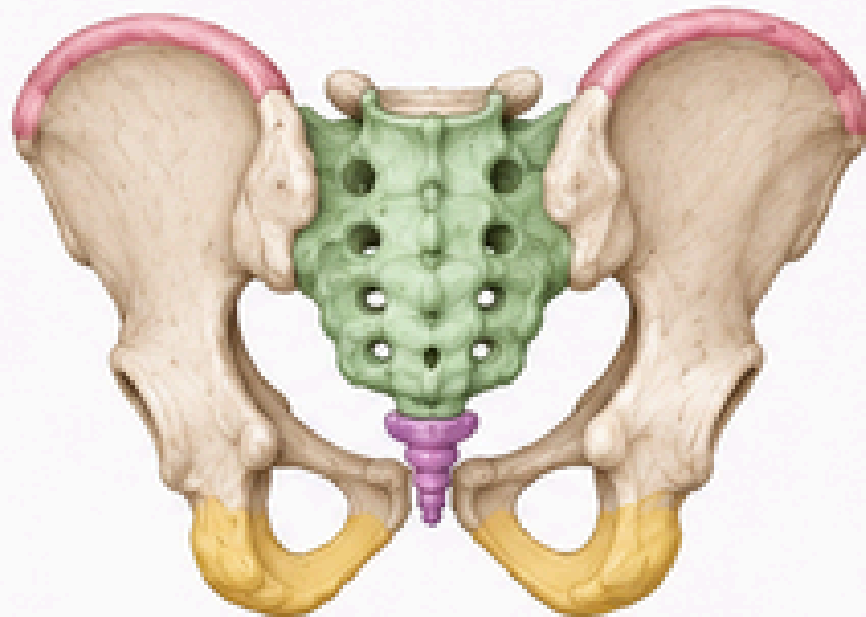
● Sacro

● Coxis

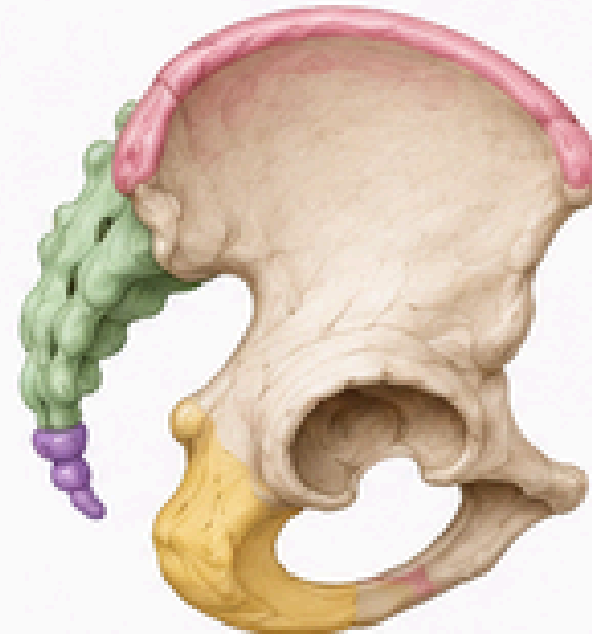
● Isquiones



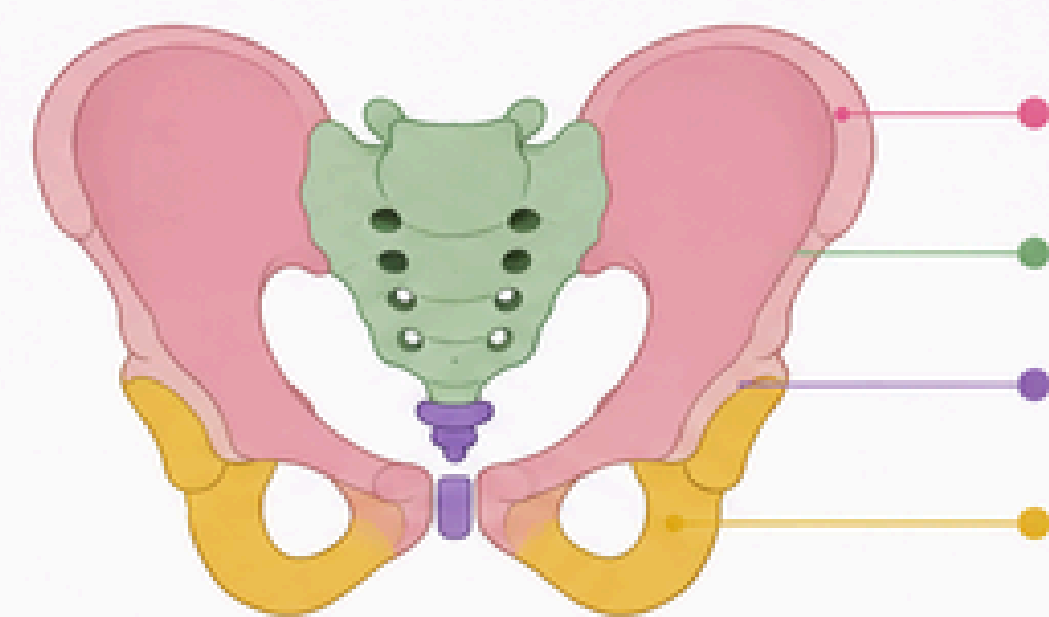
VISTA POSTERIOR



VISTA LATERAL DERECHA



ESQUEMA SIMPLIFICADO



2. MUSCULATURA Y SISTEMA DE SOSTEN

Suelo pélvico

La anatomía funcional del piso pélvico consta de un triple sistema:

- sistema suspensorio (ligamentario),
- sistema cohesivo (fascial),
- sistema de sostén (muscular).

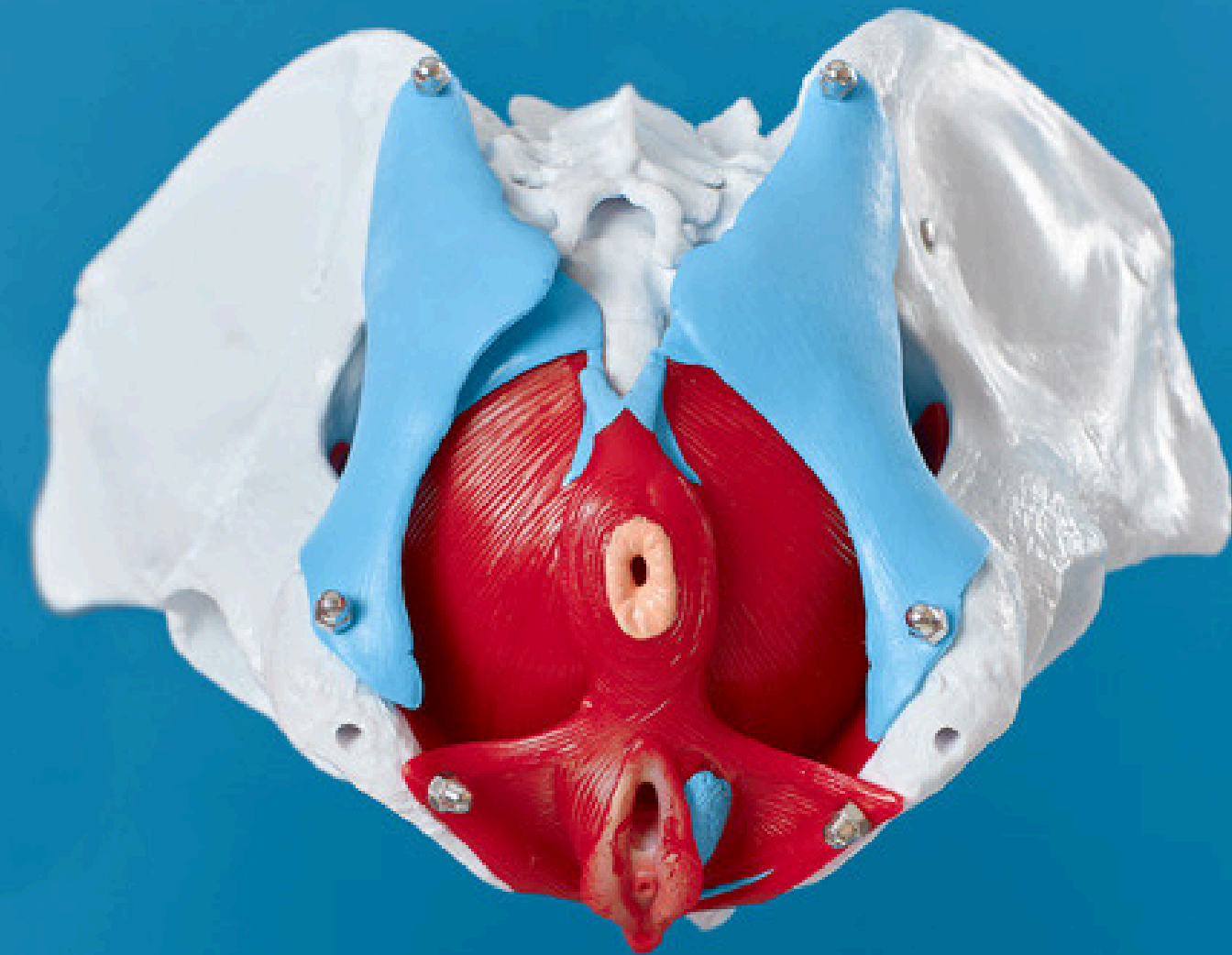
· Mantenimiento de los ciclos de continencia urinaria/micción

· Continencia anal/defecación

· Mantenimiento de una sexualidad satisfactoria

· Conservación de las posibilidades de un embarazo y de un parto normal

· Postura



LIGAMENTOS DE LA PELVIS

CARA ANTERIOR

LIGAMENTO ILIOPSOAS

Desde la espina iliaca anteroinferior al pecten del pubis.

LIGAMENTO INGUINAL

Desde la espina iliaca anterosuperior al tubérculo del pubis.

LIGAMENTO PUBO-CERVICAL

Desde el pubis a la porción cervical de la vejiga.

LIGAMENTO PUBO-PROSTÁTICO

Desde el pubis a la próstata (en el hombre).

LIGAMENTO PUBO-VESICAL

Desde el pubis al ápex de la vejiga.

LIGAMENTO SACROILÍACO ANTERIOR

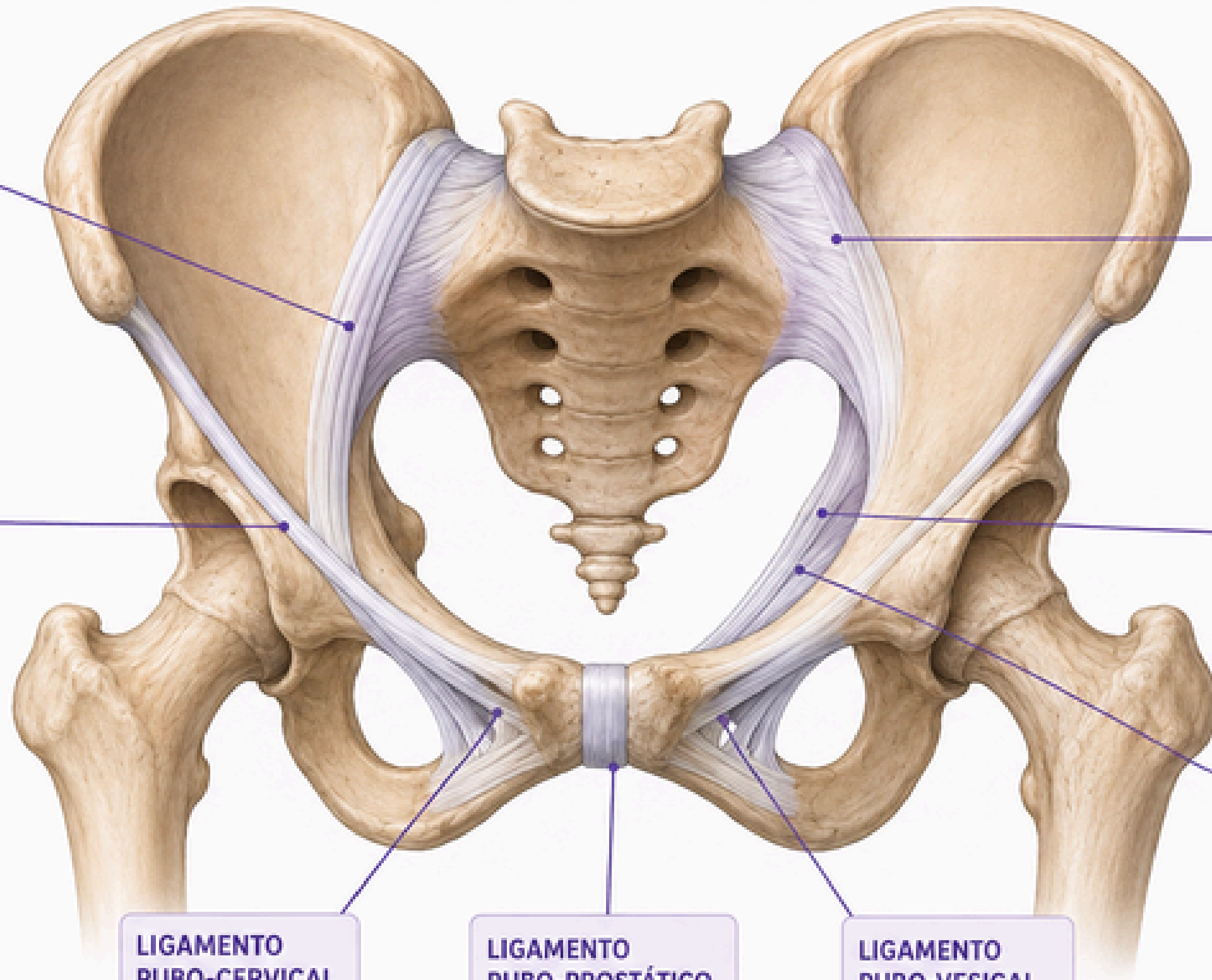
Desde la cara anterior del sacro al ilion.

LIGAMENTO SACROTUBEROSO

Desde el sacro al tubérculo isquiático.

LIGAMENTO SACROESPINOSO

Desde el sacro a la espina isquiática.



LIGAMENTOS DE LA PELVIS

CARA POSTERIOR

1 LIGAMENTO ILIOLUMBAR

Desde la apófisis transversa de L5 al borde posterior del ilion (cresta iliaca).

2 LIGAMENTOS SACROILIÁCOS POSTERIORES (CORTOS)

Desde el sacro al ilion, por encima de la articulación sacroiliaca.

3 LIGAMENTOS SACROILIÁCOS POSTERIORES (LARGOS)

Desde el sacro al ilion, por debajo de la articulación sacroiliaca.

4 LIGAMENTO SACROESPINOSO

Desde el sacro y coxis a la espina isquiática.

5 LIGAMENTO SACROTUBEROSO

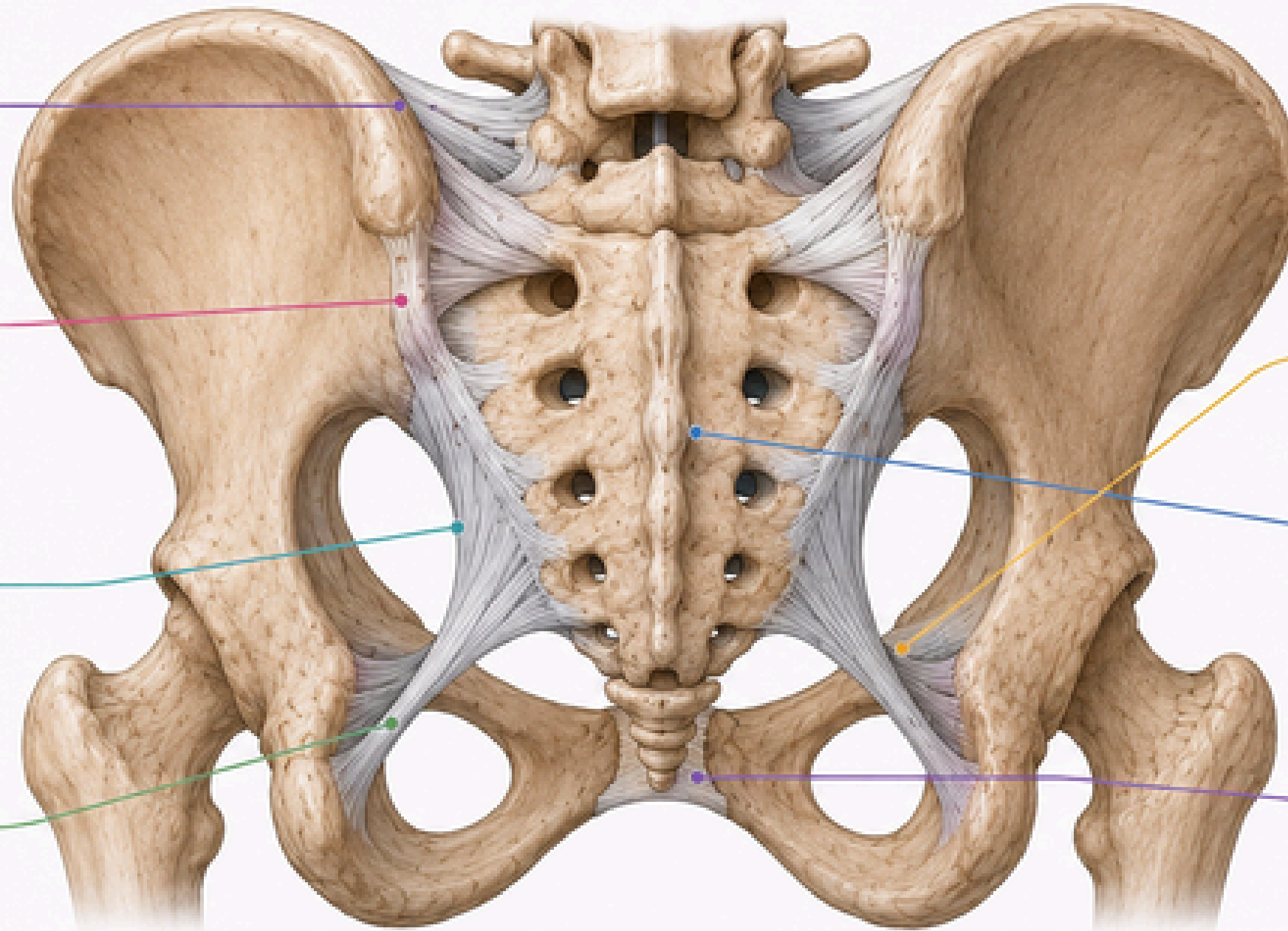
Desde el sacro y coxis al tubérculo isquiático.

6 LIGAMENTOS INTERÓSEOS SACROS POSTERIORES

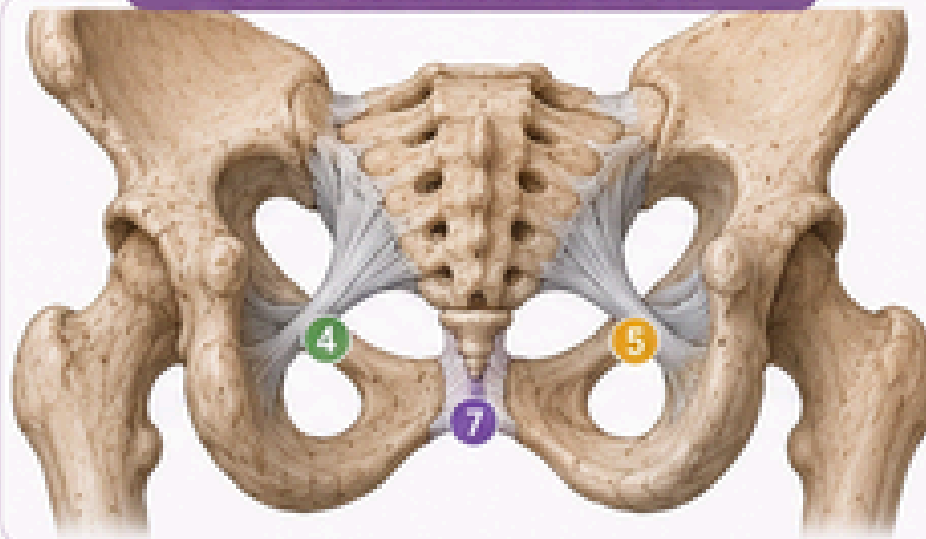
Entre las superficies posteriores de las vértebras sacras.

7 LIGAMENTO COXÍGEO POSTERIOR

Desde el sacro (S4-S5) al coxis.

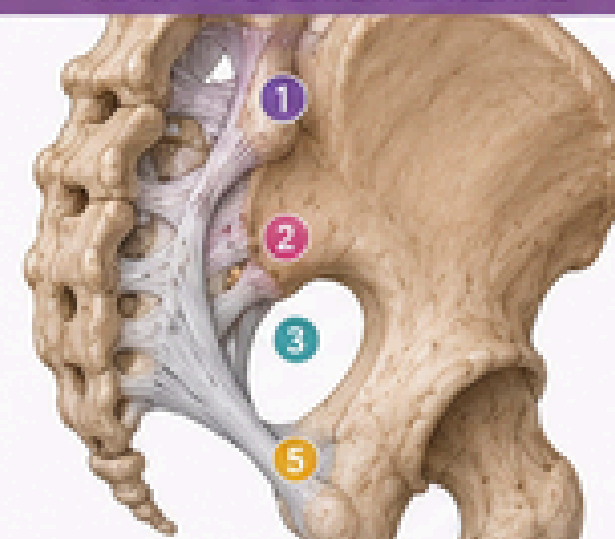


VISTA POSTERIOR INFERIOR



- 1 Iliolumbar
- 2 Sacroiliacos posteriores (cortos)
- 3 Sacroiliacos posteriores (largos)
- 4 Sacroespinoso
- 5 Sacrotuberoso
- 6 Interóseos sacros posteriores
- 7 Coxígeo posterior

VISTA POSTERIOR LATERAL



Estos ligamentos estabilizan las articulaciones sacroiliacas y proporcionan soporte importante a los órganos pélvicos.

LIGAMENTOS DEL ÚTERO

VISTA ANTERIOR

LIGAMENTO SUSPENSORIO DEL OVARIO

Contiene los vasos ováricos. Va desde el polo superior del ovario hasta la pared lateral de la pelvis.

LIGAMENTO PROPIO DEL OVARIO

Desde el útero al polo inferior del ovario.

LIGAMENTO ANCHO (mesometrio, mesosalpinx, mesovario)

Doble pliegue de peritoneo que sostiene al útero, trompas y ovarios y los fija a las paredes laterales y al fondo de la pelvis.

LIGAMENTO REDONDO DEL ÚTERO

Desde el cuerno uterino a través del conducto inguinal hasta los labios mayores.

LIGAMENTO TRANSVERSO DEL CUELLO (CARDINAL)

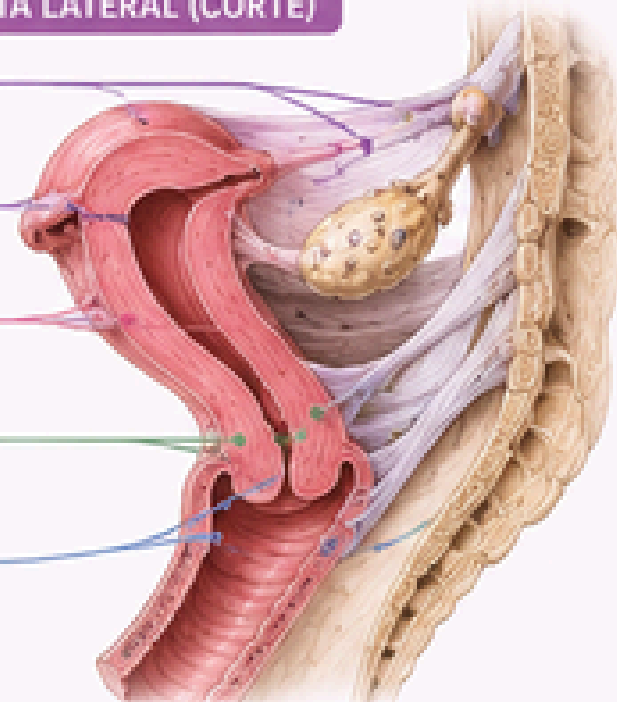
Desde el cuello del útero hasta las paredes laterales de la pelvis.

LIGAMENTOS UTEROSACROS

Desde la porción superior del cuello uterino y vagina hasta el sacro.

VISTA LATERAL (CORTE)

- Ligamento suspensorio del ovario
- Ligamento propio del ovario
- Ligamento redondo del útero
- Ligamento transverso del cuello (cardinal)
- Ligamento uterosacro



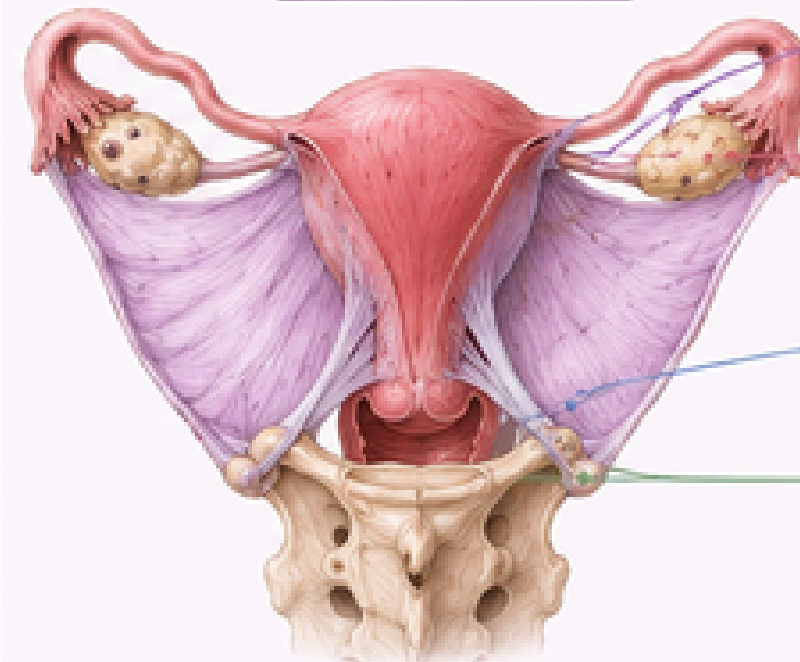
FUNCIÓN PRINCIPAL

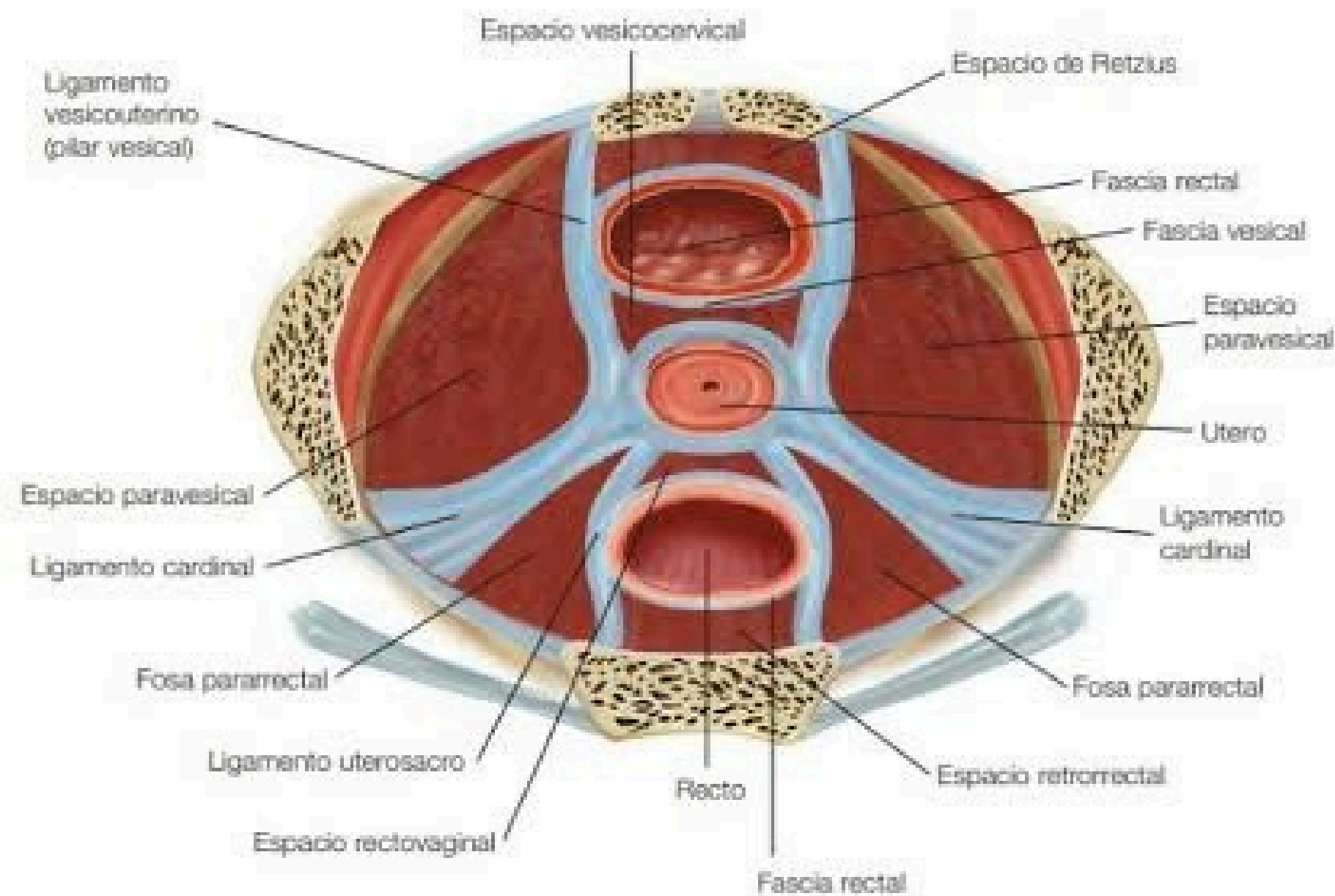
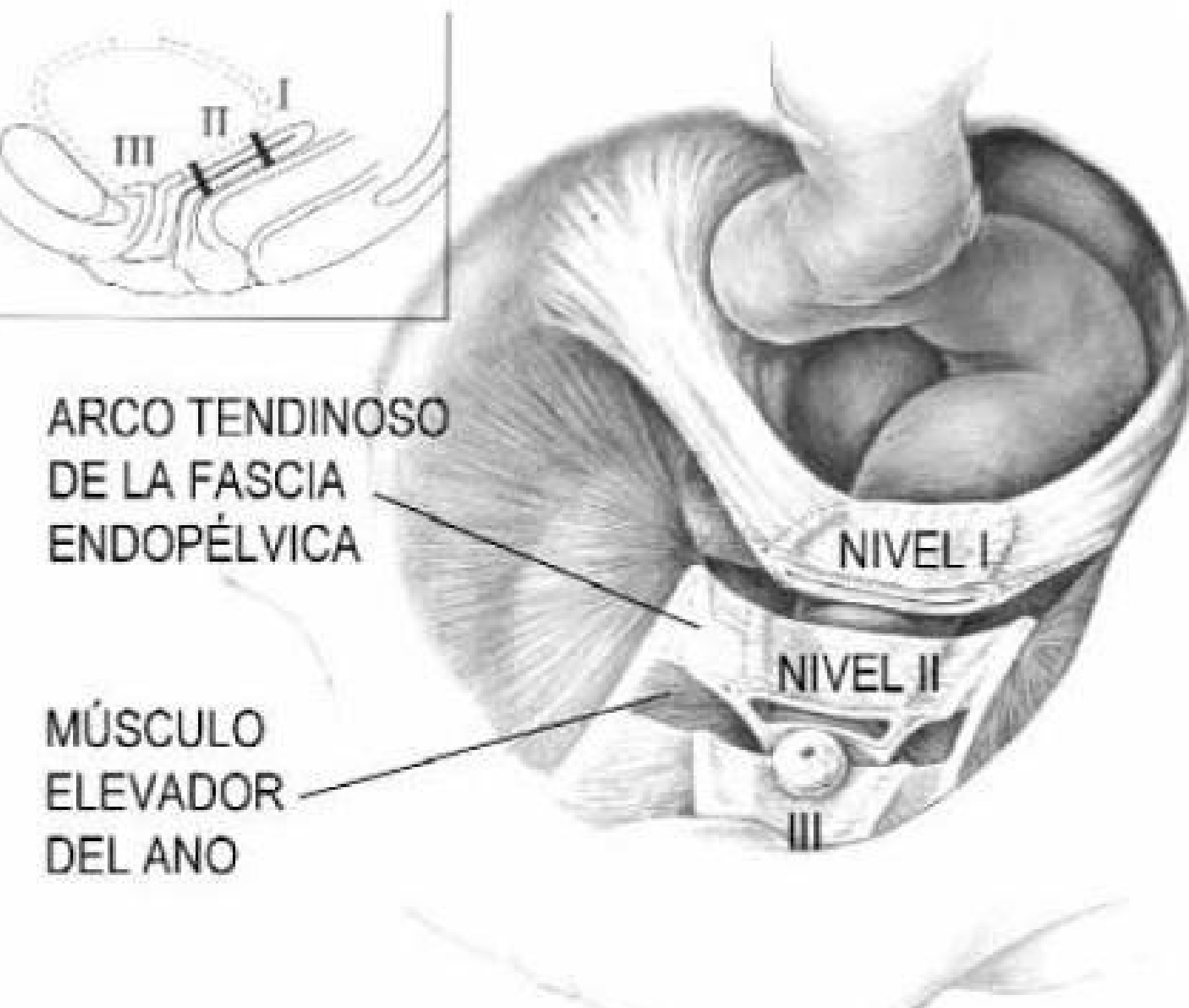


Mantienen al útero en su posición, le dan estabilidad y permiten su movilidad controlada durante el embarazo y el parto.

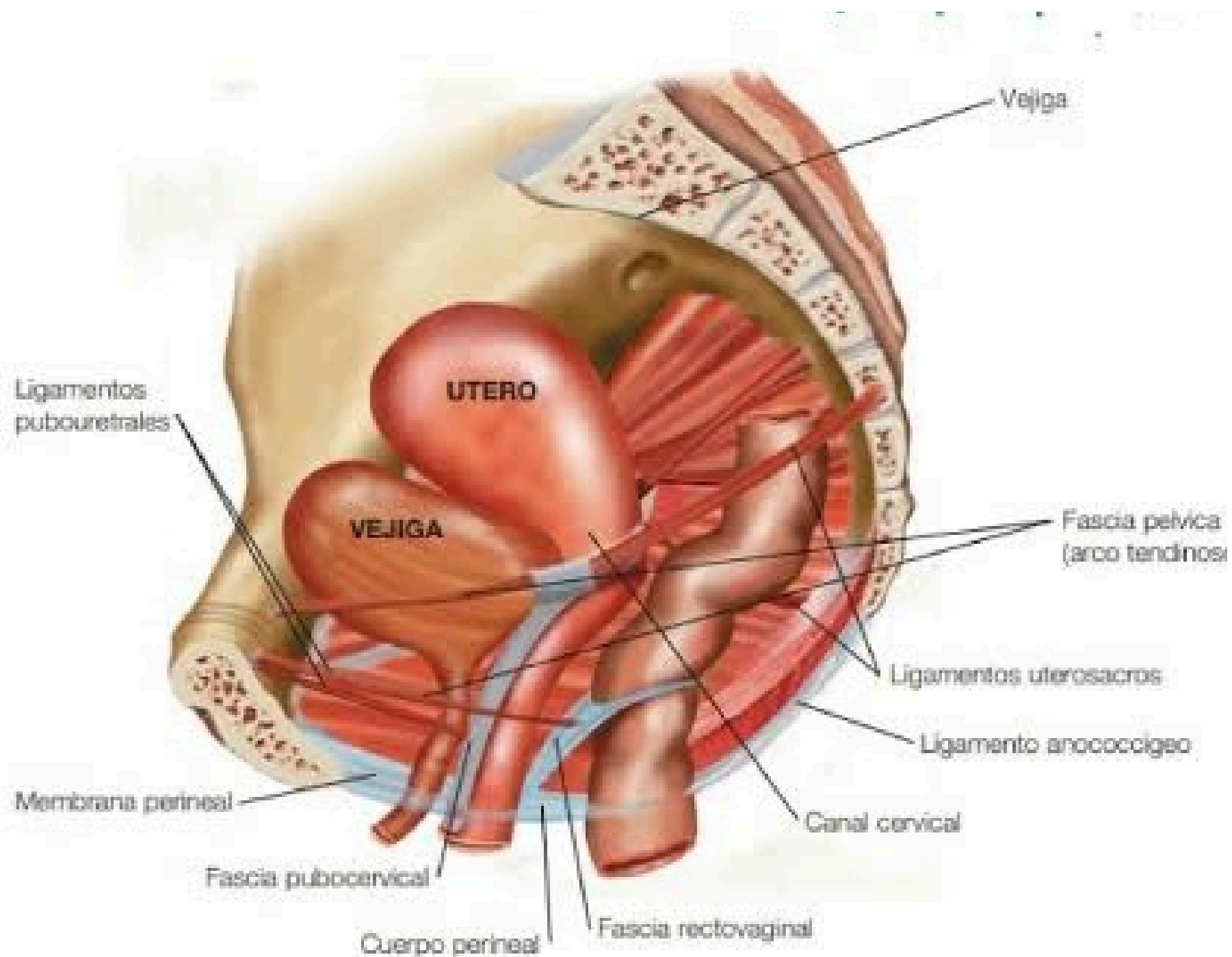
VISTA POSTERIOR

- Ligamento propio del ovario
- Ligamento suspensorio del ovario
- Ligamentos uterosacos
- Ligamentos transversos del cuello (cardinales)

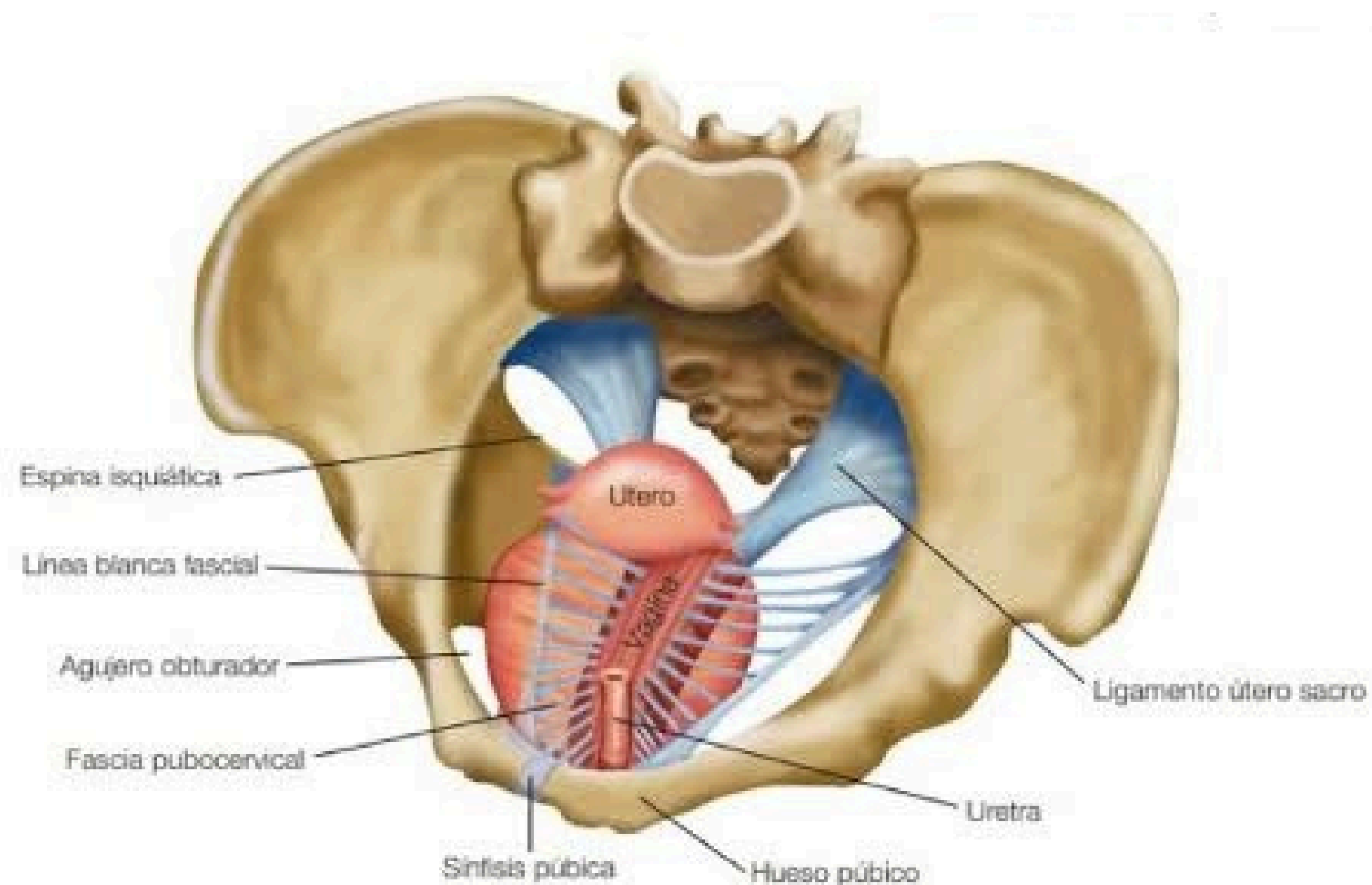




Ligamentos y pilares del tejido conjuntivo endopélvico.



Estructuras del suelo
pélvico femenino



Unión útero vaginal y vejiga
sustentados por fascia pubocervical.

COMPOSICIÓN



- **FIBRAS DE CONTRACCION LENTA**
- TIPO 1
- RESPONSABLES: TONO MUSCULAR Y SOPORTE DE ORGANOS
- **FIBRAS DE CONTRACCION RÁPIDA**
- TIPO 2
- RESPONSABLE: CIERRE DE ESFINTERES EN INCREMENTOS DE PRESION ABDOMINAL

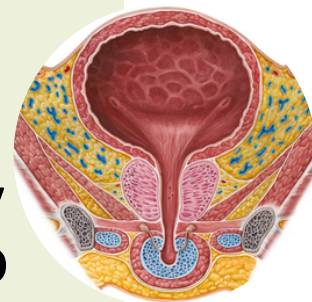
PINZÓN, D. J. ET AL. (2022). REHABILITACIÓN DE PISO PÉLVICO: MENSAJES PARA MEDICOS GENERALES, ESPECIALISTAS Y FISIOTERAPEUTAS. REVISTA MEXICANA DE UROLOGIA. 82 (5): 1-9.



Visceras pélvicas

Vejiga

La **vejiga** urinaria es un órgano que **recolecta** orina, luego de que ésta haya sido filtrada por los riñones



Útero

Órgano muscular hueco de unos 8 cm de largo. Consta de **cuello**, **istmo** y **cuerpo**.

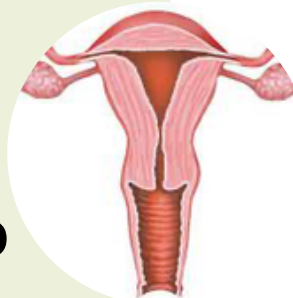
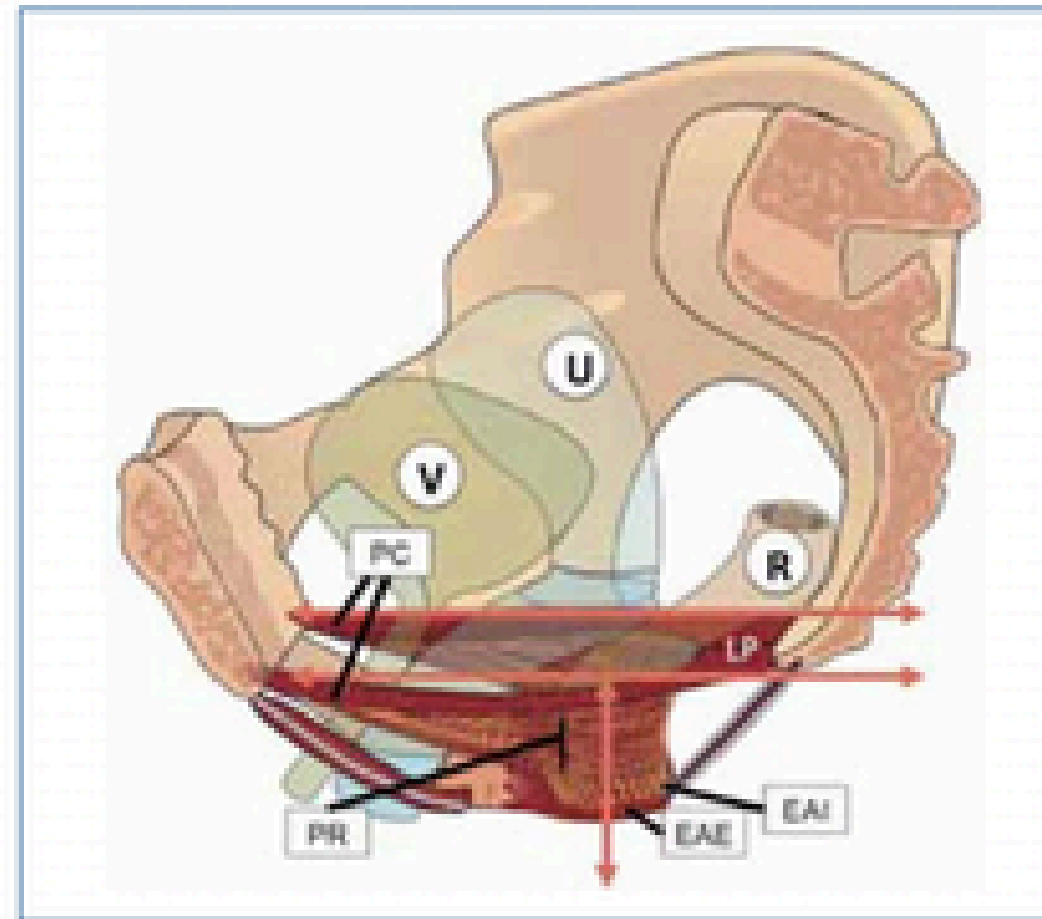


FIGURA 2. RELACIÓN DE MUSCULATURA PISO PÉLVICO Y ÓRGANOS PÉLVICOS

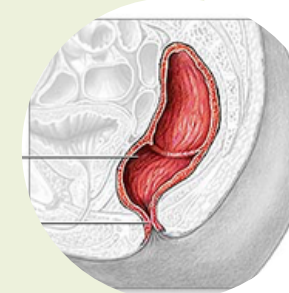


Pelvis femenina. Disposición de las fibras del músculo elevador del ano, haz pubococcígeo (PC) y puborrectal (PR). Ubicación y relación con esfínter anal interno (EAI) y externo (EAE) y órganos pélvico de anterior a posterior: vejiga (V), útero (U) y recto (R).

Formado:
80% de tejido conjuntivo
20% fibra muscular
(14% tipo I, 6% tipo II)

Recto

Última parte del intestino grueso y conecta al colon sigmoideo con el canal anal. Función **reabsorción de agua** y de **electrolitos de las heces**.



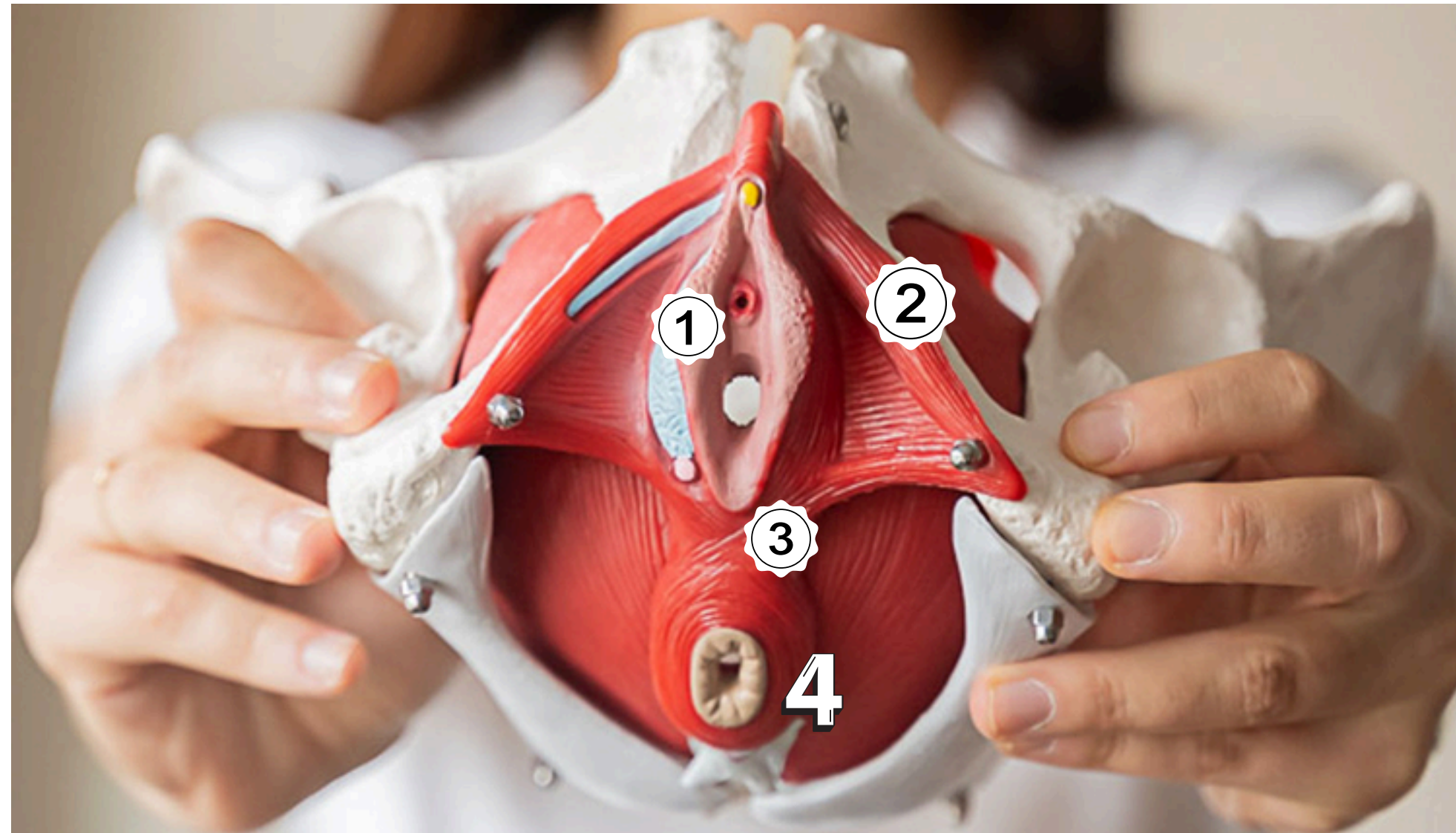
Herschorn S. Female pelvic floor anatomy: the pelvic floor, supporting structures, and pelvic organs. Rev Urol. 2004;6 Suppl 5:S2-S10

MÚSCULOS SUPERFICIALES

BULBOESPONJOSO

Su contracción:

- Comprime la vena dorsal del clítoris, (lo que favorece su erección).
- Comprime la glándula vestibular mayor.
- Estrecha el introito vaginal



TRANSVERSO SUPERFICIAL

ESFINTER ANAL EXTERNO

ISQUIOCAVERNOSO

SU CONTRACCIÓN

- COMPRIME AL CUERPO CAVERNOSO
- ERECCION DEL CLITORIS Y EYACULACIÓN

LFT. JESSICA HERNÁNDEZ SALAZAR



FISIOEXCELENCIA

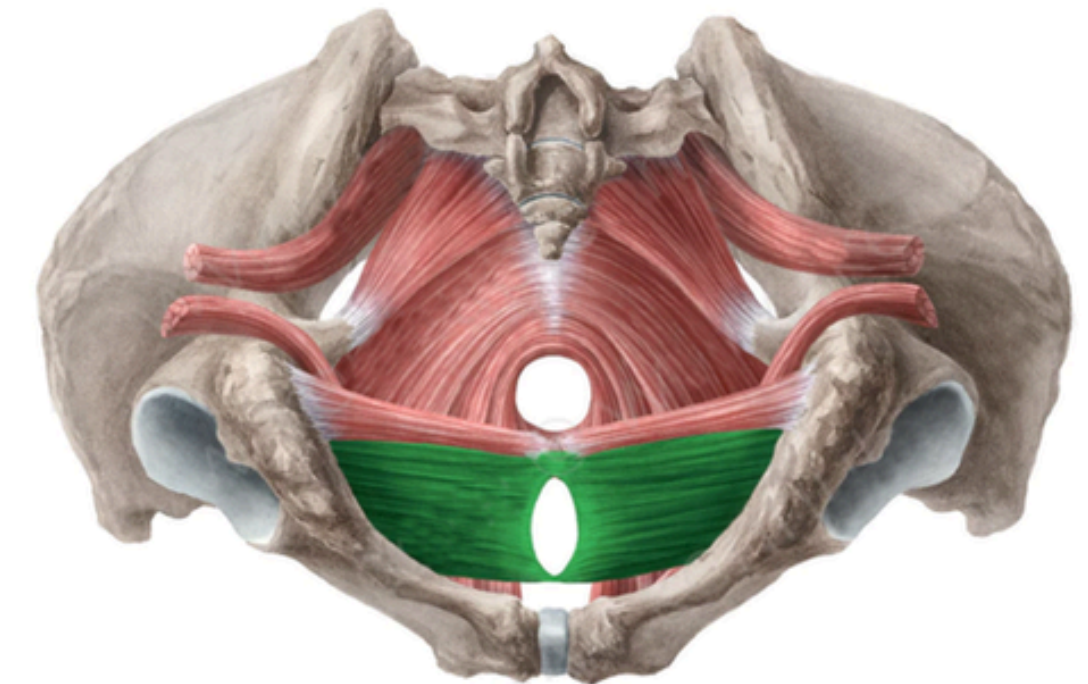
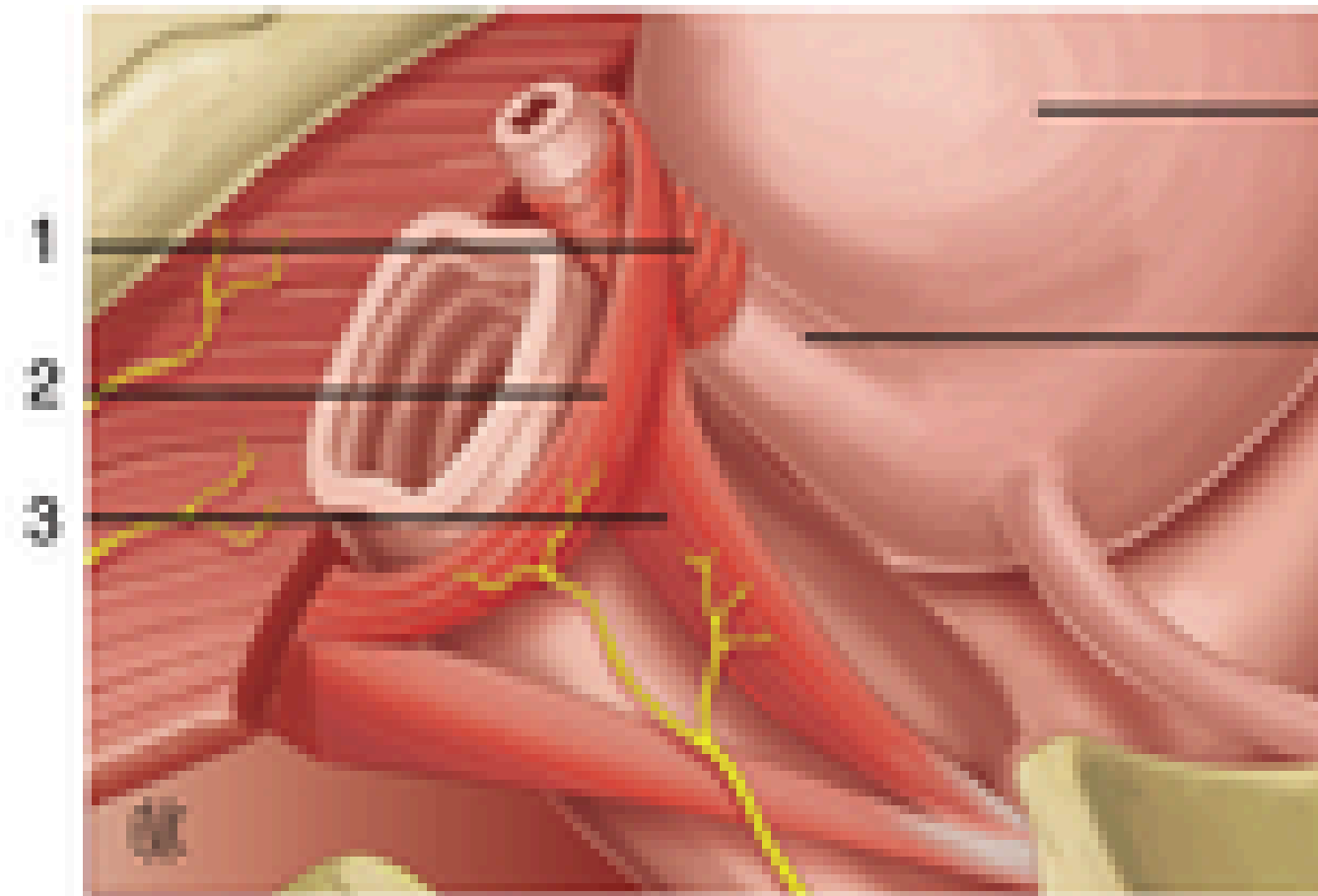
MÚSCULOS PLANO MEDIO

ESFINTER DE LA URETRA

Esfínter estriado de la uretra:

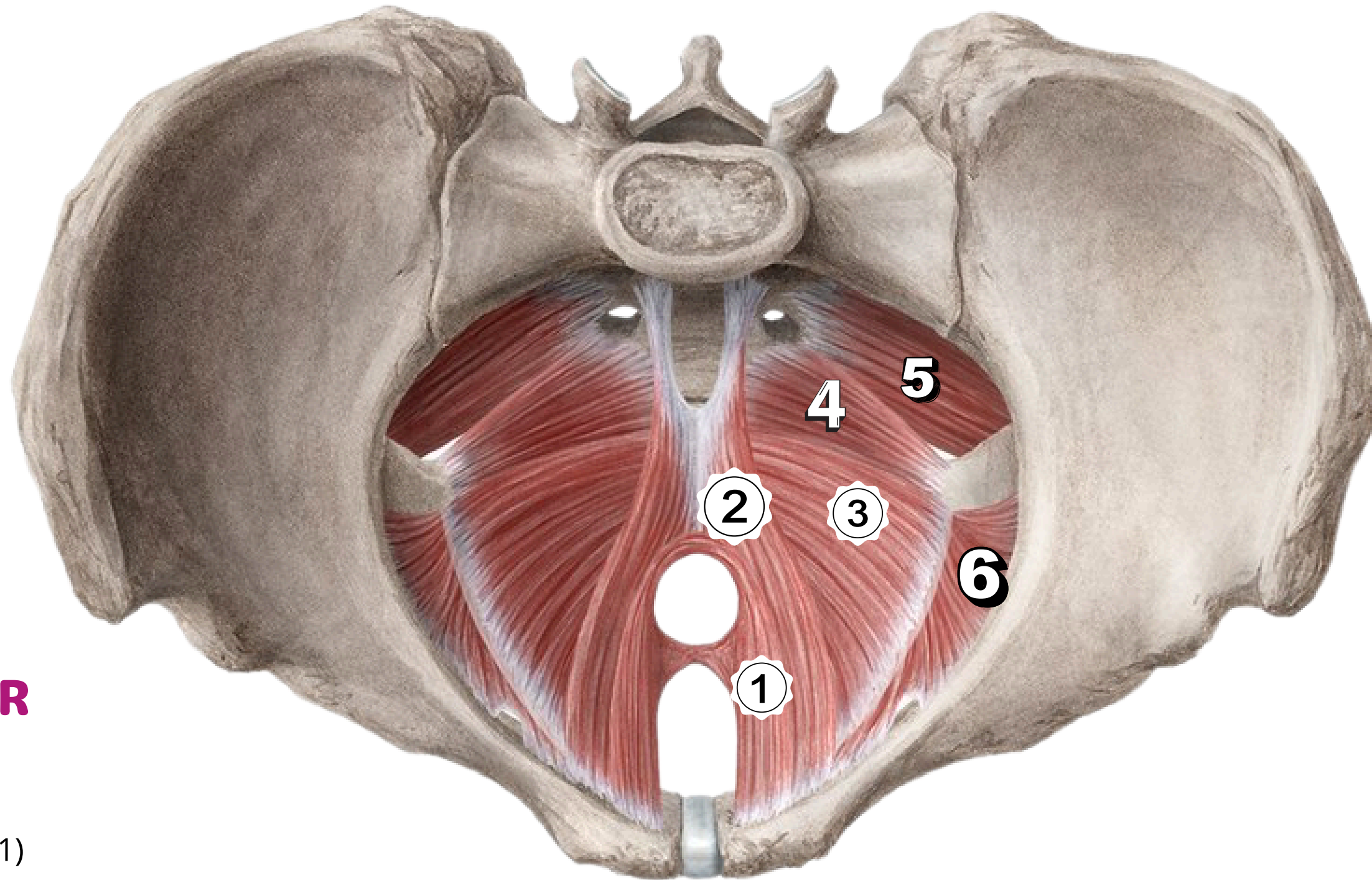
Esfínter retrovaginal (2): fibras circulares que rodean la uretra y se insertan en la cara anterior y lateral de la vagina.

Compresor de la uretra (3): fibras transversales bajo la uretra que se insertan en las ramas isquiopúbicas.



**TRANSVERSO
PROFUNDO**

MÚSCULOS PROFUNDOS



ELEVADOR DEL ANO

- Puborectal (1)
- Pubococcigeo (2)
- Iliococcigeo (3)

PIRAMIDAL (5)

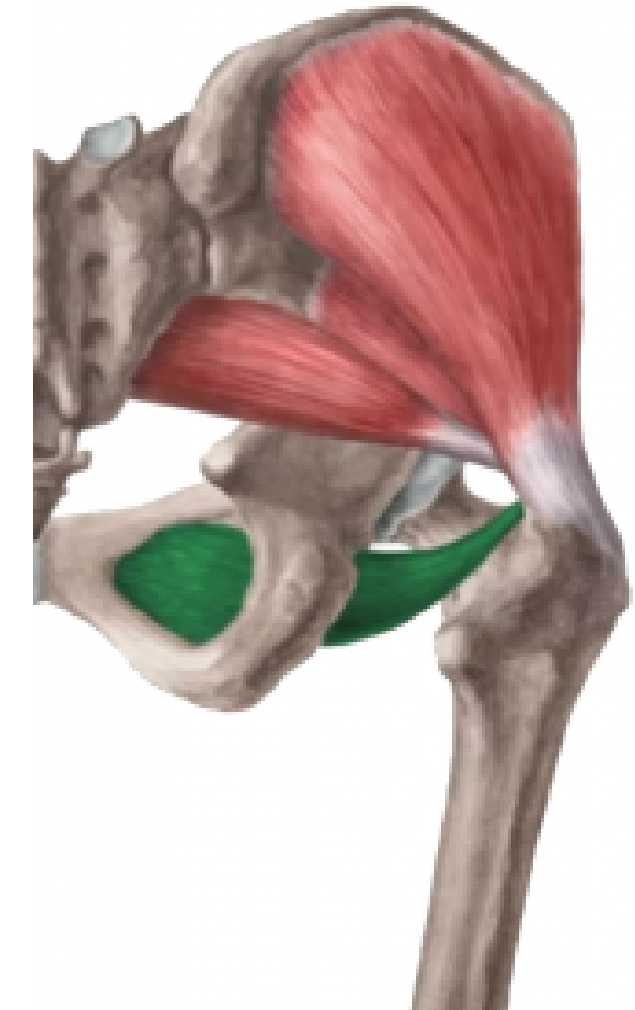
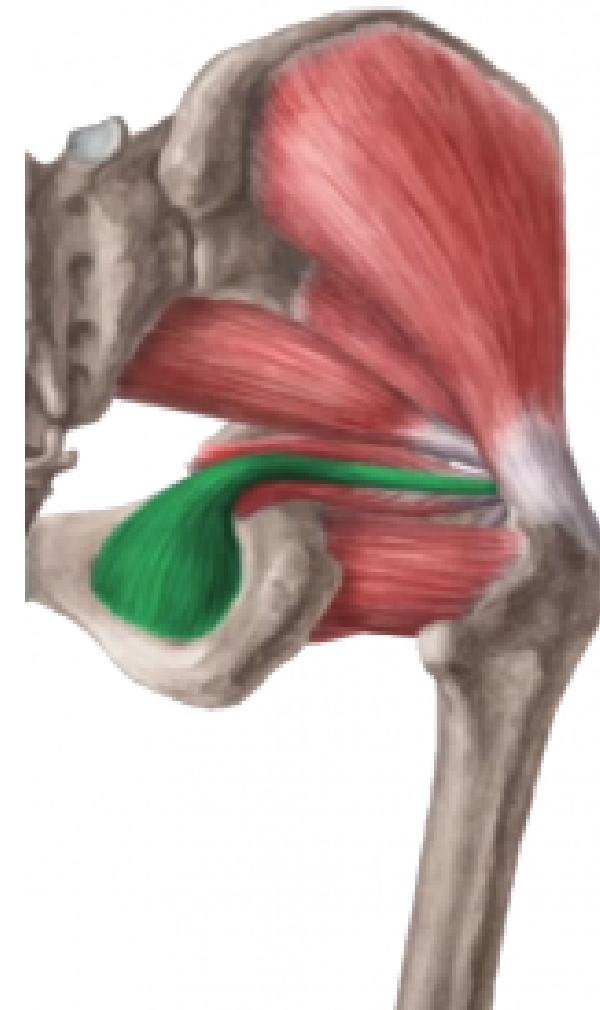
ISQUIOCOCCIGEOS (4)

LFT. JESSICA HERNÁNDEZ SALAZAR

MÚSCULOS ENDOPÉLVICOS

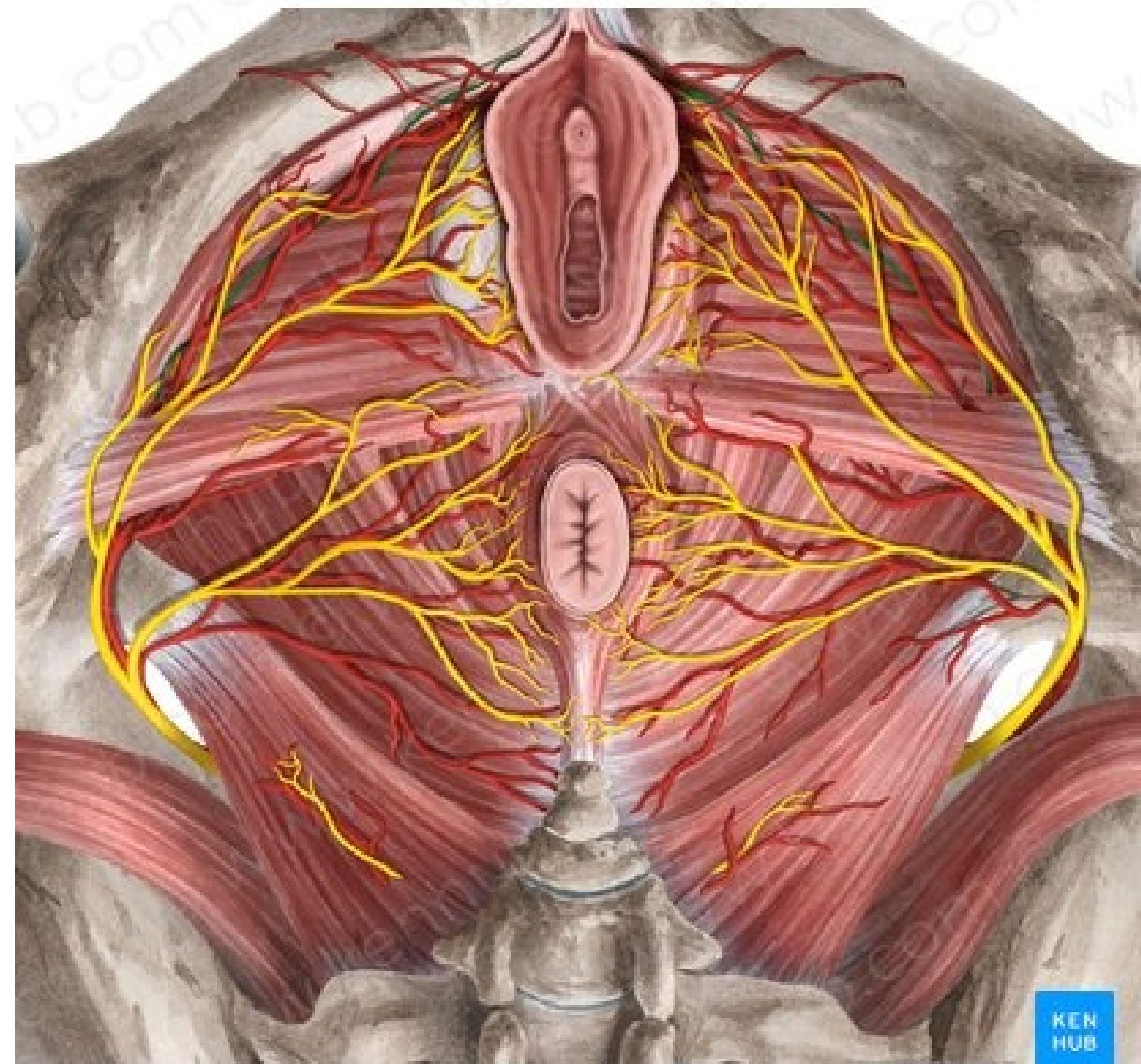
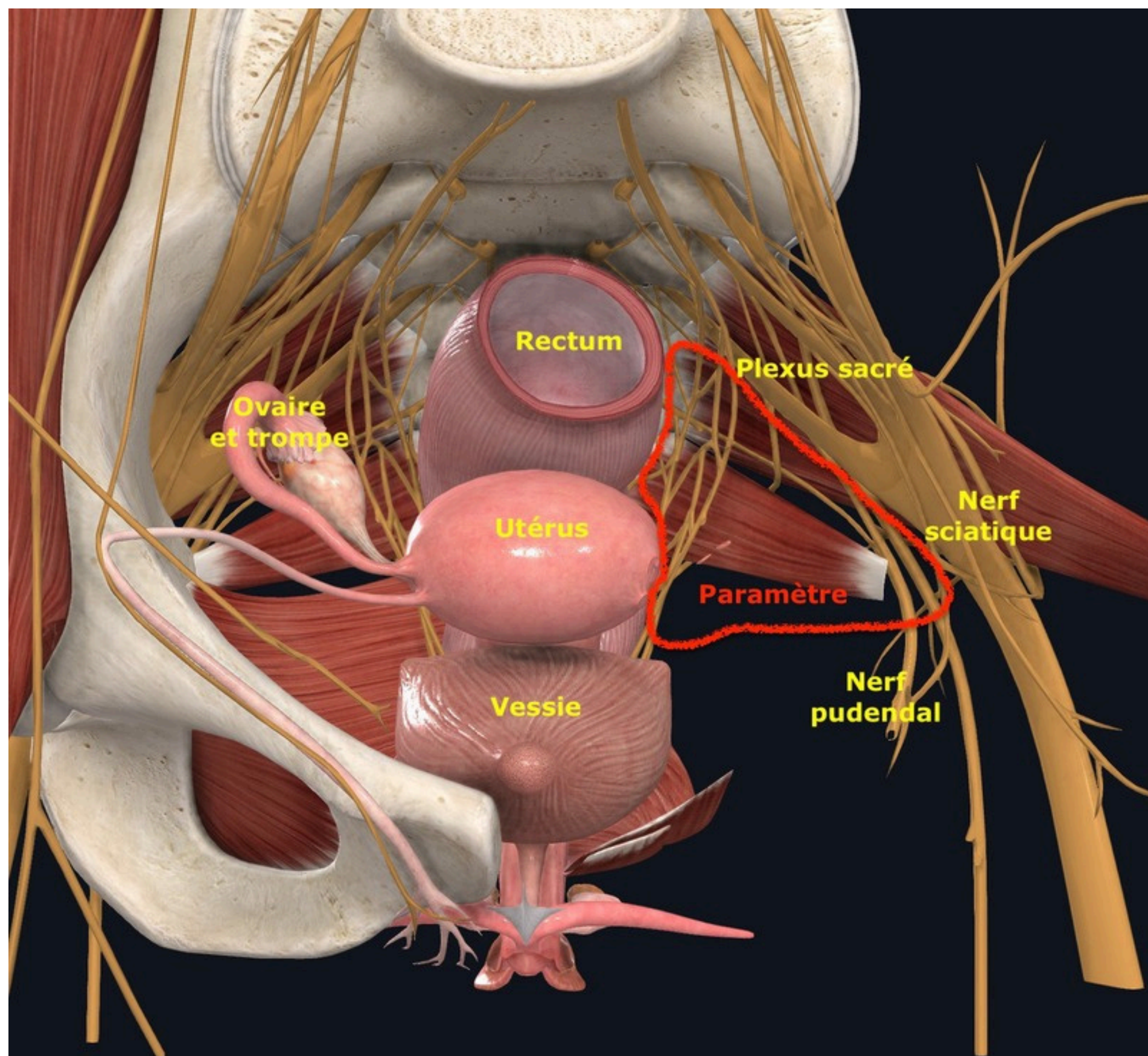


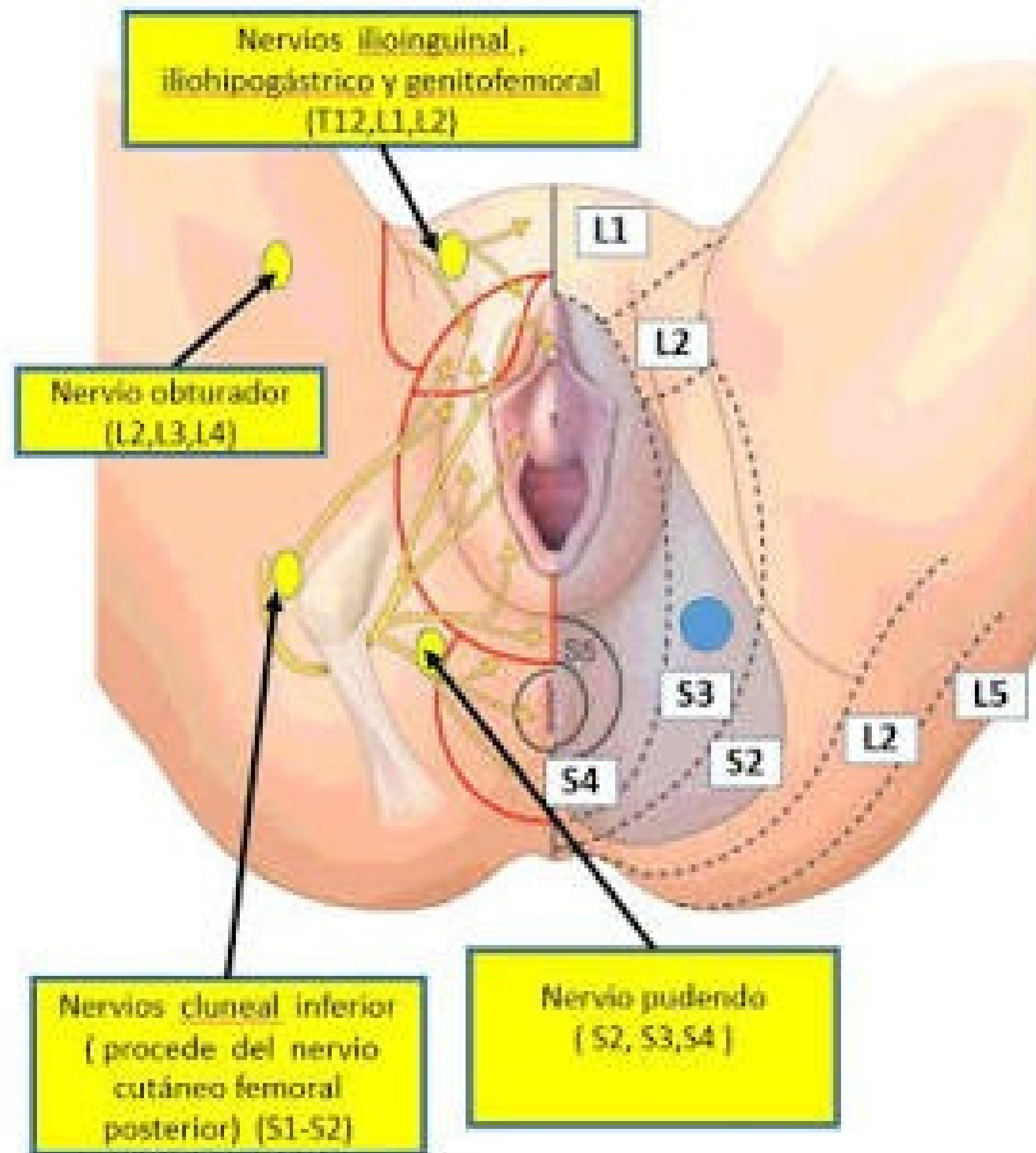
PIRAMIDAL

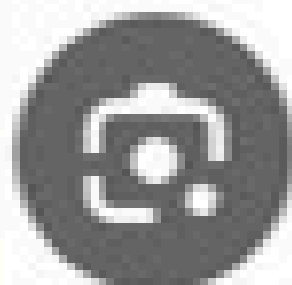
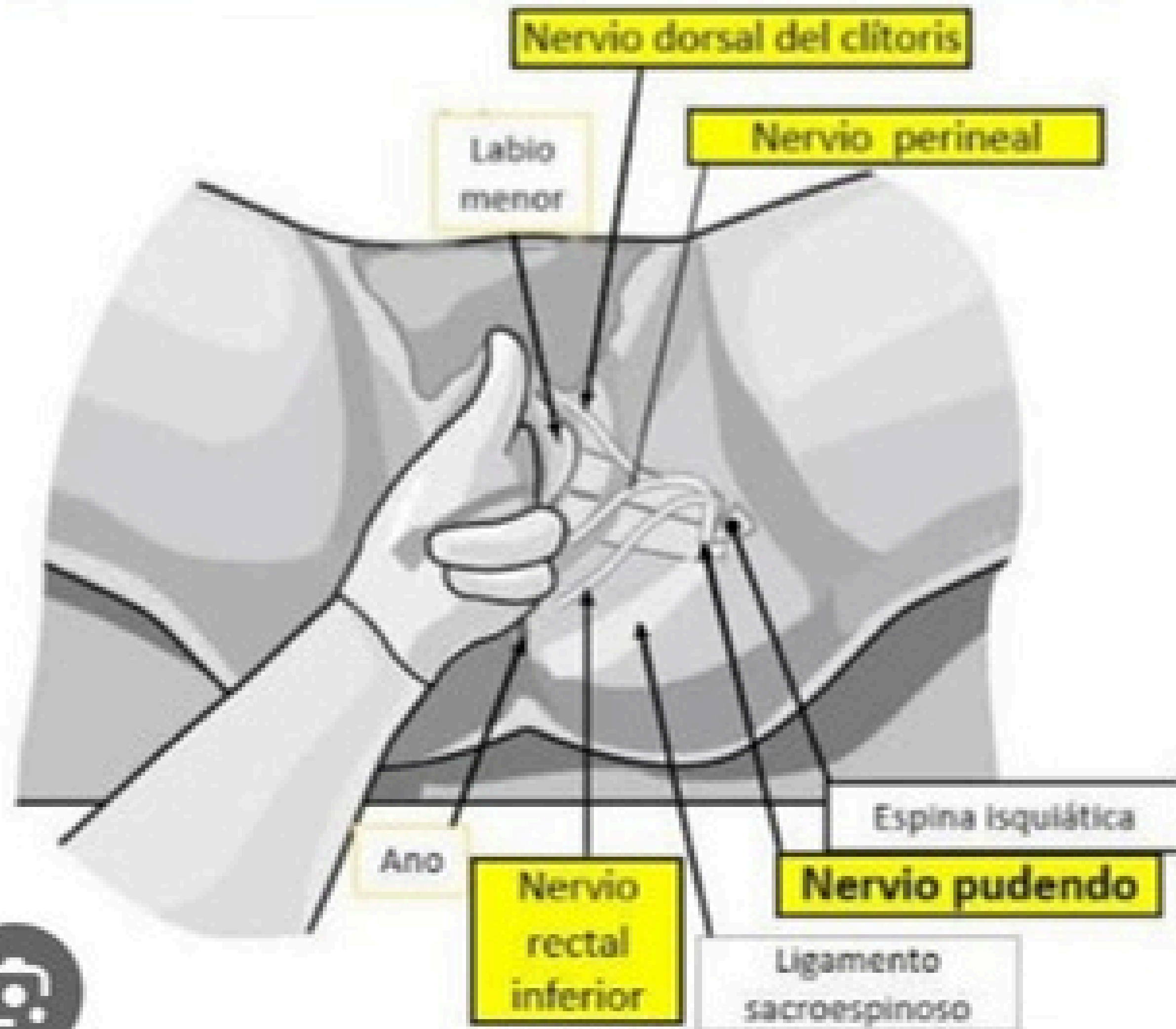


**OBTURADOR
INTERNO Y
EXTERNO**

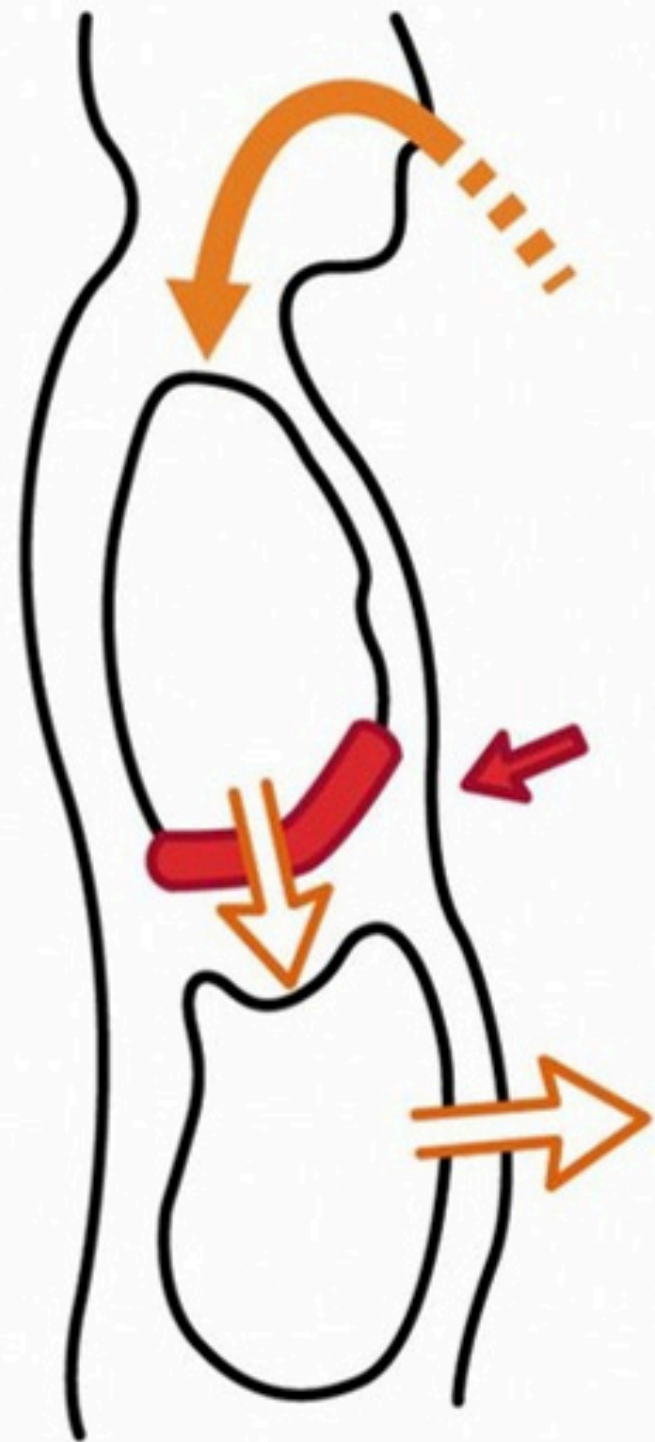
3. CONTROL NEUROLOGICO Y FUNCION





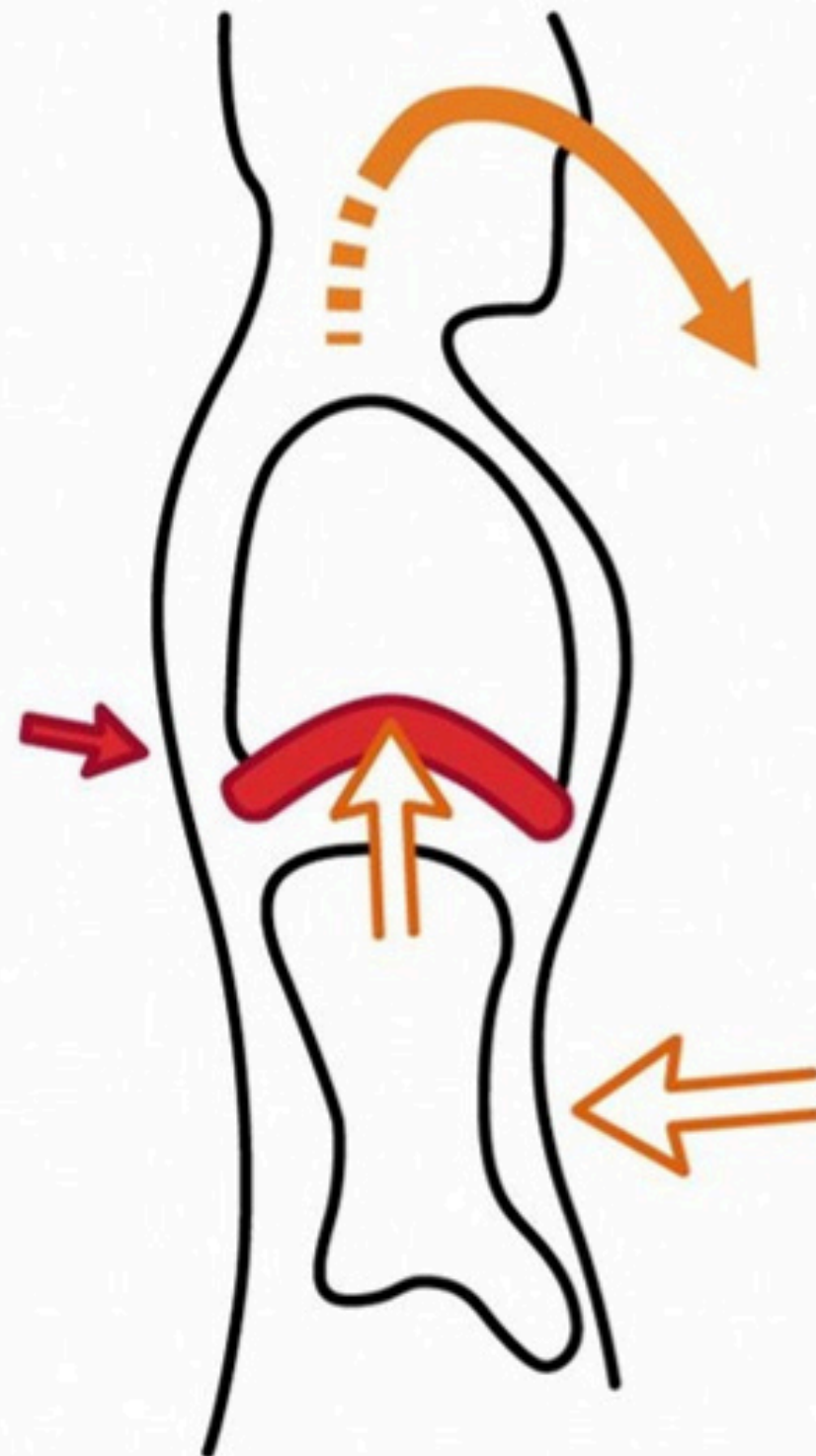


Inhalación

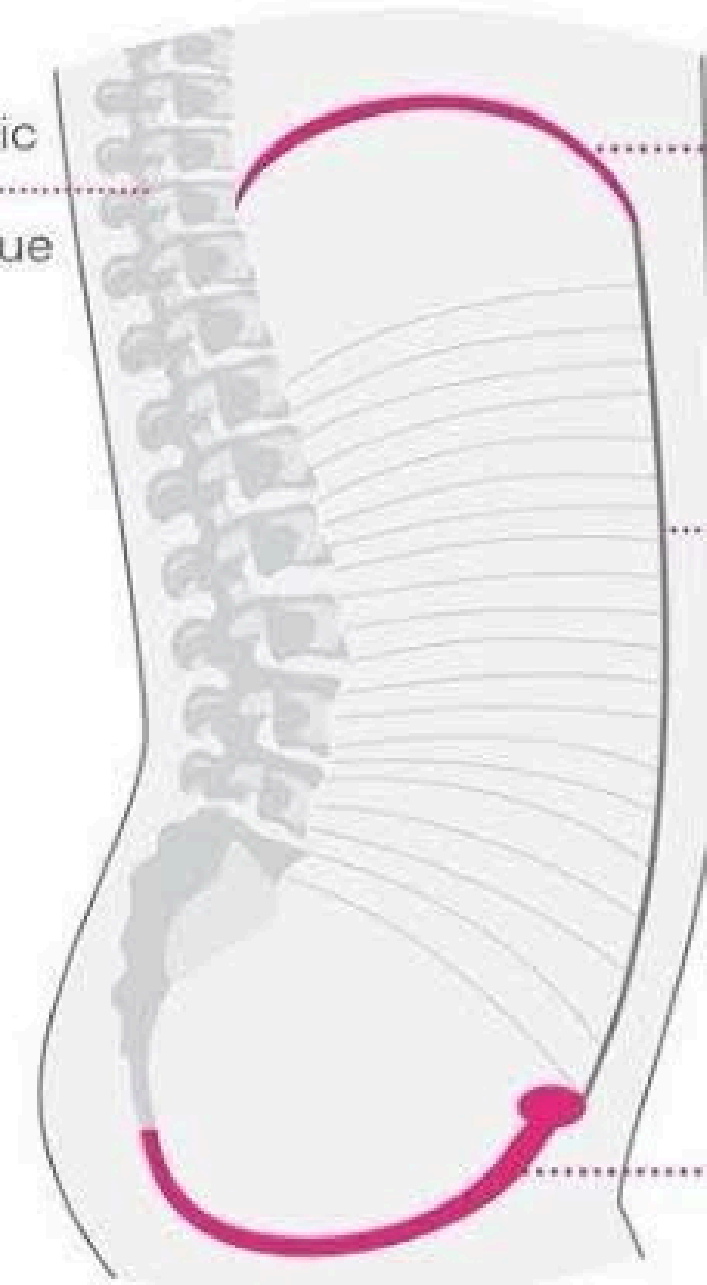


diafragma

Exhalación



Lumbar/Thoracic
Muscles &
Connective Tissue



Diaphragm

Abdominal Wall
Muscles &
Connective Tissue

Pelvic Floor
Muscles

Core Activation: The 'Expansion and Compression' cycle of the Core driven by the breath

www.burrelleducation.com

©Burrell Education 2012

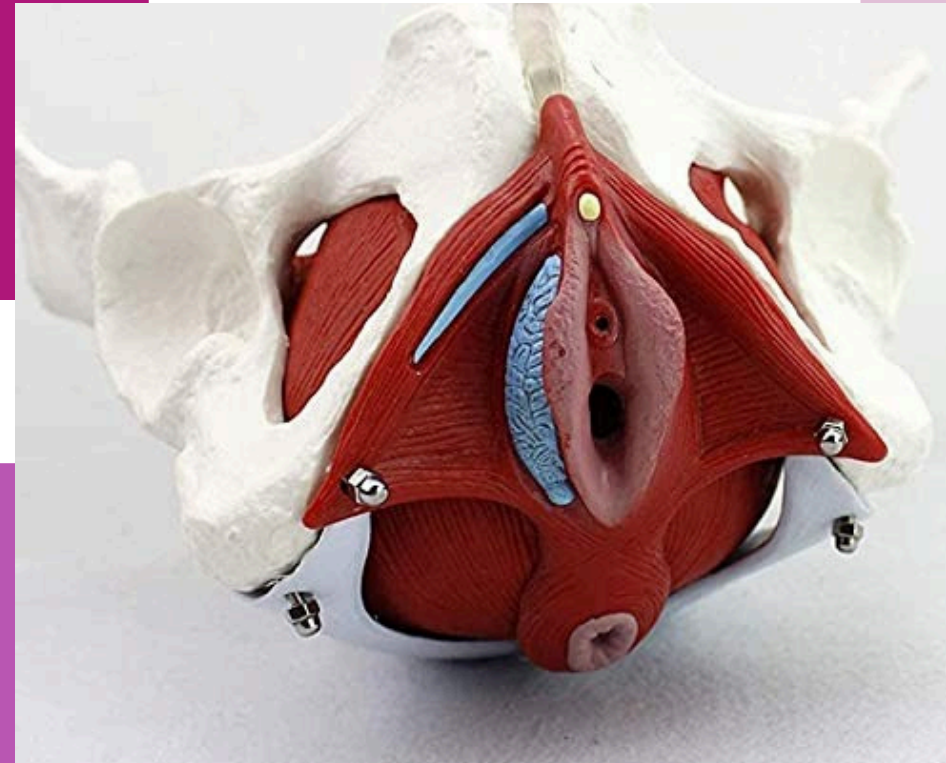
4. ENTREVISTA CLINICA Y DETECCION DE DISFUNCIONES

FASE DIAGNOSTICA FISIOTERAPÉUTICA

VALORAR, ANALIZAR, Y EVALUAR
LA NATURALEZA DE LA
PATOLOGIA

FUNCIONAMIENTO DEL SP,
GRADO DE CONTRACCIÓN
GLOBALIDAD EN LA
RESPIRACION Y MOVIMIENTO.

EXPLORACIÓN FISICA
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS



PRONÓSTICO E
INTERVENCION
FISIOTERAPÉUTICA



FISOEXCELENCIA

PINZÓN, D. J. ET AL. (2022). REHABILITACIÓN DE PISO PÉLVICO:
MENSAJES PARA MEDICOS GENERALES, ESPECIALISTAS Y
FISIOTERAPEUTAS. REVISTA MEXICANA DE UROLOGIA. 82 (5): 1-9.

LFT. JESSICA HERNÁNDEZ SALAZAR

CONSENTIMIENTO INFORMADO

- **DATOS DEL PACIENTE**
- **INFORMACION SOBRE EL ABORDAJE PÉLVICO EN FISIOTERAPIA**
- **INDICACIONES DEL USO DE TECNICAS FISIOTERAPÉUTICAS**
- **RIESGOS, CONTRAINDICACIONES**
- **COMPROMISO**
- **DECLARACIÓN DEL PACIENTE**
- **DATOS DEL FISIOTERAPEUTA ENCARGADO**



AVISO DE PRIVACIDAD

- **DATOS DEL PACIENTE**
- **DATOS DEL RESPONSABLE**
- **OBJETIVO DEL TRATAMIENTO**
- **DERECHOS ARCO (ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN, OPOSICIÓN)**
- **OPCIONES PARA LIMITAR USO DE DATOS**
- **CAMBIOS DE AVISO**



ANAMNESIS

- **DATOS PERSONALES**
- **MOTIVO DE CONSULTA**
- **DIAGNÓSTICO MÉDICO**
- **OBJETIVOS DEL PACIENTE**
- **ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES, PATÓLOGICOS, NO PATOLÓGICOS**
- **DATOS UROGINECOLÓGICOS-COLOPROCTOLÓGICOS**
(EMBARAZOS, MENSTRUACIÓN, PERDIDA DE ORINA, DESEOS DE ORINAR, NO. VECES ORINAR Y DEFECAR, ORINA EN LA NOCHE, SENSACION DE VACIADO, CHORRO DE ORINA, BULTO EN GENITALES, ESTREÑIMIENTO, PUJAR, HEMORROIDES, DOLOR SEXUAL, RESEQUEDAD, ETC.)
- **PRUEBAS MÉDICAS, CUESTIONARIOS, DIARIO MICCIONAL**
- **EXPLORACIÓN**
(POSTURA, DIAFRAGMA, ABDOMEN, CUADRADO LUMBAR, FLEXORES DE CADERA, CICATRICES, SUELO PELVICO, GLUTEOS)
- **EXAMEN NEUROLÓGICO**
- **TACTO ANAL (OPCIONAL)**



PATOLOGIAS

**INCONTINENCIA URINARIA,
ANAL O FECAL**

**DISFUNCIONES
SEXUALES**



PROLAPSOS

SINDROMES DOLOROSOS



FISIOEXCELENCIA

**PENA,O.(2007). TRATAMIENTO DE LA
DISFUNCION DEL SUELO PELVICO.
ACTAS UROL ESP; 31 (7): 719-731.**

LFT. JESSICA HERNÁNDEZ SALAZAR

INCONTINENCIA URINARIA



La **incontinencia urinaria (IU)** es la **pérdida involuntaria de orina**, es un síntoma común que aparece en muchas enfermedades, afectando a todos los grupos de edad y a ambos sexos.

INCONTINENCIA DE
ESFUERZO

INCONTINENCIA DE
URGENCIA

INCONTINENCIA MIXTA

Tuda, C. M., & Fernández, M. P. C. (2019). Prevalencia y factores asociados a incontinencia urinaria en el área de salud este de Valladolid. *Enfermería Global*, 19(1), 390-412.
<https://doi.org/10.6018/eglobal.19.1.368611>

Tabla 1. Repercusiones de la incontinencia.

Esfera	Repercusiones
Física	Irritación e infecciones de la piel Úlceras por presión Infecciones urinarias Predispone a las caídas
Psíquica	Depresión Ansiedad Trastornos del sueño Pérdida de la autoestima Sentimientos negativos: desesperanza, soledad, vergüenza, miedo a oler mal, etc.
Social	Restricción actividad social Alteración relación con el cónyuge Alteración relaciones sexuales Aislamiento Mayor necesidad de apoyo familiar Mayor necesidad recursos sociosanitarios Predispone a la institucionalización
Económica	Coste global IU: 2% presupuesto sanitario Absorbentes: más del 3% del gasto farmacéutico del Sistema Nacional de Salud Carga para la economía personal y familiar
Vida diaria	Restricción de actividades de la vida diaria Limitación actividad física Cambio tipo de ropa (más oscura) Renuncia actividades de recreación y ocio Estar pendiente ubicación cuarto de baño Tener que ir con frecuencia al servicio Cambio frecuente de ropa interior Sentirse mojada

ETIOLOGIA

Existen factores que afectan el equilibrio fisiológico como por ejemplo:

- a. Alteraciones del piso pélvico que puede verse asociado a lesiones neurológicas y musculares
- b. Alteraciones a nivel de la pared vaginal o del esfínter anal
- c. Lesión directa de los nervios que llevaría a una alteración de la contracción de los músculos y esfínteres, ya sea de manera voluntaria o refleja.

Amador, K., Díaz, S. R., & Montenegro, C. V. (2021). INCONTINENCIA URINARIA. Ciencia & Salud, 5(2). <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v5i2.232>

Anomalias vesicales

Como la hiperactividad del detrusor (Inestabilidad o hiperreflexia del detrusor) y/o la escasa distensibilidad vesical.

Anomalías esfinterianas

Como la hipermovilidad uretral y/o la deficiencia esfinteriana intrínseca, ya sea por cirugía uretral previa, lesión neurológica a nivel sacro, radiación o déficit de estrógenos

LFT. JESSICA HERNÁNDEZ SALAZAR

Tabla 2. Factores de riesgo asociados con la incontinencia urinaria.

Embarazo/Parto vaginal/Episiotomía	Fármacos
Depleción de estrógenos	Diabetes
Debilidad musculatura pélvica	Enuresis nocturna en la infancia
Actividad física de alto impacto	Raza
Obesidad mórbida	Impactación fecal
Ictus	Inmovilidad/Enf. crónica degenerativa
Deterioro cognitivo	Dellirium
Baja ingesta de líquidos	Barreras ambientales

Evaluacion diagnostica

- Historia clinica
- Cuestionarios VALIDADOS (EPIQ, ICIQ-UI-SF)
- Test (Test de Severidad de Sandvik)
- Exploración (test de la compresa)

Tuda, C. M., & Fernández, M. P. C. (2019). Prevalencia y factores asociados a incontinencia urinaria en el área de salud este de Valladolid. Enfermería Global, 19(1), 390-412. <https://doi.org/10.6018/eglobal.19.1.368611>

Tabla 2. Cuestionario ICIQ-UI-SF

FECHA

DIA

MES

AÑO

1- Por favor escriba la fecha de su nacimiento:

DIA

MES

AÑO

2-Usted es (señale cual):

Mujer

Varón

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

nunca

0

una vez a la semana o menos

1

dos o tres veces a la semana

2

un vez al día

3

varias veces al día

4

continuamente

5

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

no se me escapa nada

0

muy poca cantidad

2

una cantidad moderada

4

mucha cantidad

6

5- Estos escapes de orina que tiene ¿quanto afectan su vida diaria? (Por favor marque un círculo en un número entre 0 (no me afecta nada) y 10 (me afectan mucho))

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

nada

mucho

Puntuación de ICIQ: suma las puntuaciones de las preguntas 3 + 4 + 5 =

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

nunca pierde orina

pierde orina antes de llegar al W.C

pierde orina cuando tose o estornuda

pierde cuando duerme

pierde orina cuando hace esfuerzos físicos/ejercicio

pierde orina al acabar de orinar y ya se ha vestido

pierde orina sin un motivo evidente

pierde orina de forma continua

Tabla 1 : Test de Severidad de Sandvik

¿Con que frecuencia se le escapa la orina?

1 =Menos de una vez al mes

2 =Algunas veces al mes

3 = Algunas veces a la semana

4 = Todos los días y/o noches

¿Qué cantidad de orina se le escapa de cada vez?

1 = Gotas (muy poca cantidad)

2 = Chorro pequeño (una cantidad moderada)

3 = Mucha cantidad

El índice se calcula multiplicando el resultado de ambas preguntas y se categoriza en 4 grupos

1-2 = Leve

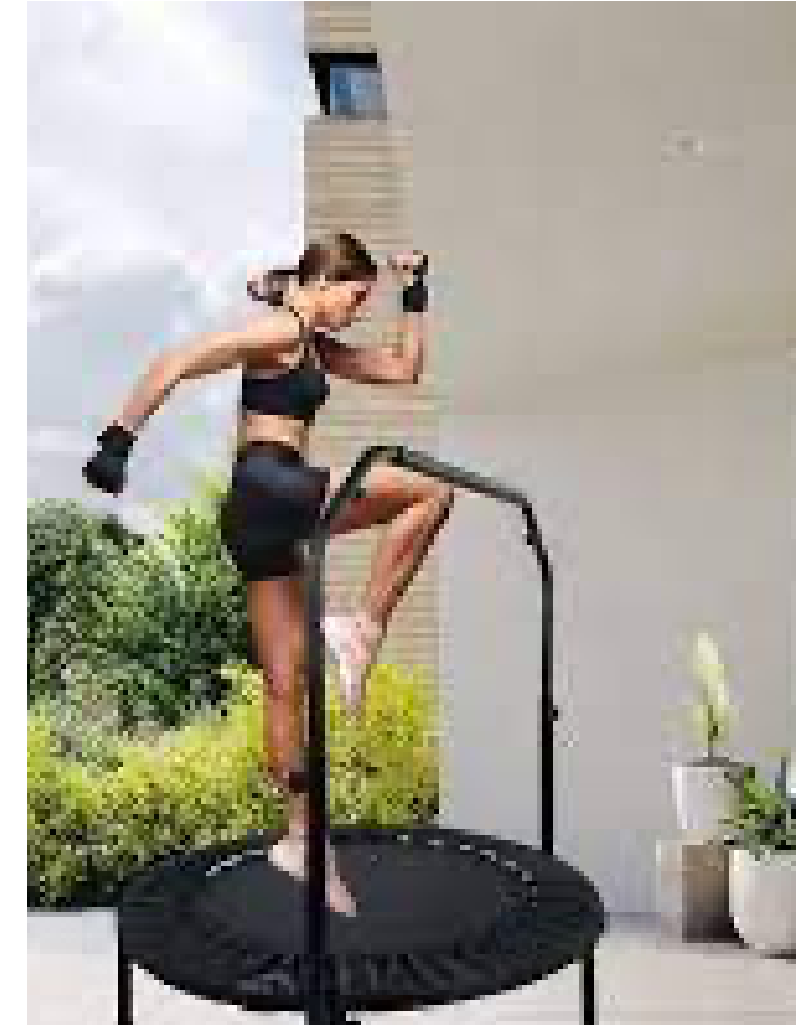
3-6= Moderada

8-9= Severa

12 = Muy severa

IUE

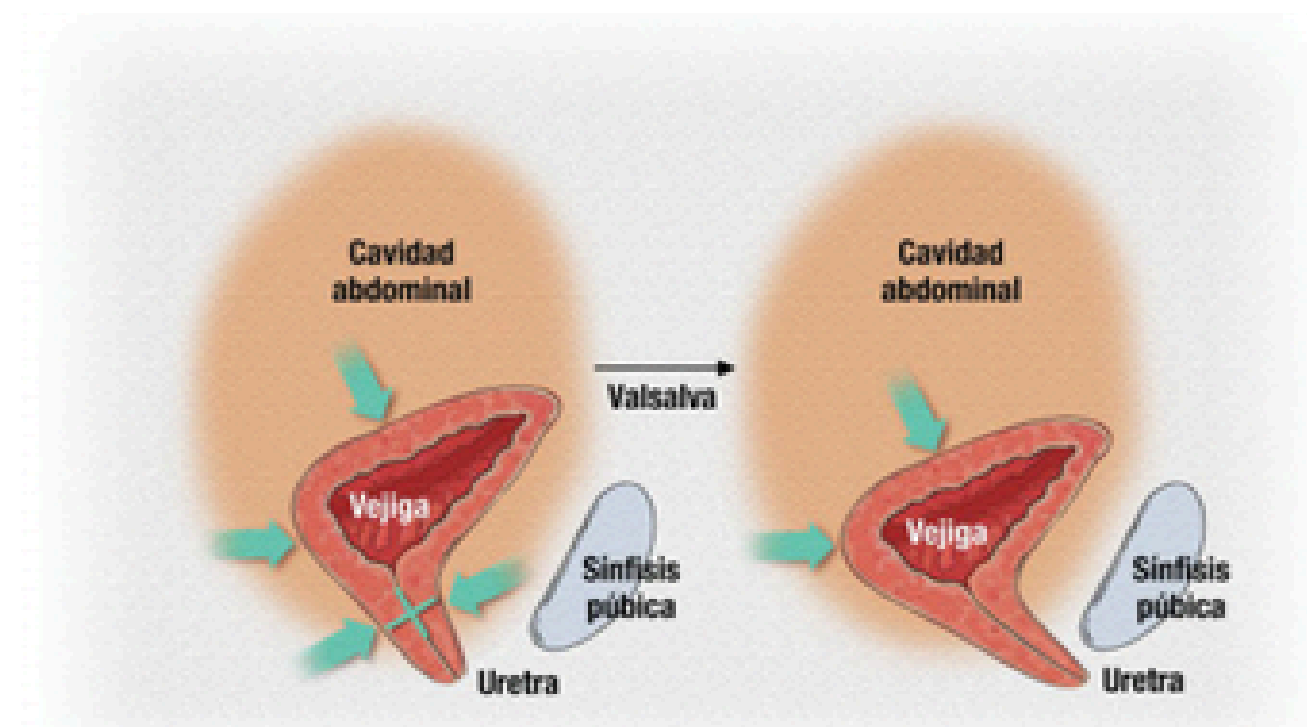
SÍNTOMA DE **PÉRDIDA INVOLUNTARIA DE ORINA** CON LA TOS, ESTORNUDO O **ESFUERZO** UNA O MÁS VECES AL MES Y QUE ESTA PÉRDIDA INCOMODE LO SUFICIENTE PARA MOTIVAR LA BÚSQUEDA DE TRATAMIENTO Y CON UN TEST DE ESFUERZO POSITIVO EN EL EXAMEN FÍSICO.



TRATAMIENTO

Cambios en el estilo de vida, pérdida de peso, rehabilitación del piso pélvico e intervenciones quirúrgicas.

Tellez D., et al. (2017). Aspectos actuales en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres. Rev Mex Urol. 77(5): 411-418.



ESTUDIO PRIDE

Comparó 2 grupos de mujeres:

1. Programa intensivo para disminución de peso durante 6 meses
2. Dieta saludable y 4 sesiones para disminución de peso

Entre sus resultados se observó que el primer grupo disminuyó 8% de peso corporal *versus* 1.6% del segundo grupo.

La disminución de 8% del peso corporal se asoció, a su vez, con disminución de 58% de los episodios de incontinencia urinaria de esfuerzo por semana, comparado con 33% en el grupo control ($p = 0.01$) a 6 meses.

Después de 18 meses las pacientes que perdieron entre 5 y 10% de su peso corporal, disminuyeron en 70% los síntomas de incontinencia urinaria de esfuerzo *versus* quienes aumentaron o mantuvieron su peso original.

Aspectos actuales en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres

Téllez-Díaz Trujillo JA,¹ Aragón-Castro MA,¹ Vázquez-Niño LC,¹ Gutiérrez-Rosales R,¹ Ruvalcaba-Oceguera GE,¹ Guerrero-Reyes G,² y colaboradores.

Resumen

De acuerdo con la Sociedad Internacional de Incontinencia, la incontinencia urinaria de esfuerzo se define como la salida involuntaria de orina con esfuerzo físico al toser o estornudar. La prevalencia estimada de incontinencia urinaria de esfuerzo es de 49%. Entre los factores de riesgo se encuentran: edad, embarazo y paridad; antecedentes de histerectomía, obesidad y radiación pélvica. Se han descrito múltiples estrategias de tratamiento para la incontinencia urinaria de esfuerzo, desde un protocolo conservador, con entrenamiento vesical y cambios en el estilo de vida, hasta intervención quirúrgica. Actualmente, el tratamiento de primera línea para la incontinencia urinaria de esfuerzo es el cabestrillo mediouretral, que es el patrón de referencia con el que se comparan los demás tratamientos quirúrgicos. El tratamiento correctivo es importante para mejorar la calidad de vida de las pacientes que padecen dicha enfermedad.

PALABRAS CLAVE: incontinencia urinaria de esfuerzo, entrenamiento vesical, cabestrillo mediouretral.

Tellez D., et al. (2017). Aspectos actuales en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres. Rev Mex Urol. 77(5): 411-418.

Examen físico

La Rotta, M. G., Bravo-Balado, A., Ramos, A., et Plata, M. (2018). Incontinencia urinaria de esfuerzo femenina: aproximación racional a su diagnóstico y manejo. *Urología Colombiana*, 27(02), 115-125. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1654719>

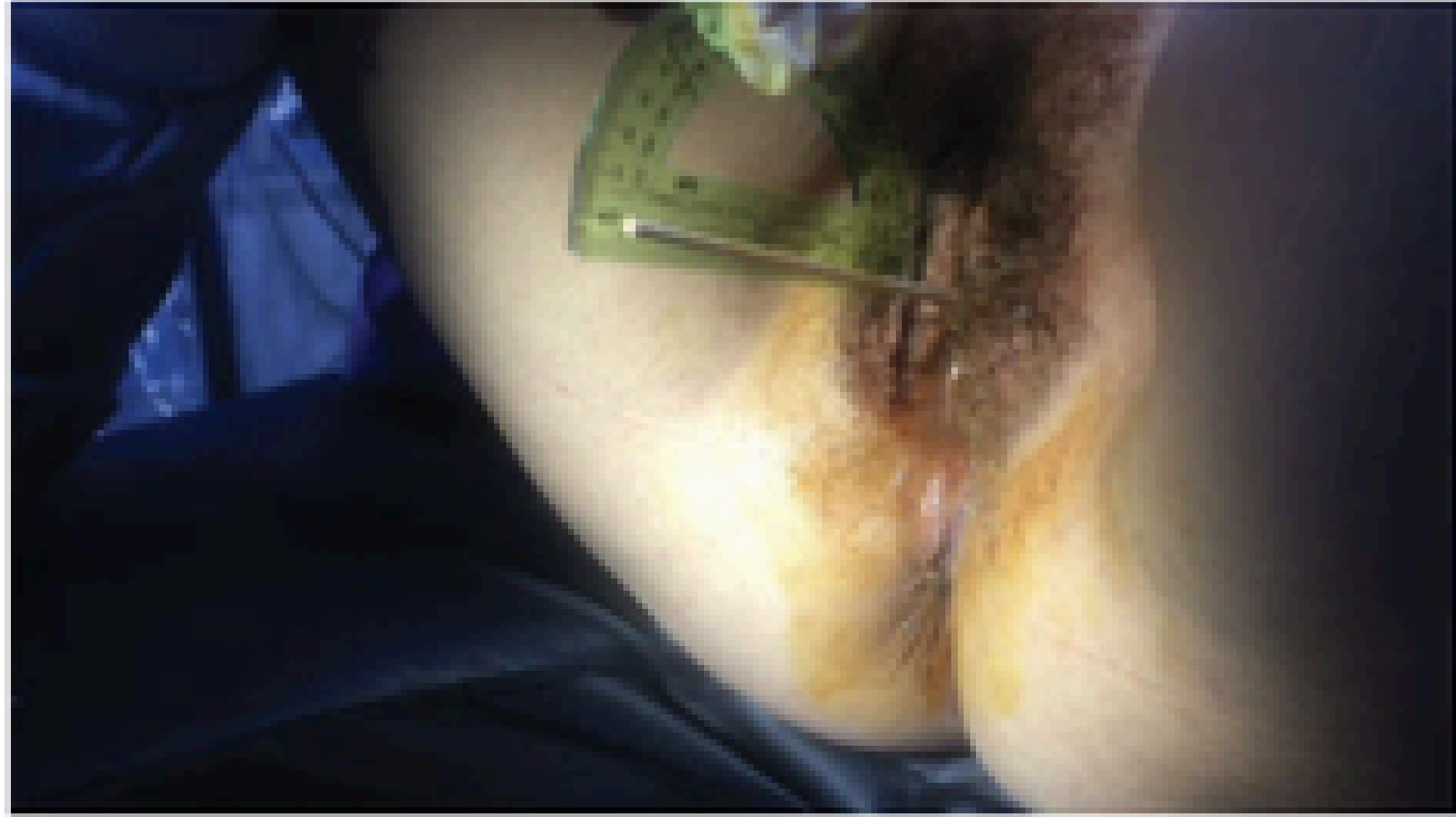


Fig. 4 Test de Q-tip o test del hisopo. Permite ver, al insertar un hisopo en la uretra, el grado de movilidad. Se considera que ángulos superiores a 30 grados de desplazamiento durante la realización de Valsalva sugieren hipermovilidad uretral, y ángulos $<30^\circ$ sugieren uretras fijas.

tratamiento



REHABILITACION

Fortalecimiento de suelo pélvico

Bioretroalimentación

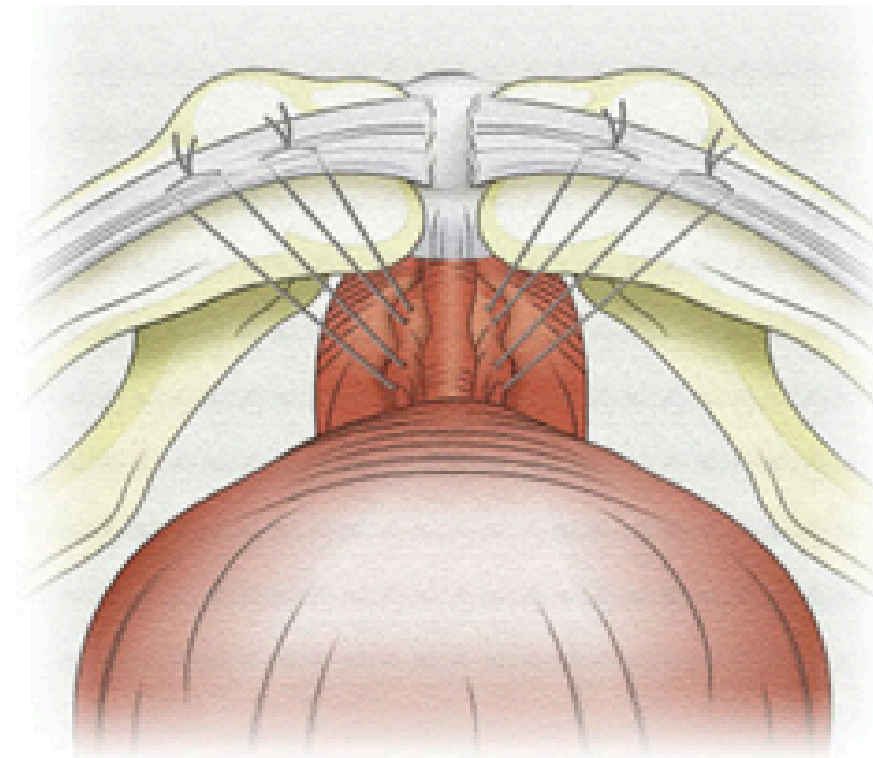


Fig. 8 Colposuspensión de Burch. Consiste en aproximar la fascia periuretral al ligamento de Cooper (ileopectíneo) usando tres pares de suturas.

Fortalecimiento muscular

- Fibras Tipo I o de contracción lenta: 10-20Hz/200-500µs
- Fibras Tipo II o de contracción rápida: 50Hz/ 300-500µs

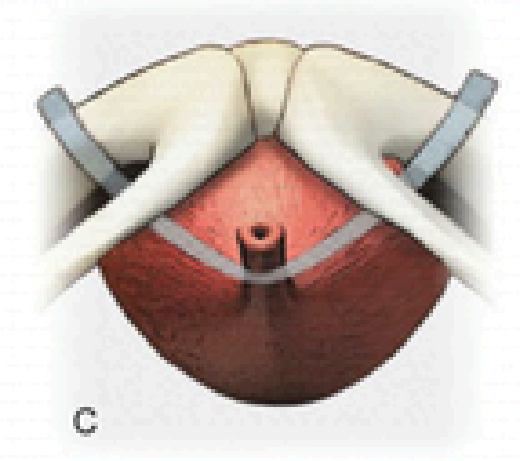
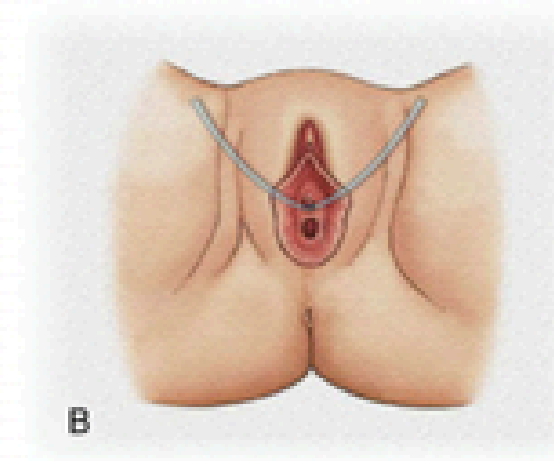
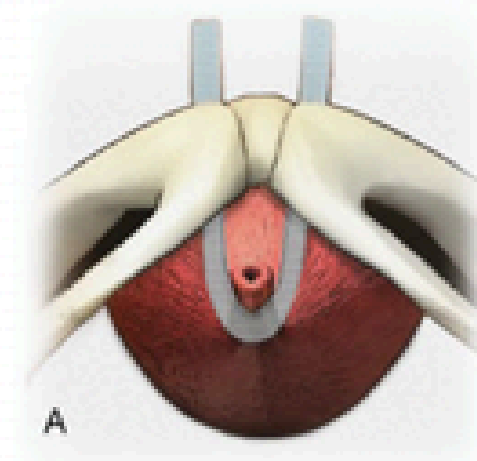


Fig. 9 A. Posición de la cinta transvaginal retropúbica. Se muestra la dirección medial de los vectores, dando soporte a la uretra media. B y C. Posición de la cinta transobturatriz. Se muestra la dirección lateral de los vectores, con un abordaje a través del foramen obturador, distante de las estructuras vasculares, reforzando el ligamento uretropélvico.

MANEJO QUIRÚRGICO

Colposuspensión

Suspensión transvaginal

Cintas libres de tensión

IUU

SÍNTOMA DE PÉRDIDA INVOLUNTARIA DE ORINA ASOCIADA A URGENCIA MICCIONAL 1 Ó MÁS VECES AL MES Y QUE LE SUPONGAN A LA PACIENTE MOLESTIA SUFICIENTE COMO PARA BUSCAR TRATAMIENTO.

FISIOPATOLOGIA

Tiene que ver con el mecanismo de acción del músculo detrusor de la vejiga.



Tellez D., et al. (2017). Aspectos actuales en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres. Rev Mex Urol. 77(5): 411-418.

LFT. JESSICA HERNÁNDEZ SALAZAR

Diario miccional

- **HORA:** ponga la hora a la que orina o tiene una pérdida de orina (incluida toda la noche). Empiece a anotar cada día a partir de la hora a la que se levanta de la cama.
- **VOLUMEN ORINADO:** indique la cantidad que orina, en mililitros (ml) o centímetros cúbicos (cc), medida con un vaso medidor.
- **URGENCIA para orinar:** marque cuando sienta un deseo fuerte y repentino de orinar (imperioso), que no puede aguantar, usando la siguiente escala para clasificarla:

Clasificación de la urgencia en grados de 0 a 4:

0	No hay Urgencia	No siento necesidad imperiosa de orinar
1	Leve urgencia	Tengo ganas de orinar, pero puedo retrasar ir a orinar tanto como necesite, sin miedo a mojarme
2	Urgencia moderada	Puedo retrasar orinar un rato, sin miedo a mojarme
3	Urgencia severa	No puedo retrasar ir a orinar, debo ir rápido al aseo para no tener una pérdida de orina
4	Incontinencia por urgencia	Se me escapa la orina antes de llegar al aseo

HORA	VOLUMEN orinado (ml ó cc)	URGENCIA su grado (0-4)	ESCAPE DE ORINA y tipo: por urgencia o por esfuerzos	MUDA De ropa, pañal, compresa	BEBIDA (ml ó cc)
8:20	250 ml	2	NO	Compresa	300
10:30	200 ml	0	NO	NO	
12:45					250
15:30	150 ml	4	Si con urgencia	Ropa interior	
18:30					300
20:30	300 ml	2	NO	NO	
21					200
22			Si con esfuerzo	Salvaslip	
22:15	200 ml	3	NO		225
3:00	175	4	Si con urgencia	Ropa interior	
6:15	200	3	NO	NO	

Autor: MA Jiménez Cidre©. Urólogo

LFT. JESSICA HERNÁNDEZ SALAZAR

tratamiento

Gil Bolaños, A.; Torres Costoso, A.I. (2004). Síndrome de urgencia miccional. *Fisioterapia*, 26(5), 281-294. doi:10.1016/S0211-5638(04)73112-0



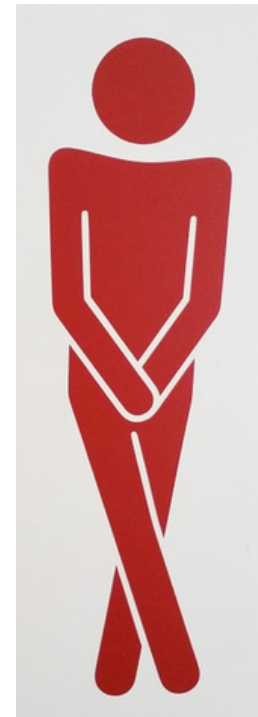
ESTILO DE VIDA

Pérdida de peso

Reducción de sustancias estimulantes

Abandono de tabaco

ingestion de liquidos



REEDUCACION VESICAL

Micciones programadas



FISIOTERAPIA

Fortalecimiento del suelo pelvico

Electroterapia en suelo pelvico

Estimulación del nervio tibial posterior



FARMACOLOGÍA

Antagonistas de receptores muscarínicos (anticolinérgicos)

Agonistas adrenergicos

Agonistas de los receptores adrenérgicos

Toxina botulínica A

Estimulación del nervio tibial posterior

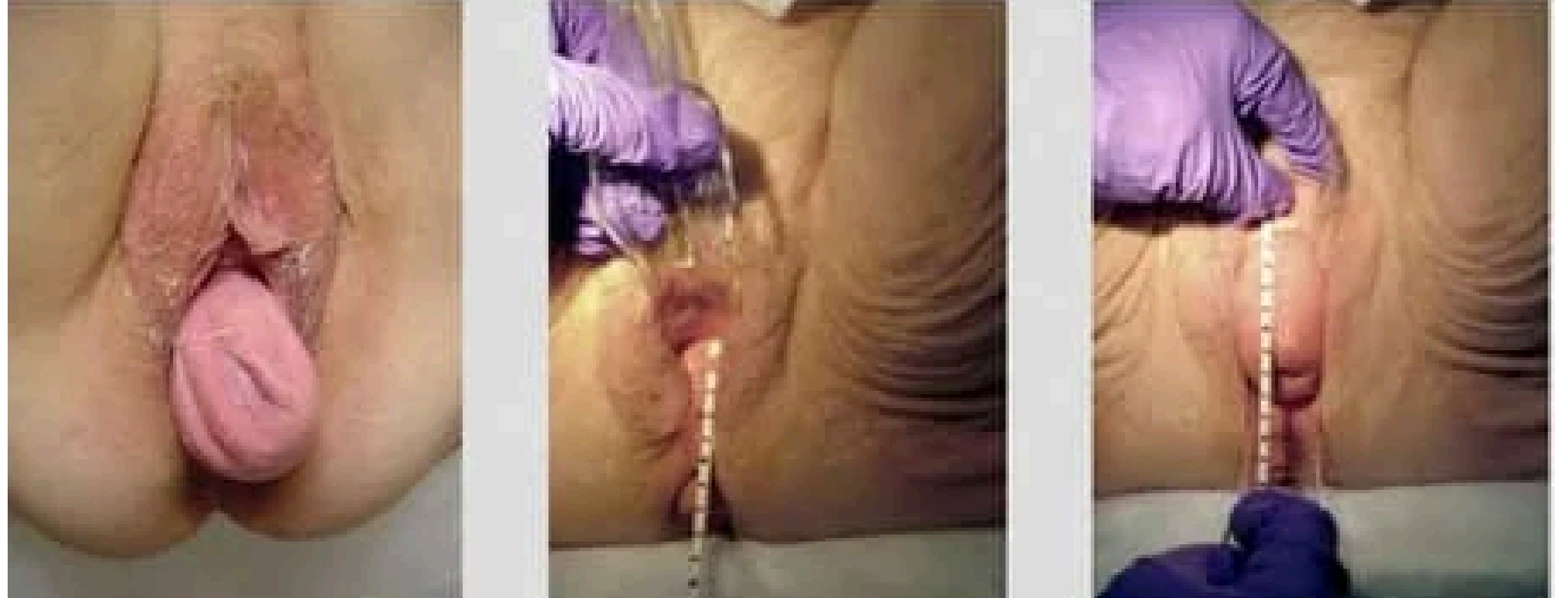


Inhibición vesical e IF

•N. Tibial Posterior 20Hz/ 200µs

Abreu Y. et al. (2016). Prolapso de órganos pélvicos en la mujer. Revisión bibliográfica. Revista Cubana de Medicina Física y rehabilitación. 8: 99-110.

POP



Descenso parcial o total de todos o algunos de los órganos a través de la vagina o por debajo de ella:

uretra, vejiga, útero y recto

Debido a un fallo de los medios de sujeción y de soporte que fijan estos órganos a la pelvis.

VALORACION

La valoración de POP se realiza con la paciente acostada y de pie. Existen múltiples clasificaciones de prolapso, siendo las más usadas la de Baden-Walker y el POP-Q.

LFT. JESSICA HERNÁNDEZ SALAZAR

Fisiopatología

LA FISIOPATOLOGÍA DEL PROLAPSO ES MULTIFACTORIAL:

- INCOMPETENCIA DEL SP POR HIPOTONÍA
- BAJA FUERZA DE CONTRACCIÓN O
- AUSENCIA DE AUTOMATISMO DURANTE UN ESFUERZO ABDOMINAL
- INCAPACIDAD DE LA MUSCULATURA ABDOMINAL PARA ORIENTAR LAS PRESIONES
- AUSENCIA DE SINERGIA ENTRE AMBOS GRUPOS MUSCULARES; HIPERTONÍA DEL DIAFRAGMA TORÁCICO
- ALTERACIONES DE LA ESTÁTICA LUMBO- PÉLVICA.

SISTEMA POP-Q

Sistema de cuantificación POP



Pared anterior	Pared anterior	Cérvix o cúpula
Aa	Ba	C
Hiato genital	Cuerpo perineal	Longitud vaginal total
hg	cp	lvt
Pared posterior	Pared posterior	Fórnix posterior
Ap	Bp	D

Abreu Y. et al. (2016). Prolapso de órganos pélvicos en la mujer. Revisión bibliográfica. Revista Cubana de Medicina Física y rehabilitación. 8: 99-110.

LFT. JESSICA HERNÁNDEZ SALAZAR

En un metaanálisis realizado en Colombia en 2003, dos estudios a nivel hospitalario, uno con **240 pacientes** donde el 72, % reportó síntomas de sensación de cuerpo extraño en genitales e incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) en los prolapsos grado II.

En los grado III estaban asociados a multiparidad, mayores de 60 años, menopausia y menor número de IUE;

El segundo de **102 casos**, con un promedio de edad de 60 años y siete partos; el 74,5 % eran prolapsos de III grado y señalan que el 30 % de la cirugías ginecológicas fueron por prolapso.

Prolapso de órganos pélvicos en la mujer. Revisión bibliográfica

Pelvic organs prolapsed in the women. Bibliographical revision

MSc. Lic. Yahima Abreu Pérez^I, MSc. Dra. Jacqueline del Carmen Martínez Torres^I, MSc. Lic. Elsa María Rodríguez Adams^I, MSc. Dra. Alina Alerm González^{II}, MSc. Dr. José Ángel García Delgado^I

^I Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. Playa. La Habana. Cuba

^{II} Departamento de Fisiología. ICBP "Victoria de Girón. Playa. La Habana. Cuba

Abreu Y. et al. (2016). Prolapso de órganos pélvicos en la mujer. Revisión bibliográfica. Revista Cubana de Medicina Física y rehabilitación. 8: 99-110.

Síntomas

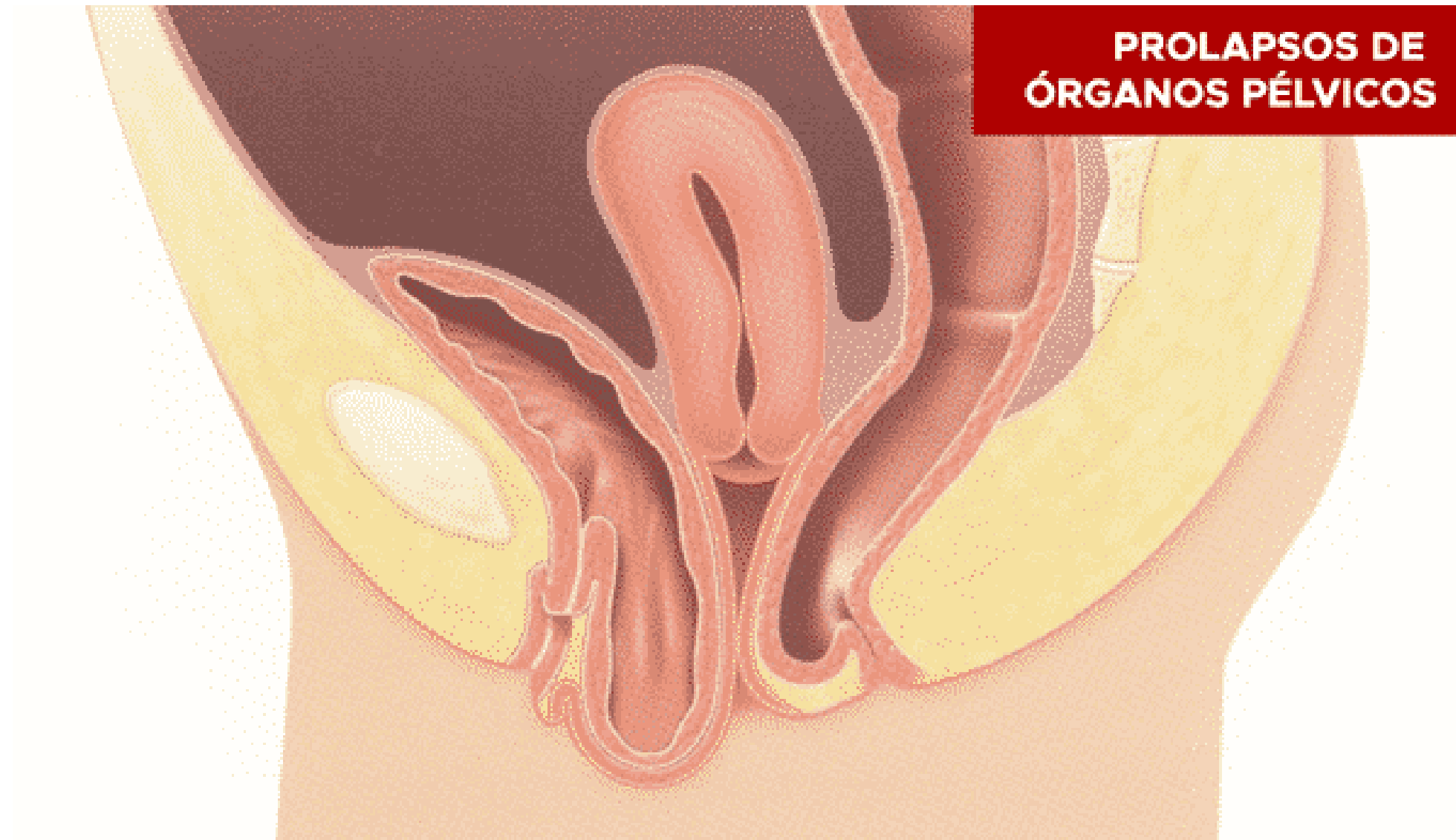
Abreu Y. et al. (2016). Prolapso de órganos pélvicos en la mujer. Revisión bibliográfica. Revista Cubana de Medicina Física y rehabilitación. 8: 99-110.

SÍNTOMAS GENITALES

SÍNTOMAS URINARIOS

SÍNTOMAS MICCIONALES
IRRITATIVOS

DISFUNCIÓN SEXUAL



RETENCIÓN URINARIA

SÍNTOMAS ANO RECTALES

DIFICULTAD DEFECATORIA Y
DESIMPACTACIÓN

SÍNTOMAS SEXUALES

LFT. JESSICA HERNÁNDEZ SALAZAR

tratamiento



REHABILITACIÓN

Fortalecimiento de suelo pélvico
Preparación preoperatoria
Electroestimulación
Masaje perineal
Biofeedback
Pesas vaginales
Hipopresivos



PESARIOS

Los pesarios brindan soporte intravaginal y reducen el prolapso.

Contraindicaciones infección vaginal y pélvica activa.



CIRUGIA

Abreu Y. et al. (2016). Prolapso de órganos pélvicos en la mujer. Revisión bibliográfica. Revista Cubana de Medicina Física y rehabilitación. 8: 99-110.

Dolor pélvico crónico

Dolor percibido en estructuras relacionadas con la pelvis, sin distinción de género, crónico, continuo o recurrente, al menos durante seis meses.



Efecto analgésico

- Teoría del gate control: 5- 150Hz/100-200 μ
- TENS: 1-10Hz/ 200-300 μ s

Cuadro 1.

Principales afecciones responsables de dolor pélvico agudo.

Etiologías secundarias a un embarazo
Embarazo extrauterino
Aborto espontáneo
Retención posaborto
Endometritis del posparto o del postaborto
Complicaciones de cuerpo lúteo gestacional: cuerpo lúteo hemorrágico, quiste del cuerpo lúteo y sus complicaciones
Etiologías infecciosas
Infección genital alta: salpingitis, pñiperitonitis, absceso tuboovárico, endometritis
Apendicitis
Peritonitis aguda, infección urinaria
Etiologías anexiales
Torsión de anexo
Complicaciones de quistes ováricos: hemorragia intraquistica, ruptura quística, torsión de anexo
Disección
Etiologías secundarias a la presencia de fibromas
Necrobiosis de fibroma
Torsión de un mioma subseroso pediculado
Expulsión de un mioma subseroso por el cuello uterino
Etiologías urológicas
Cólico nefrítico
Peritonitis aguda
Infección urinaria baja
Causas raras
Sacroilitis bacteriana
Ovaritis
Aneurisma de la arteria iliaca
Infección de un quiste del uraco

Cuadro 2.

Prevalencia estimada de las principales afecciones responsables de dolor pélvico agudo (según [1-5](#)).

Diagnóstico	%
Infección genital alta	4,3-13,3
Embarazo extrauterino	3,1-26,0
Complicación de quiste de ovario	2,8-18,1
Apendicitis	1,0-23,0
Infección urinaria	1,2-12,0
Cólico nefrítico	0,5-1,9
Dolor pélvico de origen no identificado	25,3-47,6

Cuadro 3.

Prevalencia de las afecciones responsables de dolor pélvico agudo sometidas a una laparoscopia; análisis de siete estudios que incluyeron 1.796 pacientes (según [1, 2, 5, 8-10](#)).

Diagnóstico	n/N (%)	mín.-máx. (%)
Embarazo extrauterino	457/1.796 (25,4)	3,3-56,4
Infección genital alta	344/1.796 (19,2)	11,7-29,2
Complicación de quiste	246/1.796 (13,7)	3,5-38,8
Torsión de anexo	56/708 (7,9)	2,5-12,8
Apendicitis	39/1.796 (2,2)	0,0-10,7
Endometriosis	128/1.127 (11,3)	0,9-15,8
Dolor pélvico sin origen identificado	214/1.796 (11,9)	0,9-23,7

Incontinencia fecal

Pérdida del control voluntario del paso del contenido fecal o gaseoso a través del ano.

Se subdivide en incontinencia a gases, heces líquidas o heces sólidas.



FACTORES DE RIESGO

- Enfermedad neurológica
- Movilidad reducida
- Daño cognitivo
- Edad mayor de 70 años

En el caso de las mujeres:

Daño muscular durante un parto vaginal difícil, el uso de fórceps o la realización de una episiotomía, o de una operación quirúrgica anal o rectal.

tratamiento



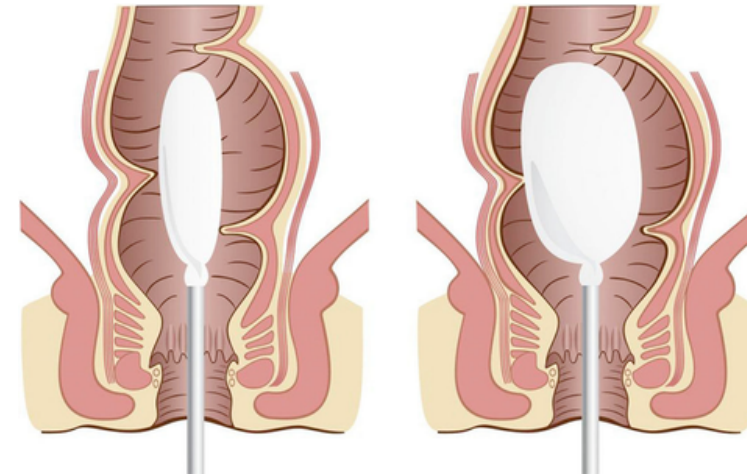
EDUCACIÓN SANITARIA

Habito intestinal
Alimentación



TRATAMIENTO MÉDICO

Loperamida
Agentes formadores de masa
Amitriptilina



REHABILITACIÓN

Biofeedback
manometria
Electroestimulación
Fortalecimiento de SP



CIRUGIA

Esfinteroplastia
Esfinter artificial

Video educativo



Vaginismo

Contracción involuntaria de la musculatura de la vagina que interfiere con la penetración del pene, dedo u objetos.

Entidades de etiología multifactorial

La mayoría de los casos suelen ir acompañados de una respuesta condicionada de temor o dolor a la penetración, con una evitación fóbica.



Spengler L, et al. (2020). Dispareunia y vaginismo. Revista Cubana de Medicina Militar. 49 (3).

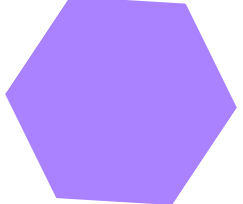
Entre las que con mayor frecuencia favorecen o están asociadas al vaginismo están:

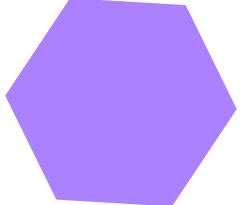
- Alteraciones del himen.
- Endometriosis o endometritis.
- Trastornos inflamatorios pélvicos.
- Vaginitis atrófica.
- Relajación de los ligamentos uterinos, rectales y/o vesicales.
- Tumores pélvicos, o secuelas de su tratamiento.
- Cicatrices secundarias a episiotomías.

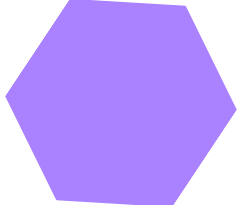


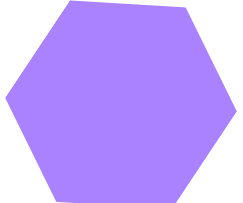
Spengler L, et al. (2020). Dispareunia y vaginismo. Revista Cubana de Medicina Militar. 49 (3).

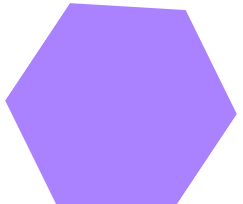
Causas psicológicas

 ***Educación conservadora
opresiva, familiar y/o religiosa***

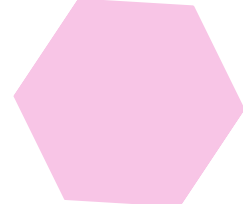
 ***Deficit de información
sexual***

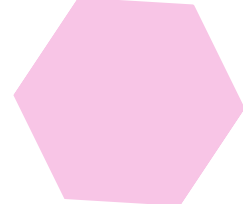
 ***Temores a quedar
embarazada***

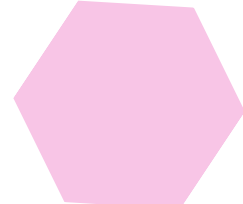
 ***Experiencia previa
traumática real o imaginaria***

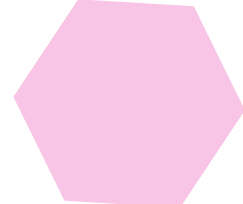
 ***Problemas de pareja***

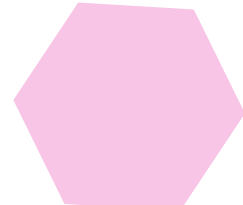
Elementos predisponentes

 ***Situación de estrés***

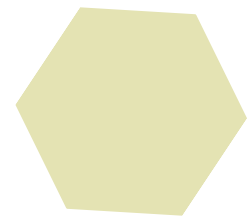
 ***Crisis afectiva***

 ***Complicación posterior a una
lesión orgánica***

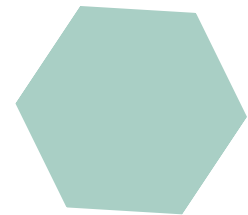
 ***Secuela de una intervención
quirúrgica***

 ***Periodo posparto***

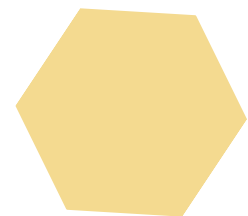
tratamiento



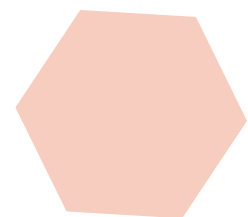
Educación psicosexual



Ejercicios de relajación



***Fortalecimiento de suelo
pélvico***



Hipnoterapia



LFT. JESSICA HERNÁNDEZ SALAZAR

Spengler L, et al. (2020). Dispareunia y vaginismo. Revista Cubana de Medicina Militar. 49 (3).

Dispareunia

Dolor genital persistente o recurrente, asociado a la actividad sexual

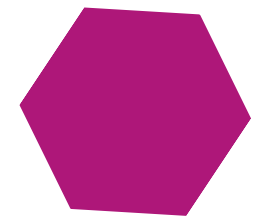
Puede aparecer a cualquier edad, justo antes, durante o después del coito

LFT. JESSICA HERNÁNDEZ SALAZAR

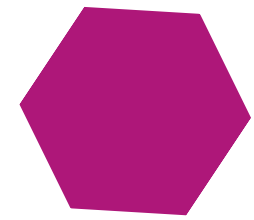


Spengler L, et al. (2020). Dispareunia y vaginismo. Revista Cubana de Medicina Militar. 49 (3).

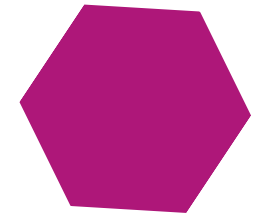
causas mas frecuentes



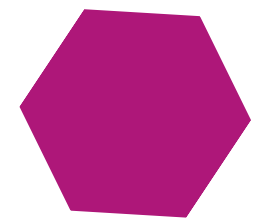
Infeciosa



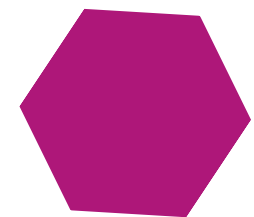
Medicamentosa



Enfermedades de vulva (quiste de Bartholino, liquen, cancer de vulva)



Postmenopausia



Postcirugia

LFT. JESSICA HERNÁNDEZ SALAZAR

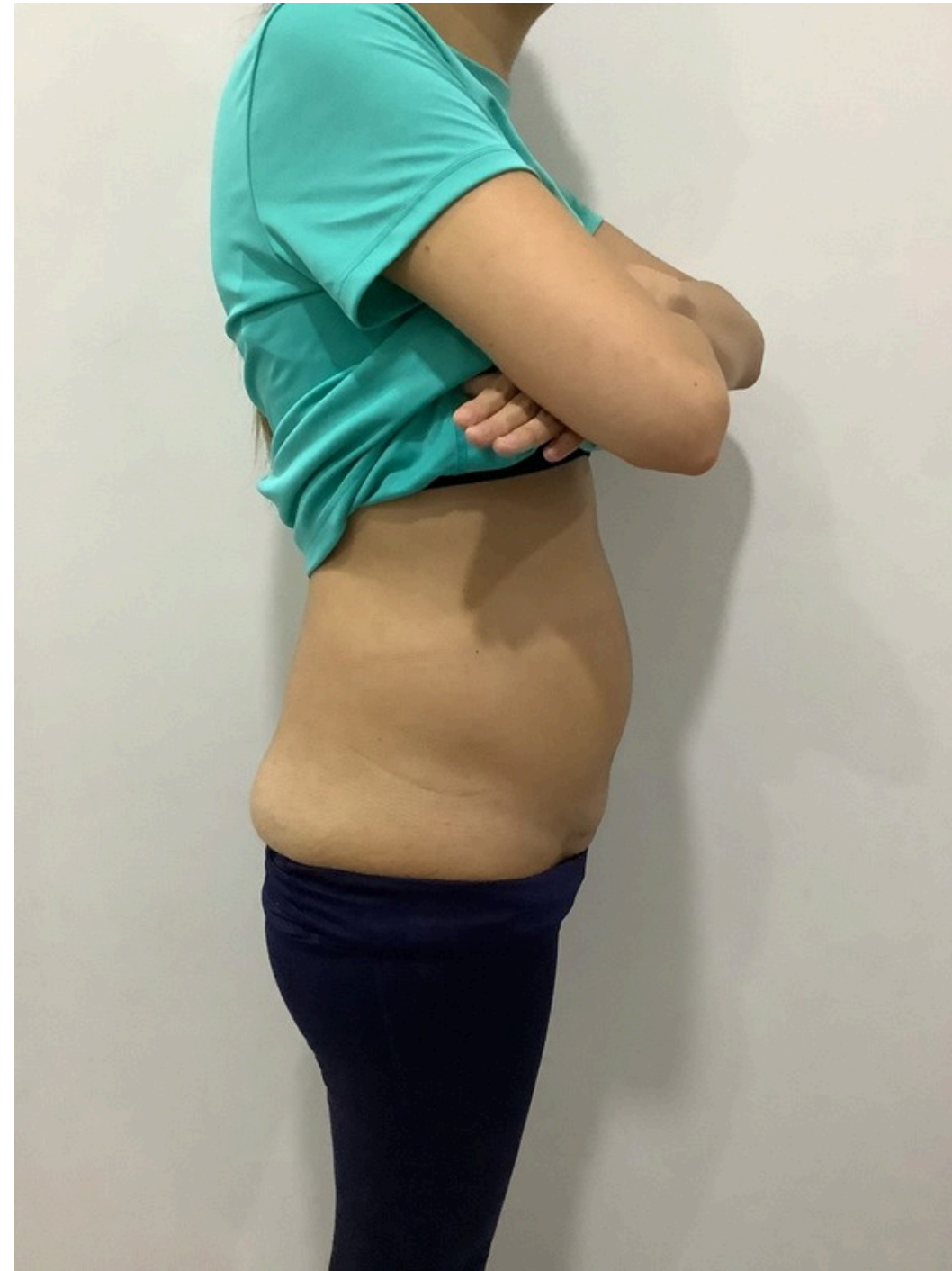


Spengler L, et al. (2020). Dispareunia y vaginismo. Revista Cubana de Medicina Militar. 49 (3).

5. VALORACION FUNCIONAL EXTERNA

Postura

¿Qué análisis puedes llevar a cabo de cada paciente?



LFT. JESSICA HERNÁNDEZ SALAZAR

EXPLORACIÓN LUMBAR



***Pruebas de
movilidad activa***



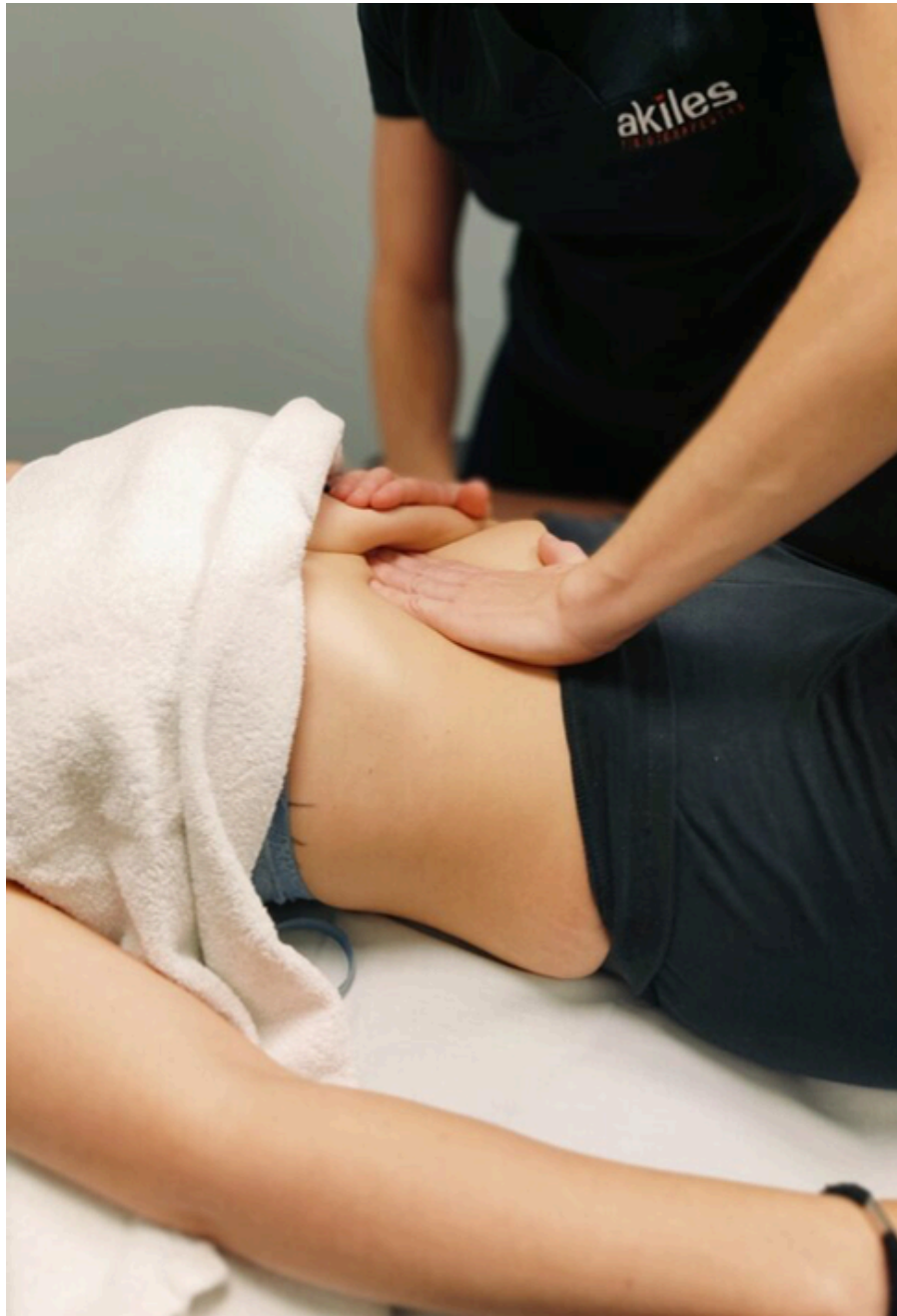
Pruebas de movilidad pasiva



***Técnicas de movilidad
en tejido***

Exploración de diafragma y abdomen

LFT. JESSICA HERNÁNDEZ SALAZAR



- **Hipertónico**
- **Normotónico**
- **Hipotónico**



- **Flexores de cadera**
- **Rectos abdominales**
- **Inserción de transverso abdominal**
- **Pubis**
- **Linea alba**
- **Hernia umbilical**
- **Cicatrices**
- **Colon**

Exploración de MI

LFT. JESSICA HERNÁNDEZ SALAZAR



- *Revision de cuádriceps*



- *Aductores de cadera*

Exploración de MI

LFT. JESSICA HERNÁNDEZ SALAZAR



- *Revision de gluteos (mayor, medio y menor)*

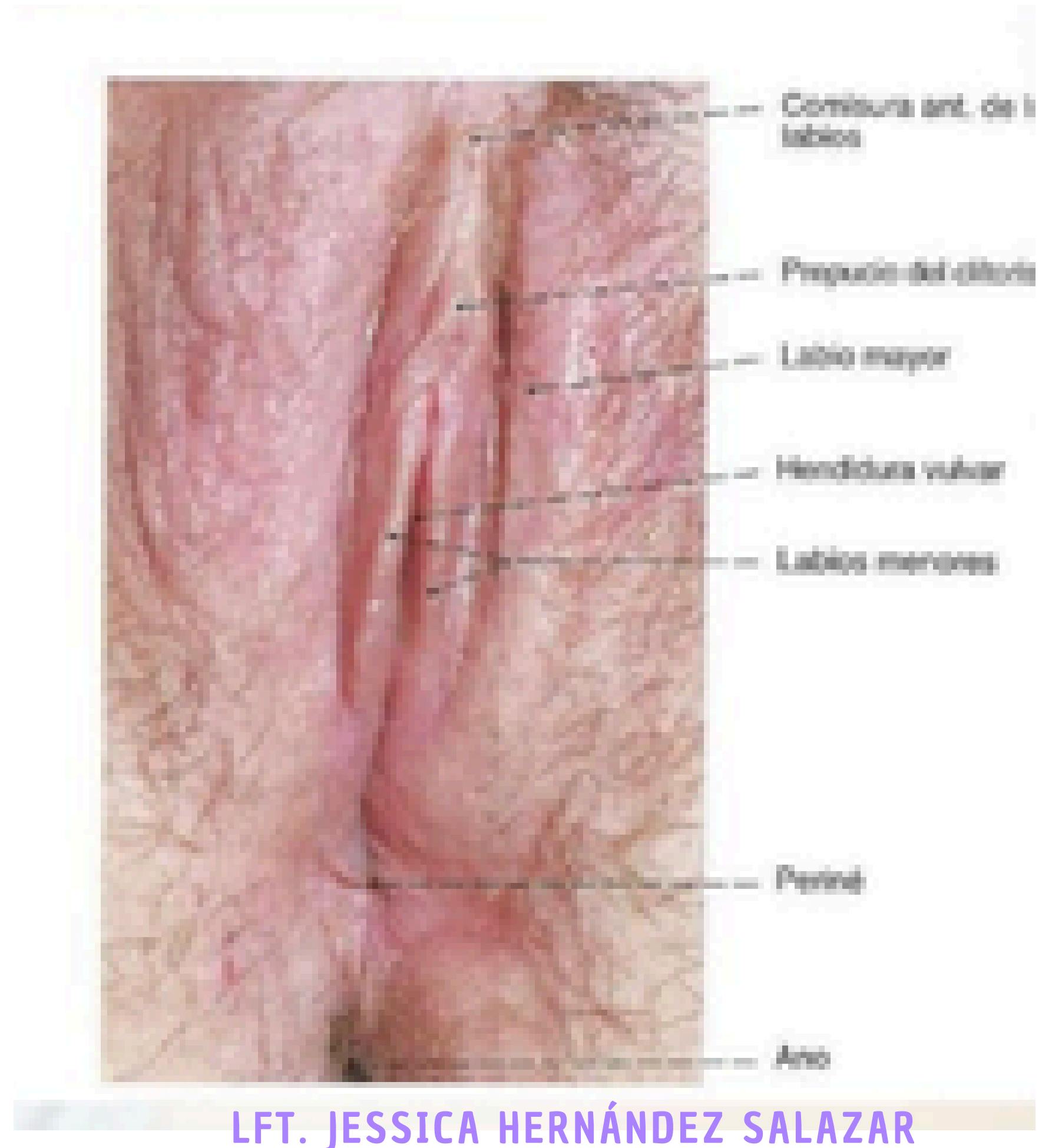


- *Tensor de fascia lata*

6. VALORACIÓN VULVAR E INTRACAVITARIO

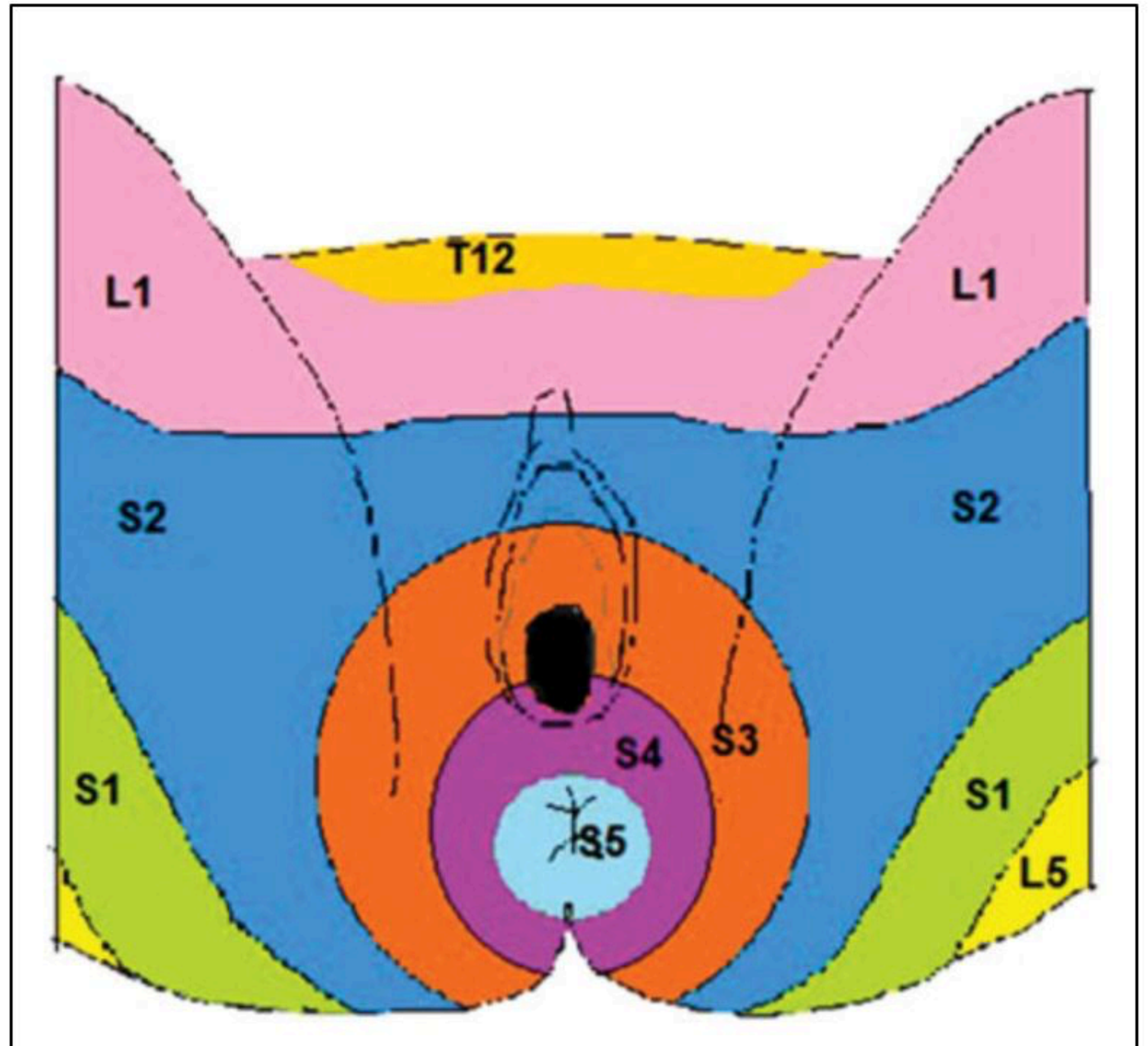
Examen vulvar

- Pubis
- Labios mayores
- Labios menores
- Prepucio del clitoris
- Abertura vulvar
- Trofismo (color, lubricación)
- Cicatrices
- Distancia ano vulvar (3- 5 cm)



Examen neurológico

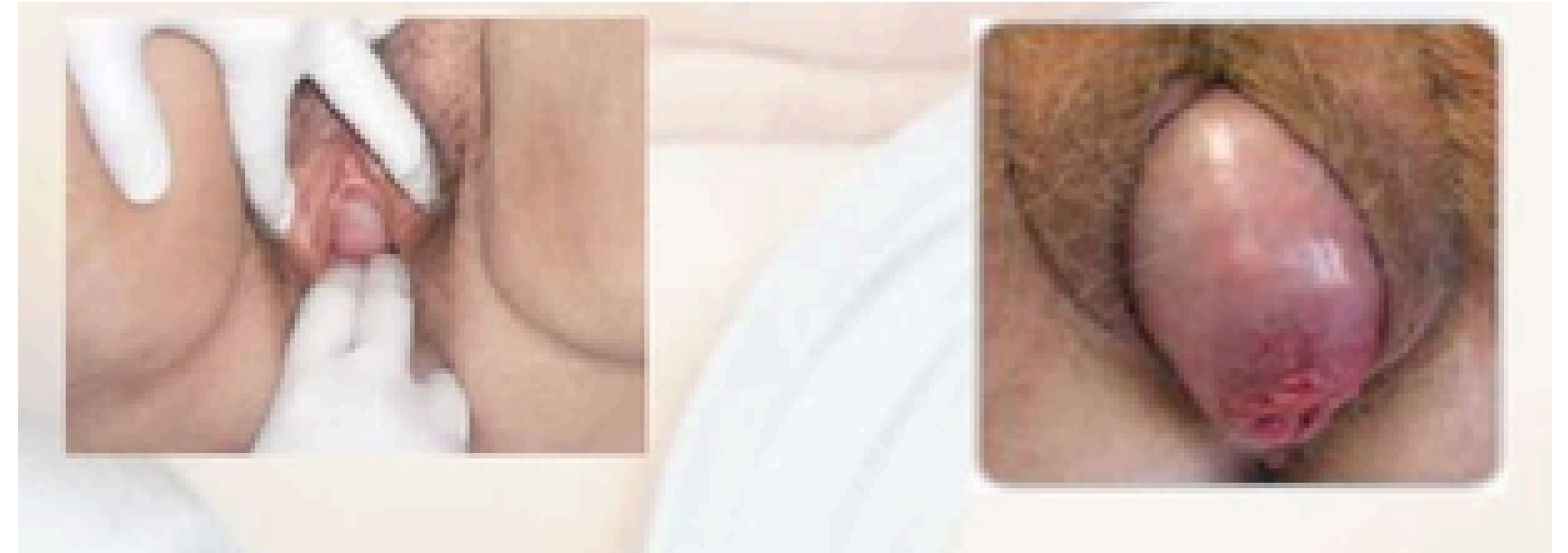
- Sensibilidad s2-s4
- Reflejo del clitoris
- Respuesta reflejo anal
- Respuesta a la tos



LFT. JESSICA HERNÁNDEZ SALAZAR

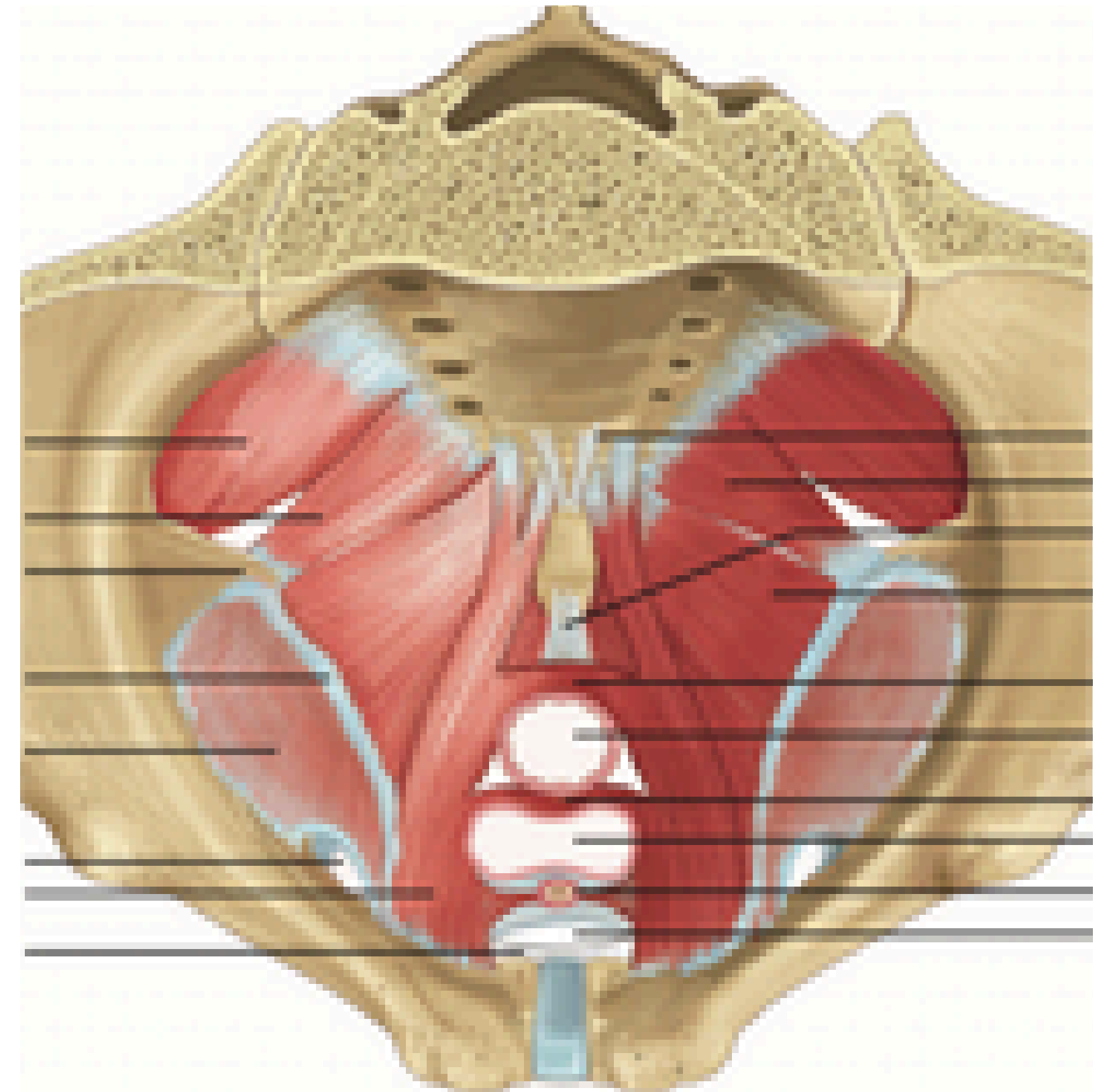
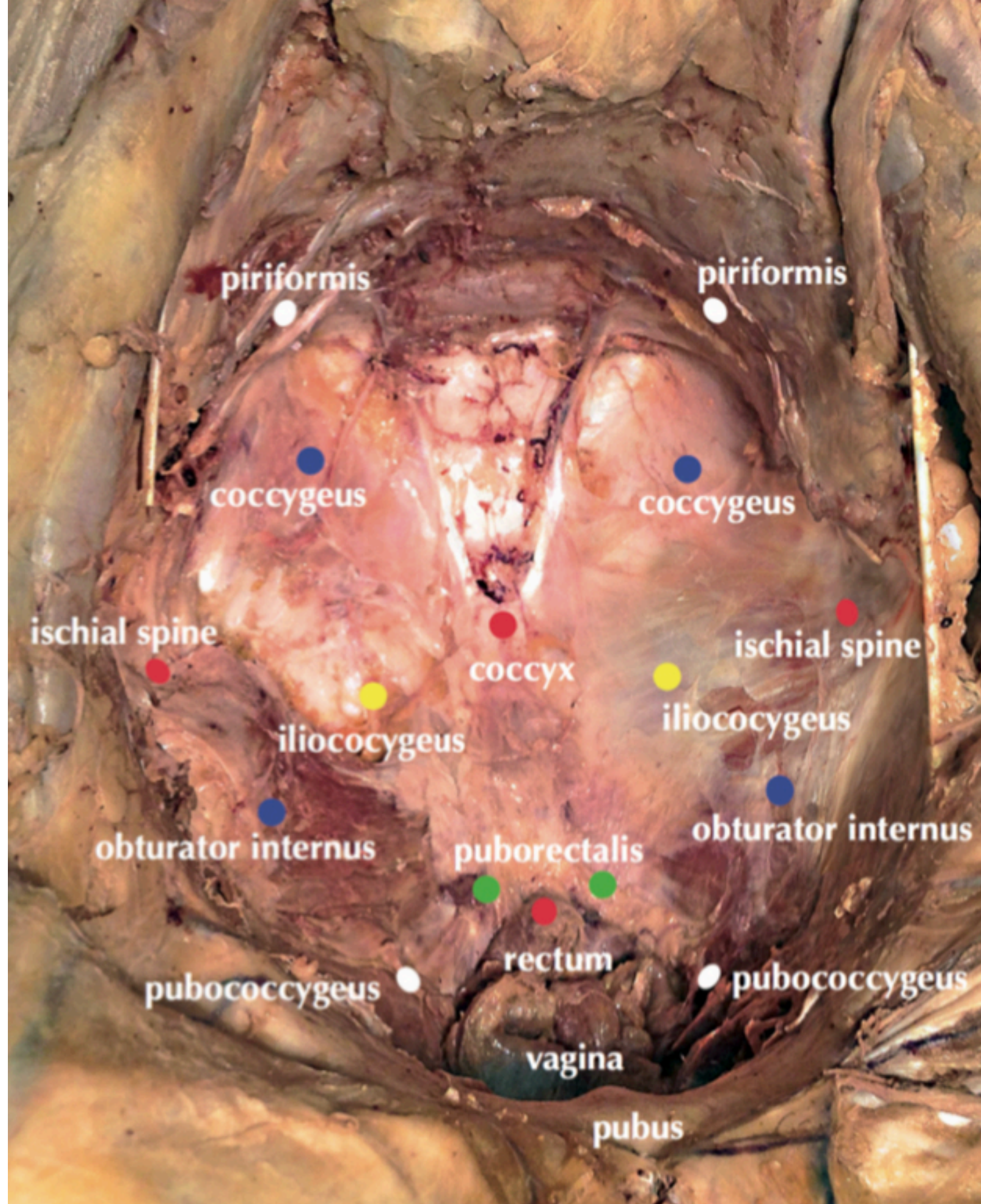
Valoración superficial

- **Valoración del tono**
- **Localizacion de las visceras**
- **PERFECT**
- **POP**



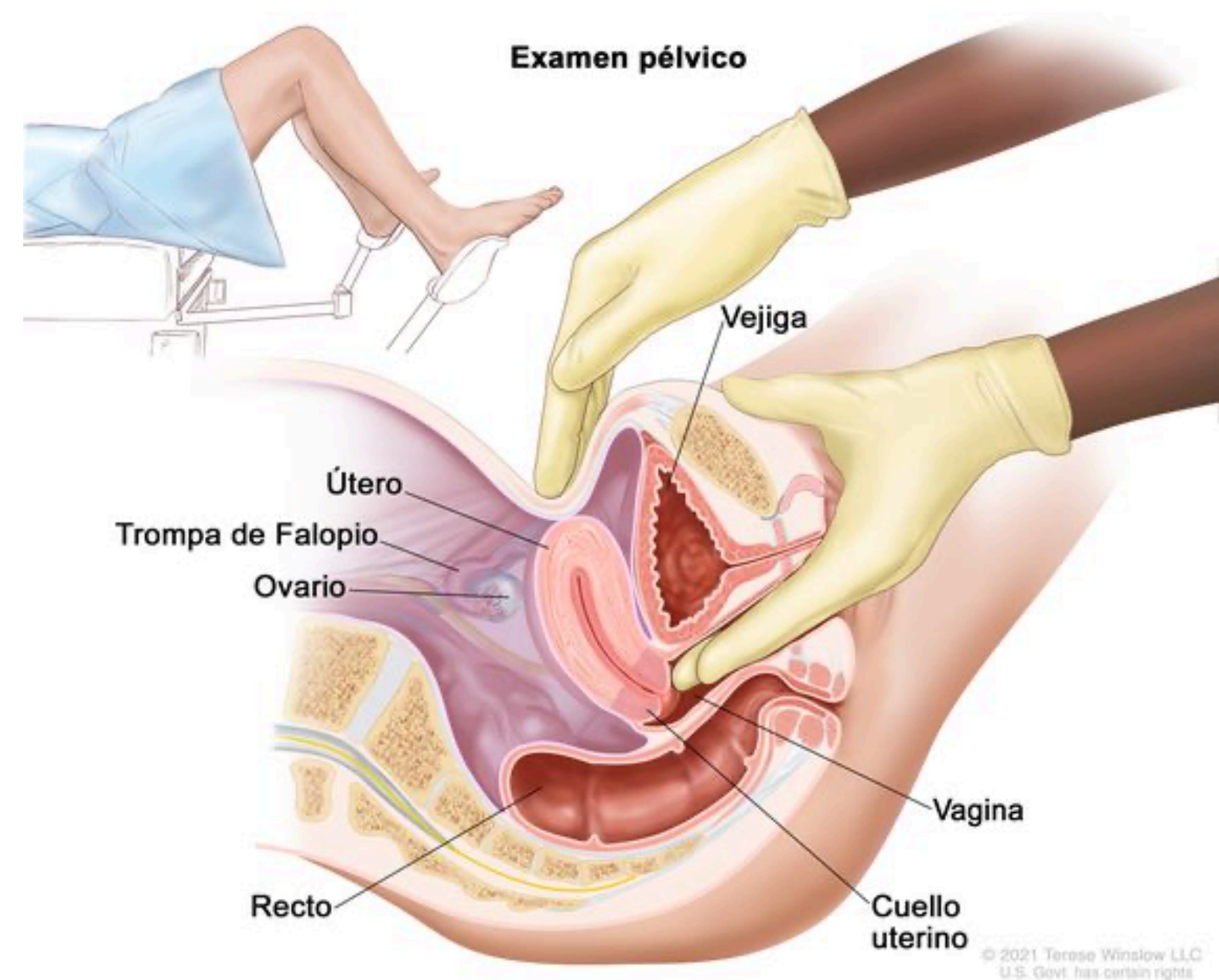
LFT. JESSICA HERNÁNDEZ SALAZAR

Valoracion intravaginal



Jantes M. (2015) Mapping chronic urogenital pain in women: insights into mechanisms and management of pain based on the IMAP Part 2. 34: 28-36.

Músculos amortiguadores	Músculos oclusores
Profundos	Superficiales
Piramidal y Obturador interno	Medio



PERFECT

Evaluación de la resistencia

P (Power-Fuerza): Valoración en escala de OXFORD (0-5)

E (Endurance - Resistencia): ¿Cuántos segundos aguanta la contracción máxima?

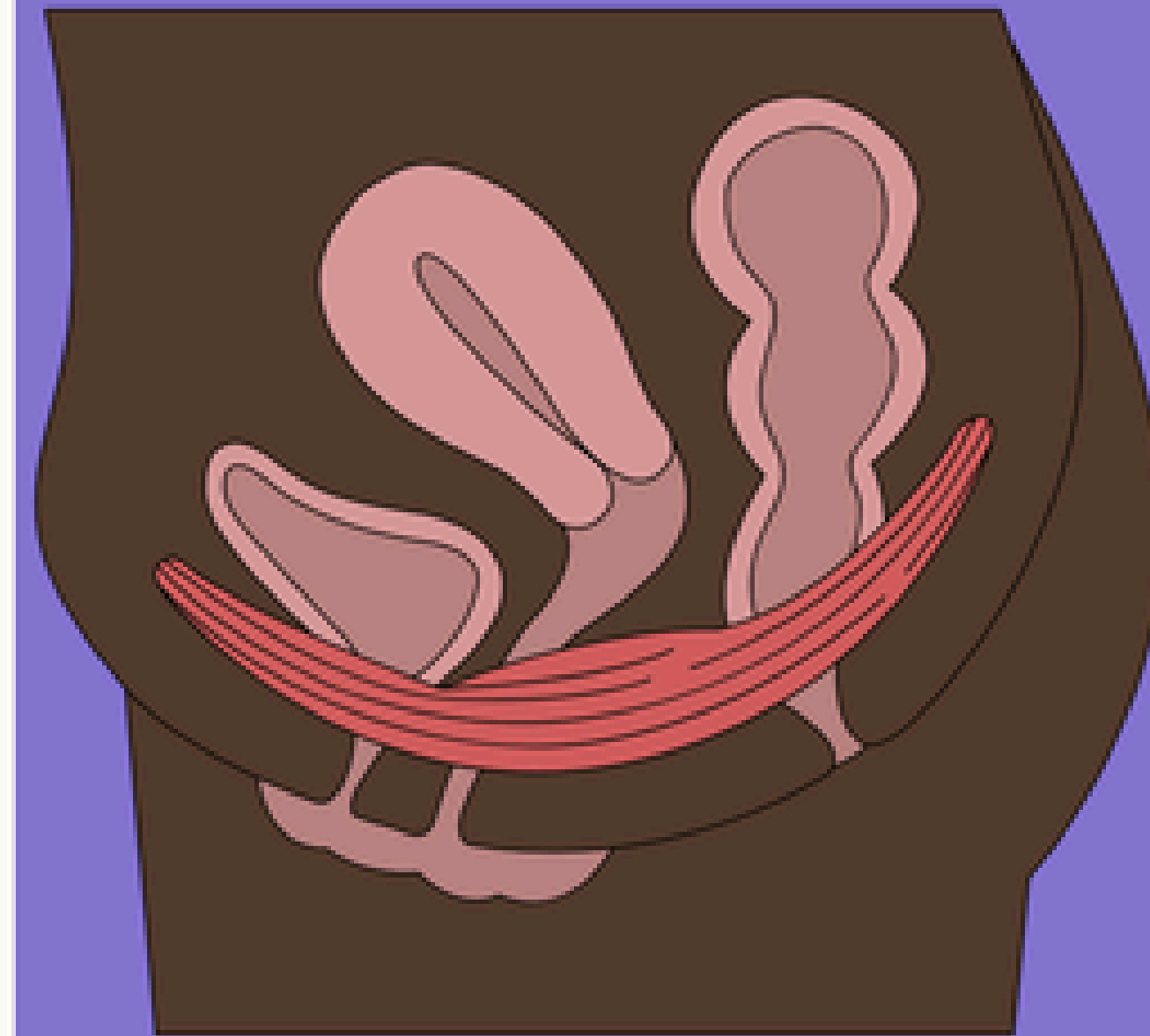
R (Repetitions - Repeticiones): ¿Cuántas veces repite esa resistencia? (Fibras tónicas)

F (Fast - rápido): ¿Cuántas contracciones rápidas de 1 s puede hacer? (Fibras fascicas)

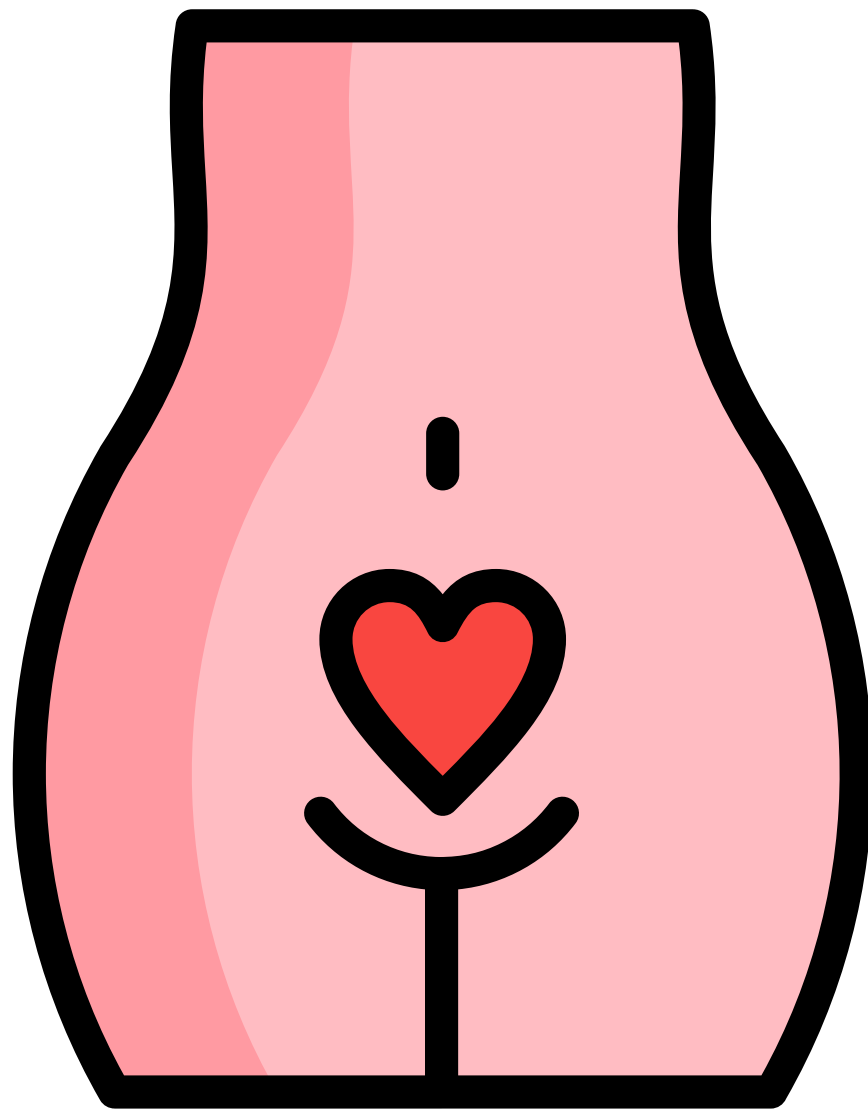
ECT(Every-Contraction-timed): Registro total

Efectos del entrenamiento de Suelo pélvico

1. Aumenta el volumen muscular
2. Eleva la ubicación de los músculos del SP y órganos pélvicos
3. Cierra el hiato del elevador
4. Efectivo en la IU



La evidencia (BO et. al, 2020)



Demuestra que para que haya hipertrofia y cierre del hiato urogenital, se requiere:

1. **Sobrecarga progresiva:** No solo apretar, sino resistir cargas
2. **Especificidad:** Entrenar en la posición donde ocurre la pérdida
3. **Frecuencia:** 3 series de 8 a 12 repeticiones máximas, 3 veces por semana durante al menos 12 a 20 semanas.

USO DE LAS BOLAS



LAVAR CON AGUA LIMPIA



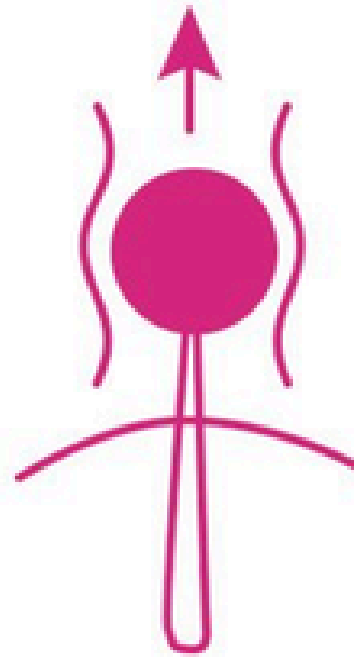
SECAR CON UNA
TOALLA



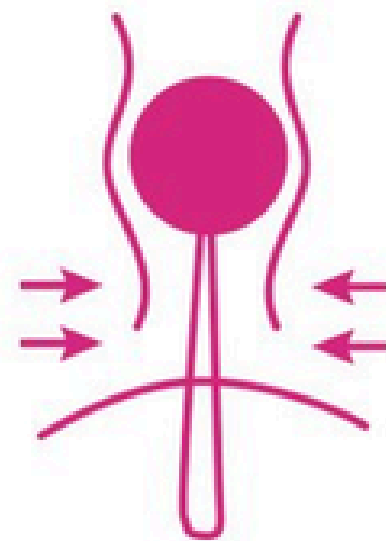
APLICAR LUBRICANTE



INSERTAR DELICADAMENTE
EN POSICIÓN ESTIRADA
CON LAS RODILLAS
DOBLADAS



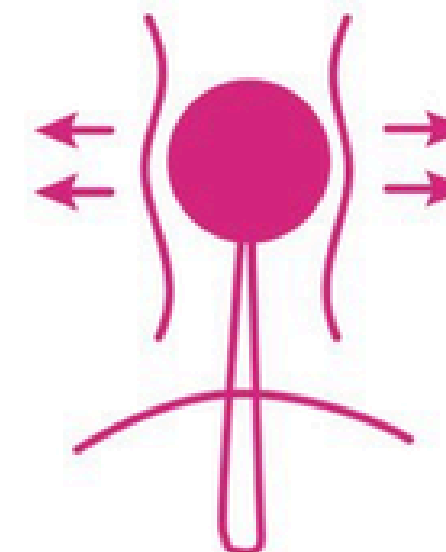
INSERTAR
3-5 CM



RESPIRAR PARA
CONTRAER



EXPIRAR PARA
RELAJAR



RELAJE
COMPLETAMENTE

Escala de Oxford modificada

Tabla 1- Escala de Oxford modificada

Grado	Respuesta muscular	Descripción
0	Ninguna	Ninguna
1	Parpadeos	En la musculatura se establecen movimientos temblorosos
2	Débil	Existe presión débil sin temblores o parpadeos musculares
3	Moderado	Incremento de presión y leve elevación de la pared vaginal posterior
4	Bien	Presencia de apretones firmes de los dedos y elevación de la pared posterior de la vagina con una resistencia moderada
5	Fuerte	Sujeción con fuerza de los dedos pared posterior responde a una resistencia máxima

Fuente: Laycock, Whelan, Dumoulin

Electromiografia de superficie e intracavitario

- Mide la actividad eléctrica de los músculos del suelo pélvico
- La colocación de electrodos pueden ser superficiales, alrededor de la región pélvica, o intracavitarios, en la vagina o el recto.
- Una vez colocados los electrodos, se pide al paciente realizar una serie de contracciones y relajaciones musculares

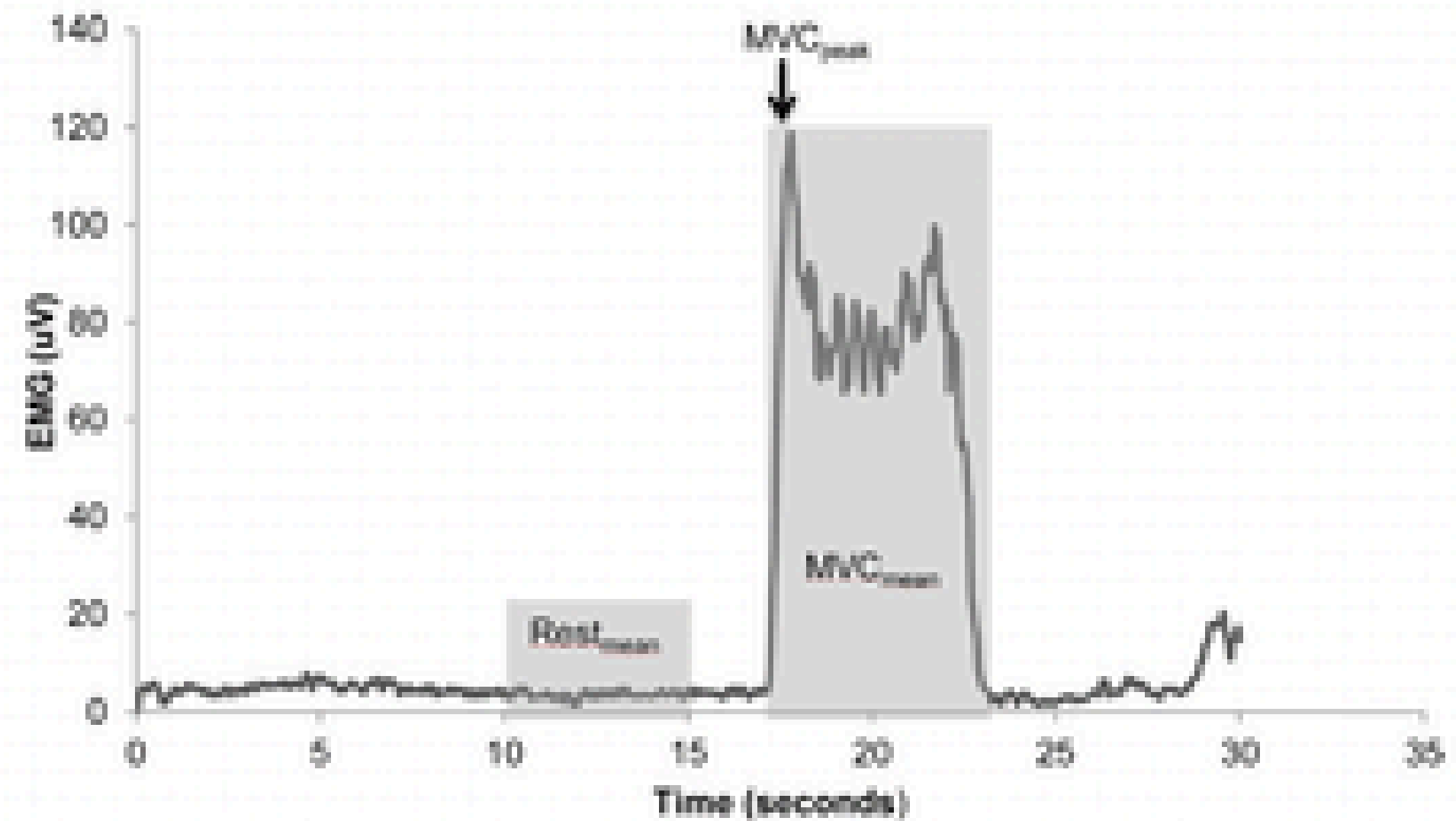


Fig. 1. Illustration of the surface electromyography (EMG) signal, bandpass filtered with a cut off frequency of 10–500 Hz and calculated as root-mean-square in a 200-ms moving window. The presented EMG signal was divided into 2×5 s windows (shaded grey region): Rest_{mean} (test) and MVC_{mean} (test). The MVC_{peak} amplitude in the 5 s maximum voluntary contractions (MVC) window was read.

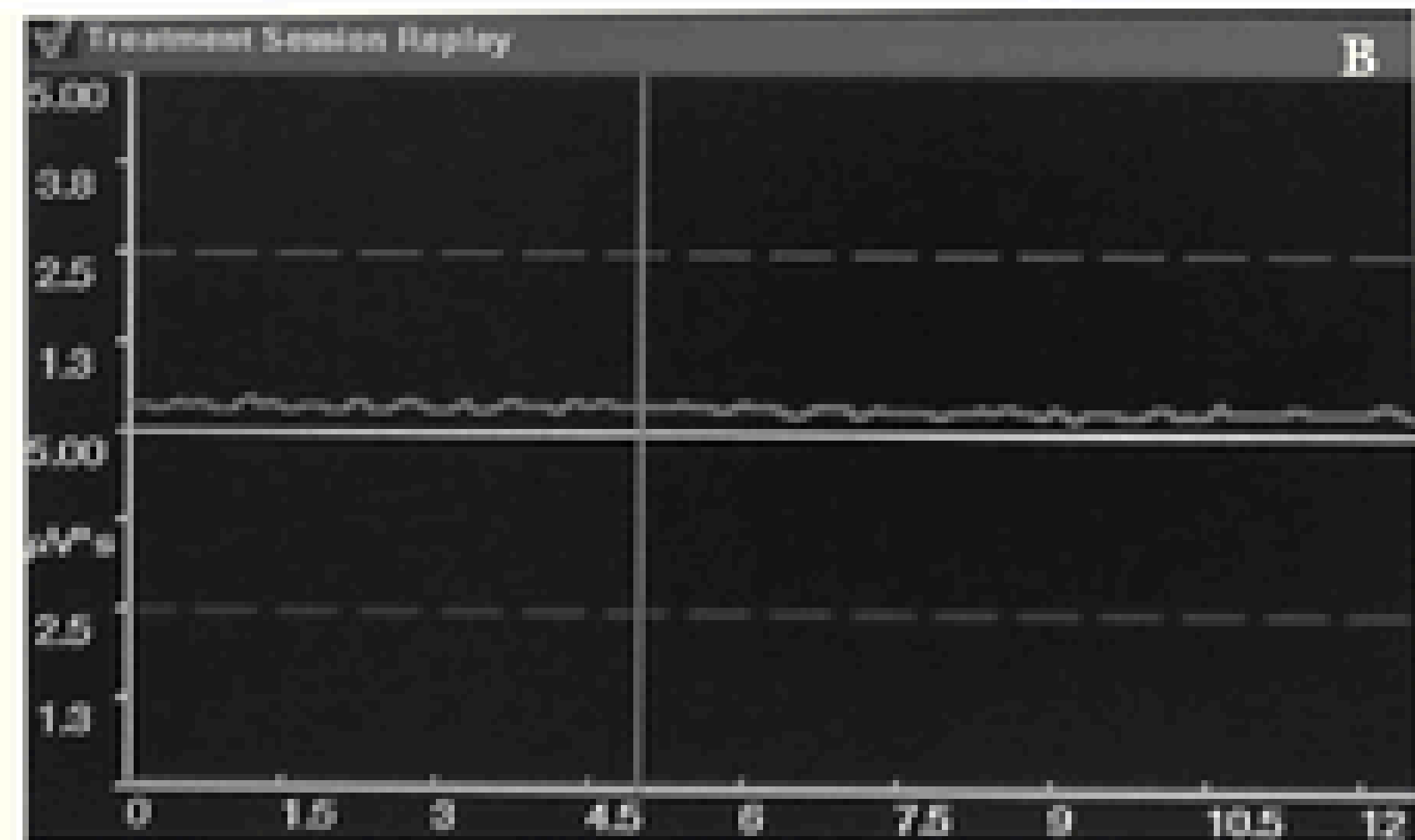
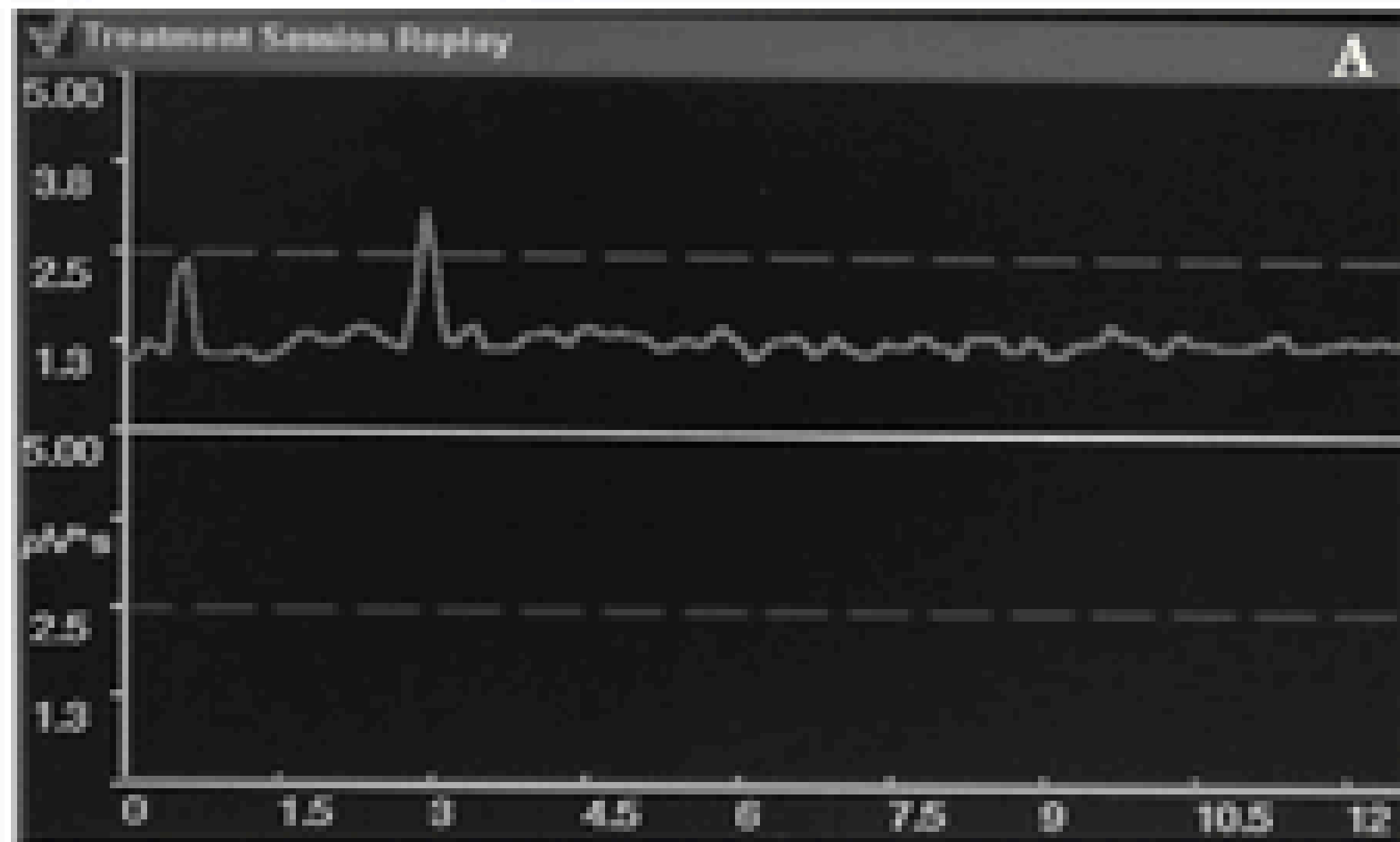


Figura 1. Electromiografía de superficie. (A) Trazo de electromiografía de un paciente con síndrome doloroso pélvico crónico, el cual tiene una curva con mayor amplitud (inestabilidad muscular) y de mayor microvoltaje (hipertonía muscular) comparado con un voluntario sano (B).

Protocolo de EMS diseñado por Glazer.

Fase 1: trazo en reposo basal (60 s).

- Fase 2: contraer repetidamente el periné y relajar.**
- Fase 3: contraer sostenidamente durante 10 s.**
- Fase 4: durante 60 s contraer intensa y sostenidamente.**
- Fase 5: trazo en reposo posbasal (60 s).**

Etapapa de reposo(Valor de referencia -4 uv)

Fase de contracción rápida (+40 uv)

Valor de ascenso (-0,5) descenso (-0,5)

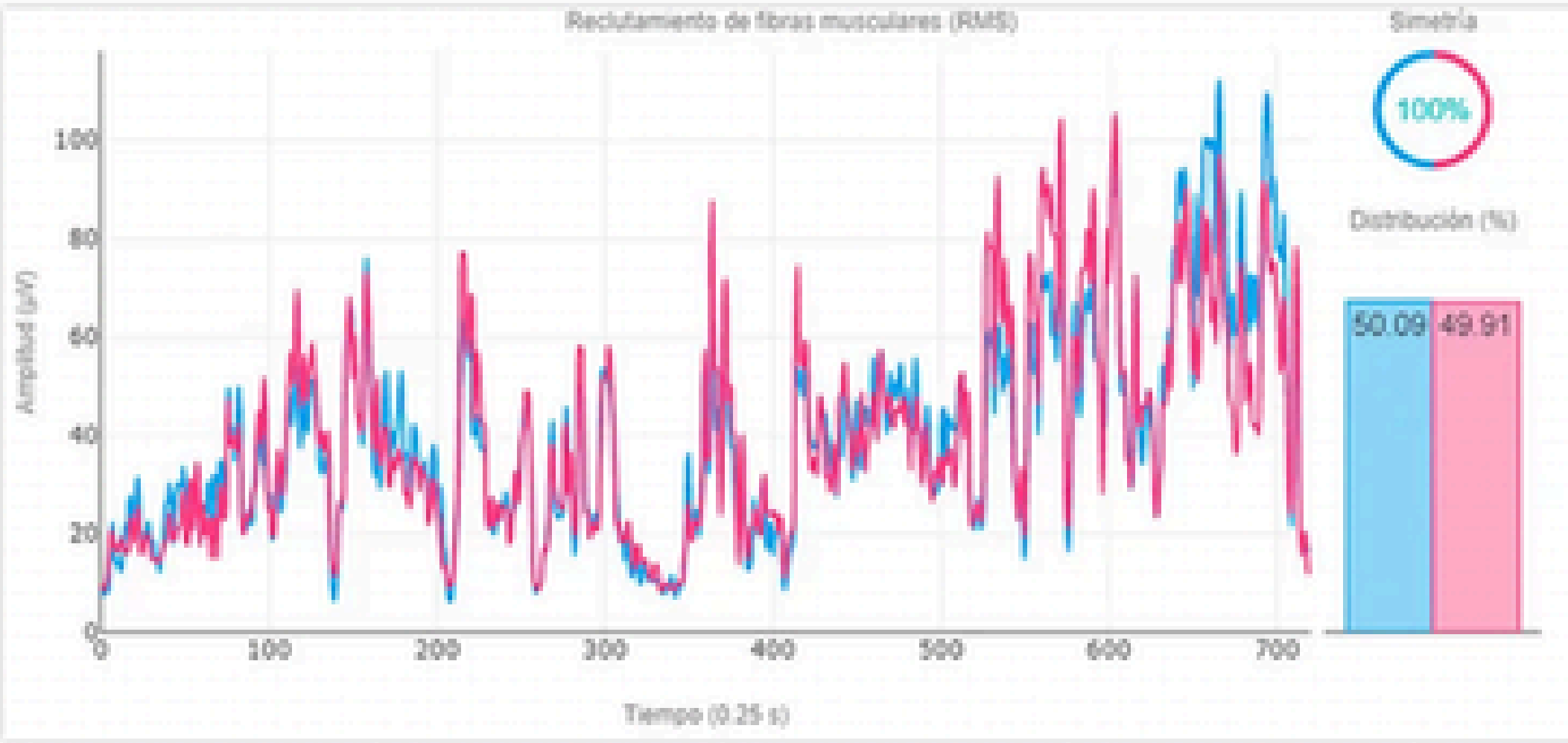
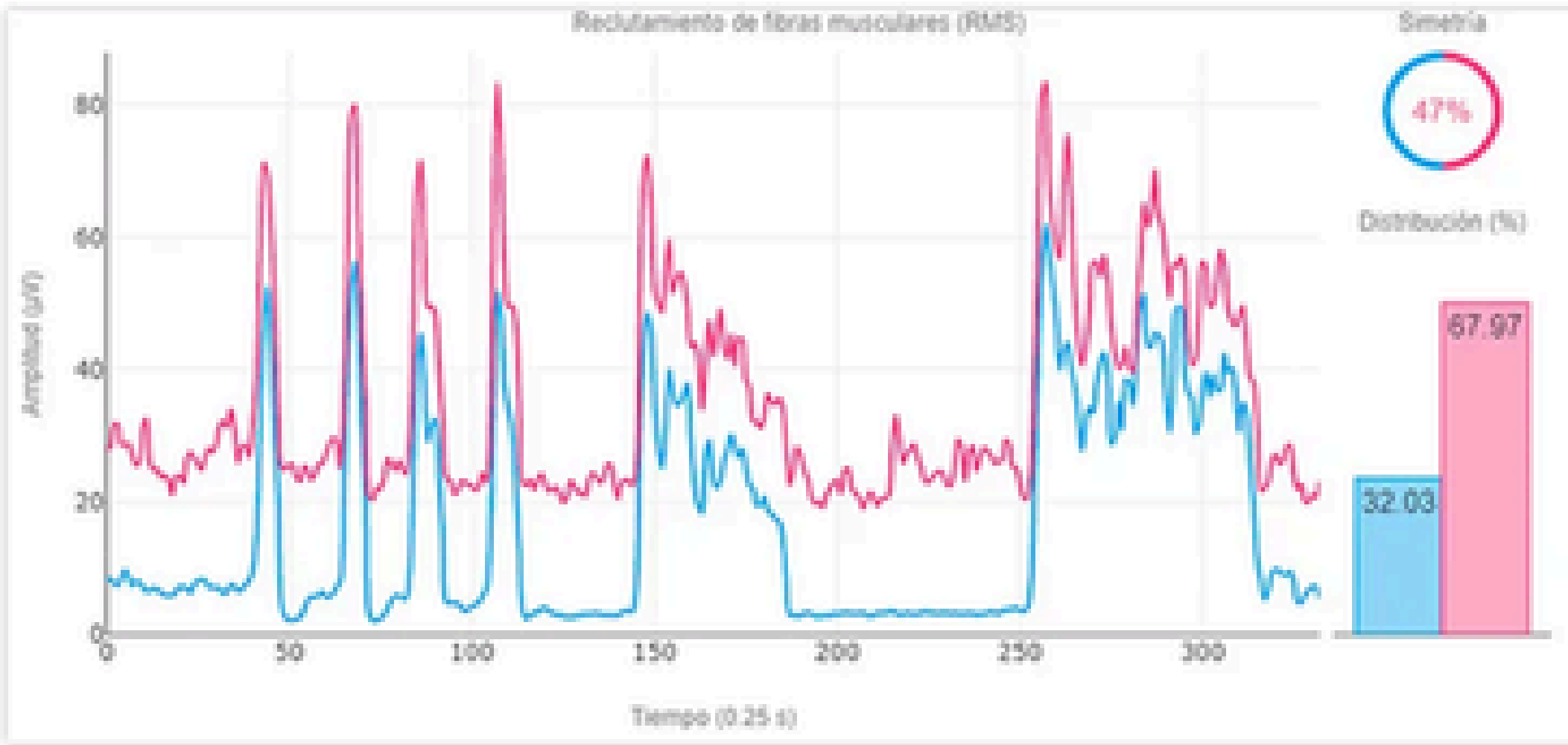
Fase contracción lenta (+35 uv)

SUELO PÉLVICO
IZDO

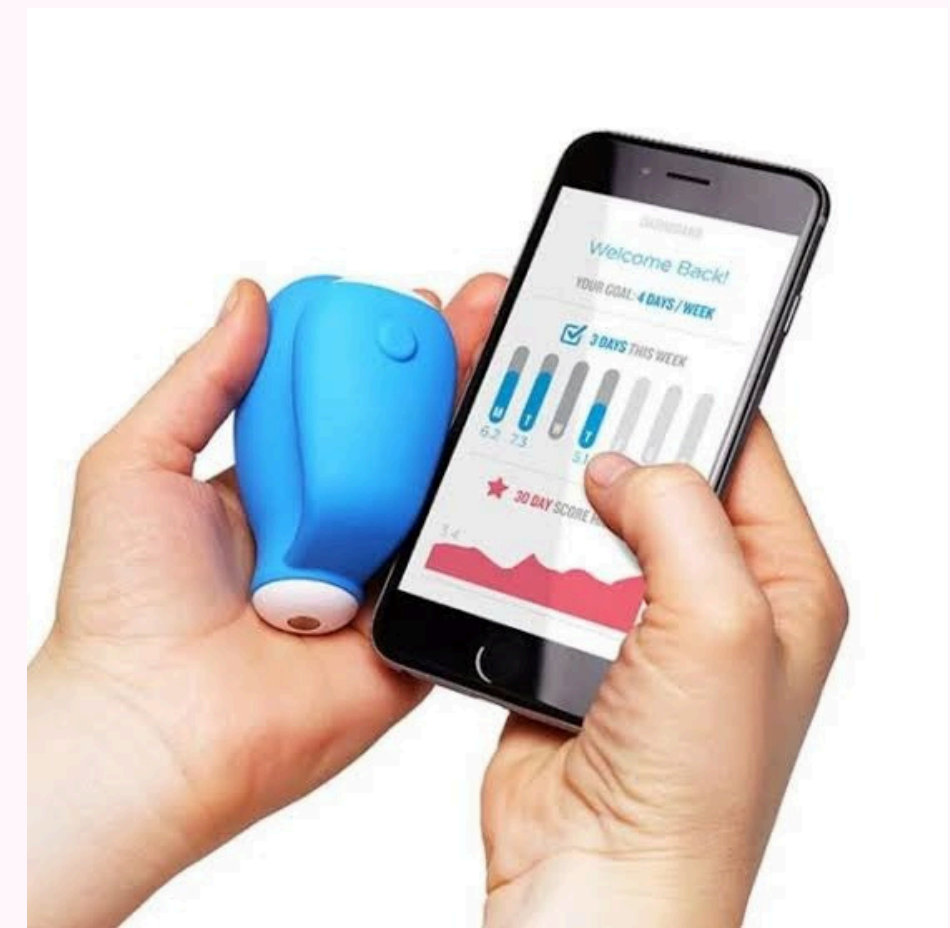
SUELO PÉLVICO
DCHO

doi: 10.1097/MD.00000000000033851

LFT. JESSICA HERNÁNDEZ SALAZAR



Dispositivos instrumentales



LFT. JESSICA HERNÁNDEZ SALAZAR

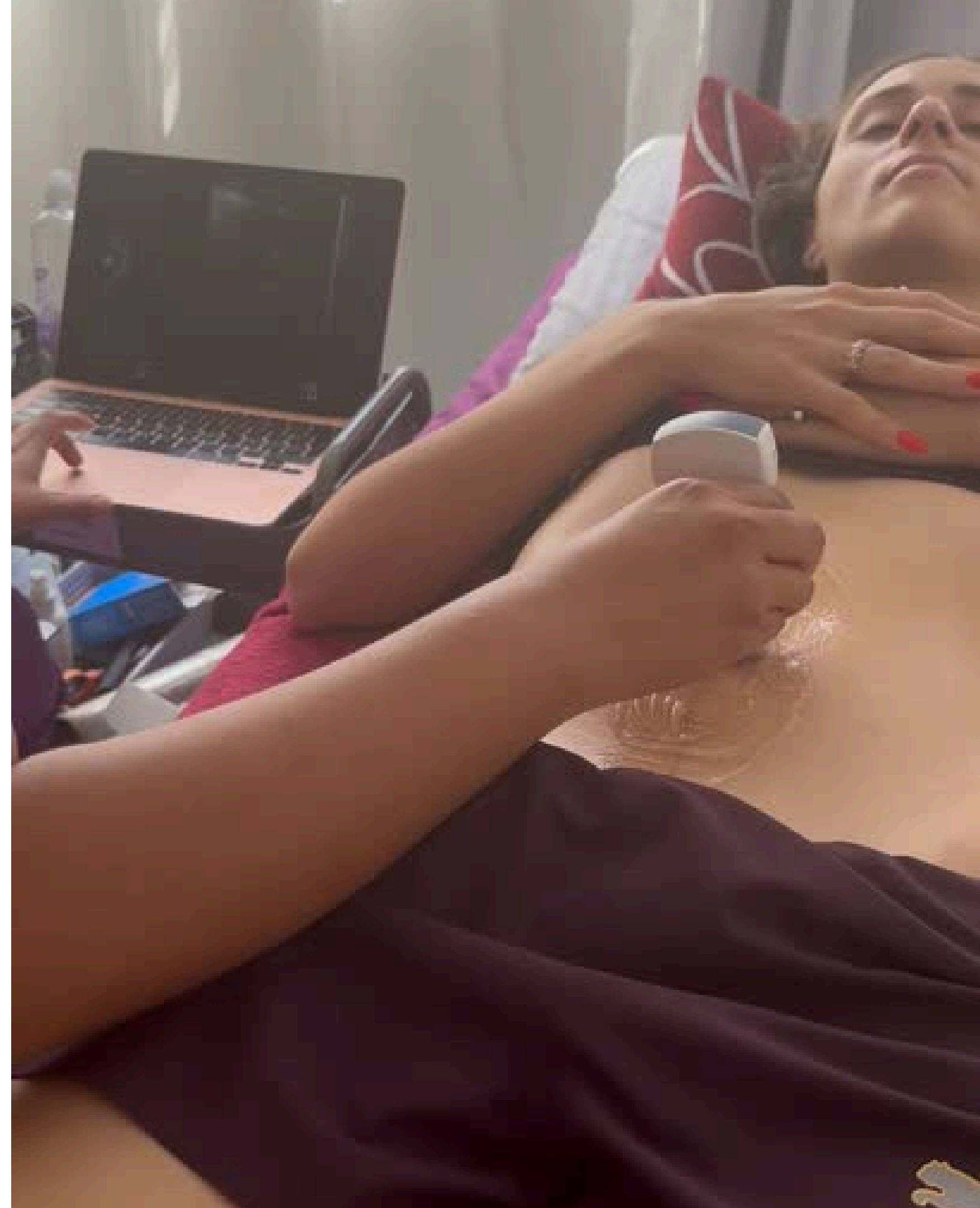
Ecografia

Ayuda a valorar correctamente al paciente y poder evaluar los resultados de los tratamientos que aplicamos.

Nos permite valorar en tiempo real el movimiento de la musculatura de suelo pélvico

Podemos guiar los ejercicios abdominoperineales comprobando la posición de las vísceras

LFT. JESSICA HERNÁNDEZ SALAZAR



Ecografía

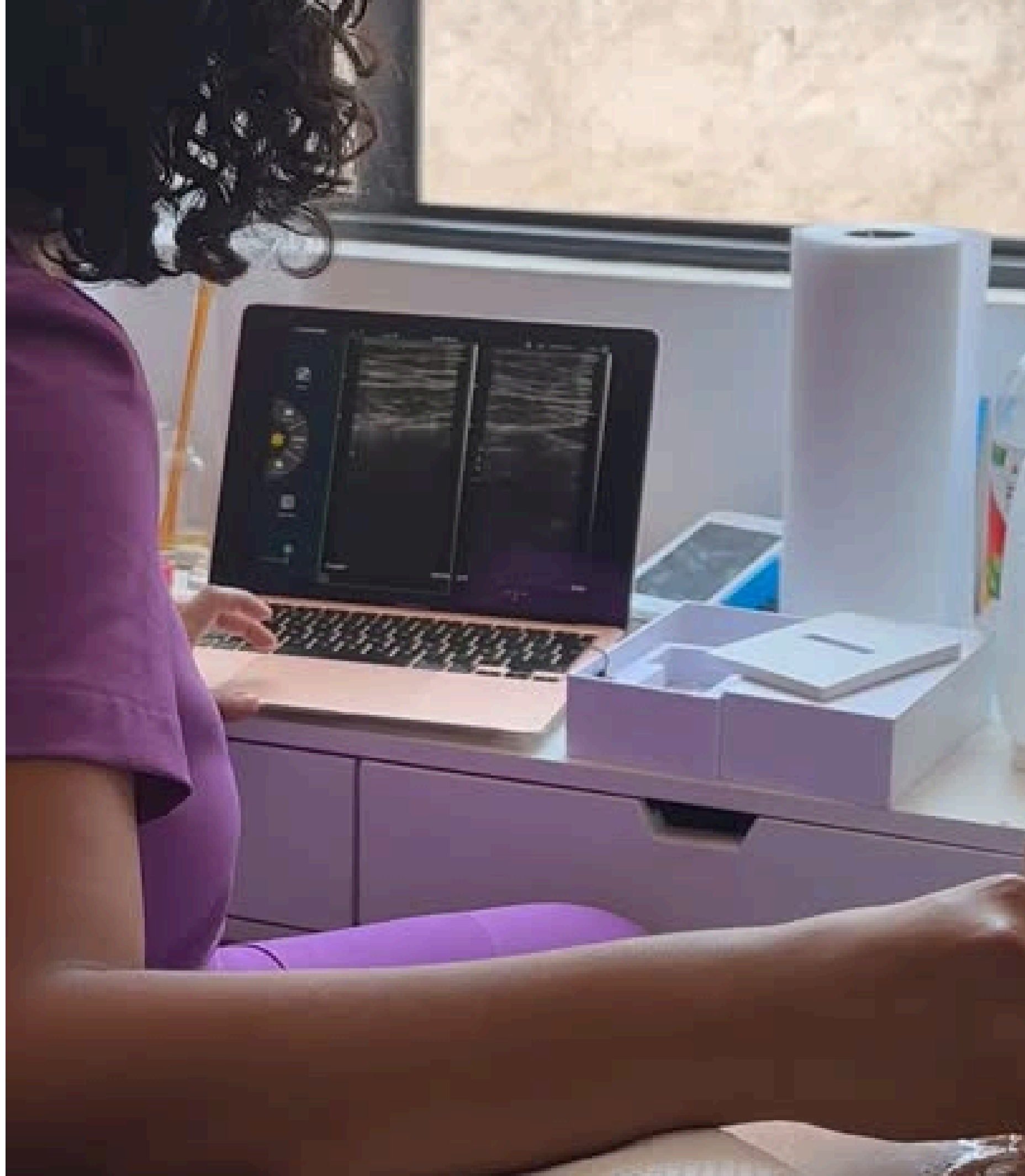
Abdominal:
Competencia ante esfuerzos de
musculatura profunda y superficial
Distancia entre rectos



LFT. JESSICA HERNÁNDEZ SALAZAR







Ecografia

Transabdominal

Residuo miccional

Reaccion de suelo pelvico ante diferentes acciones

Distensión rectal

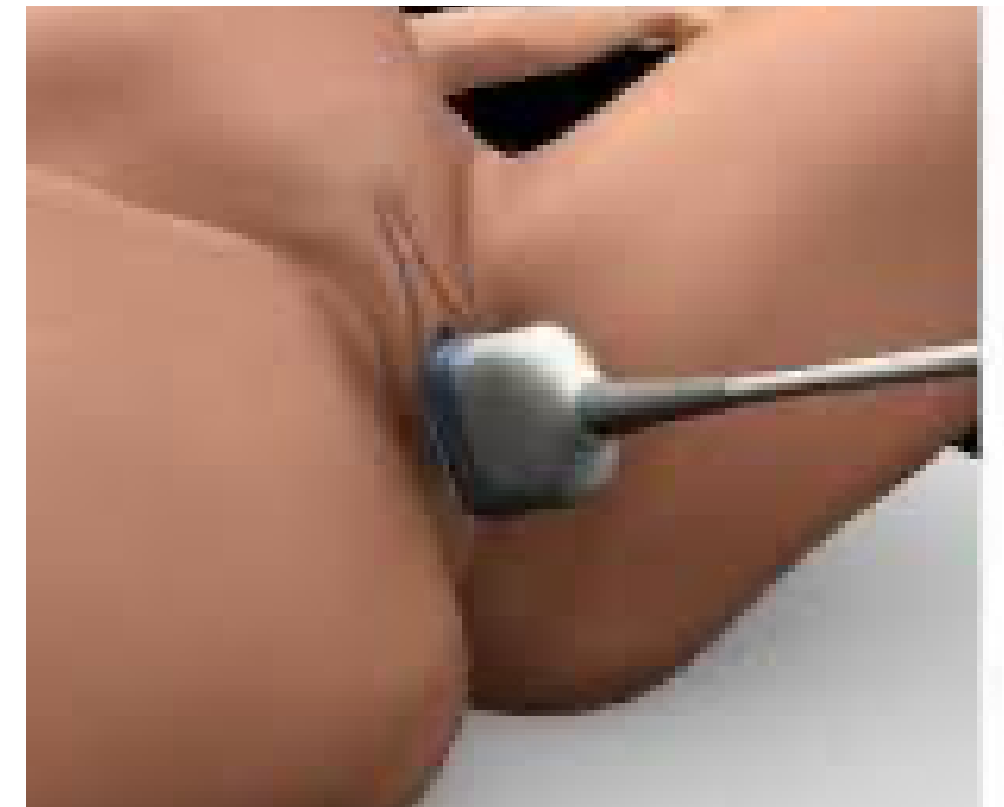
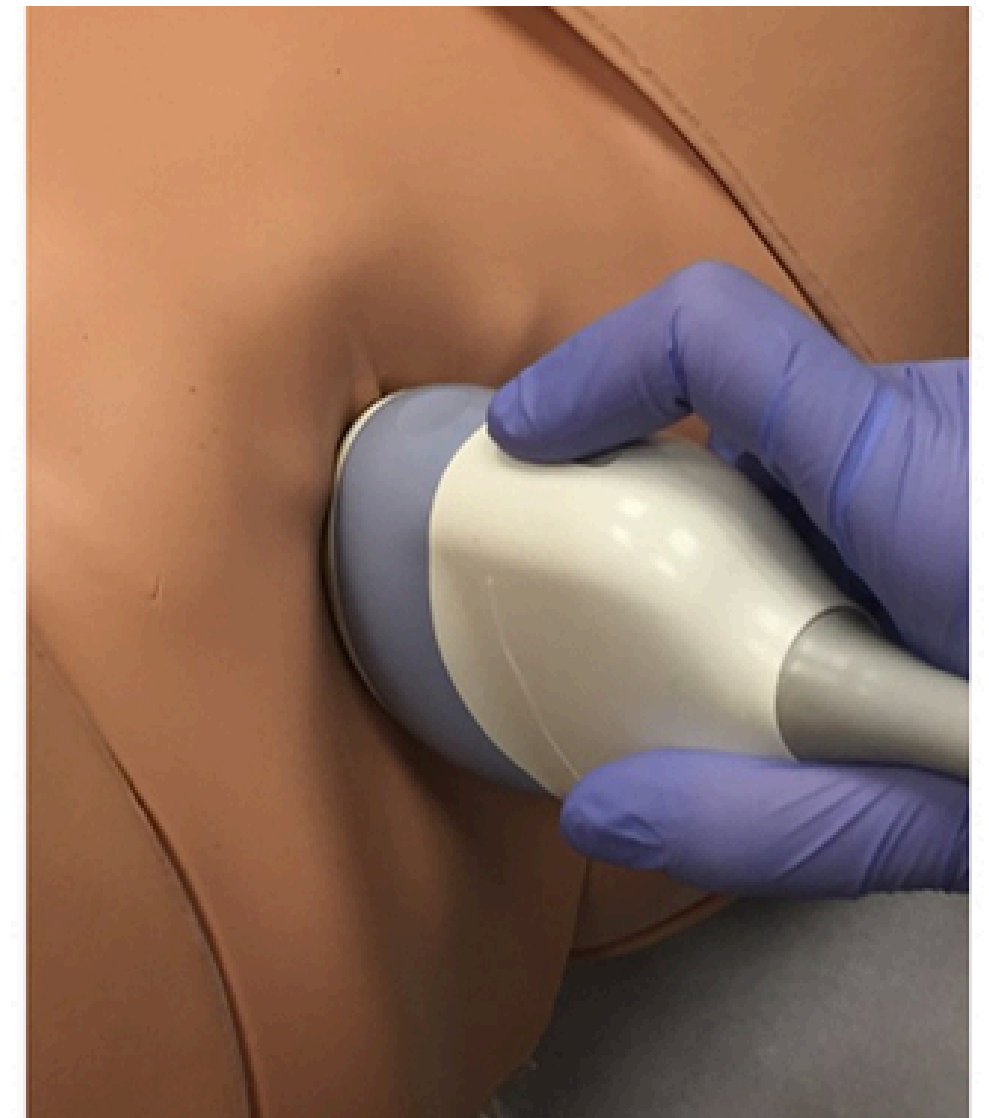
Transperineal:

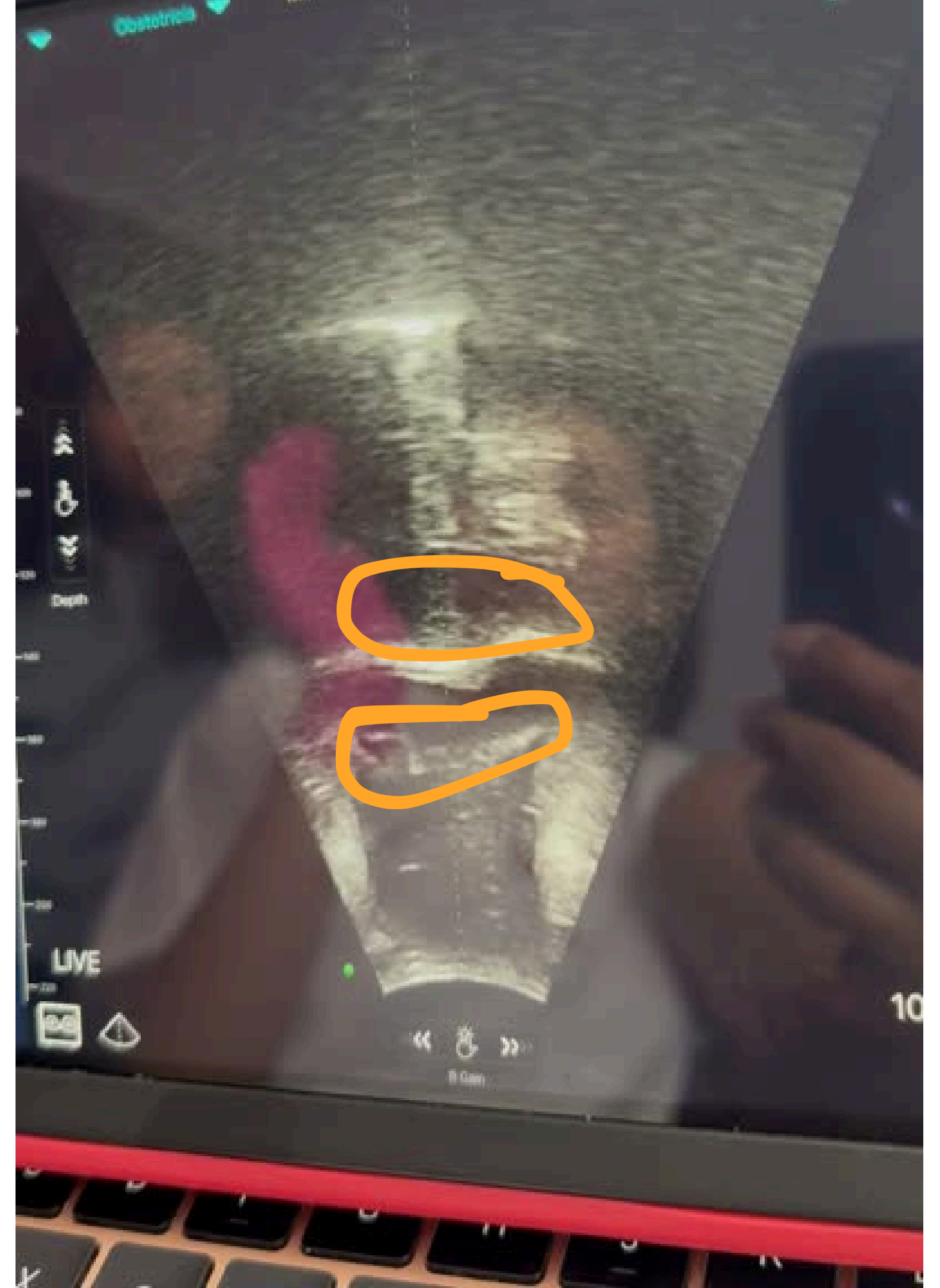
Angulo anorectal

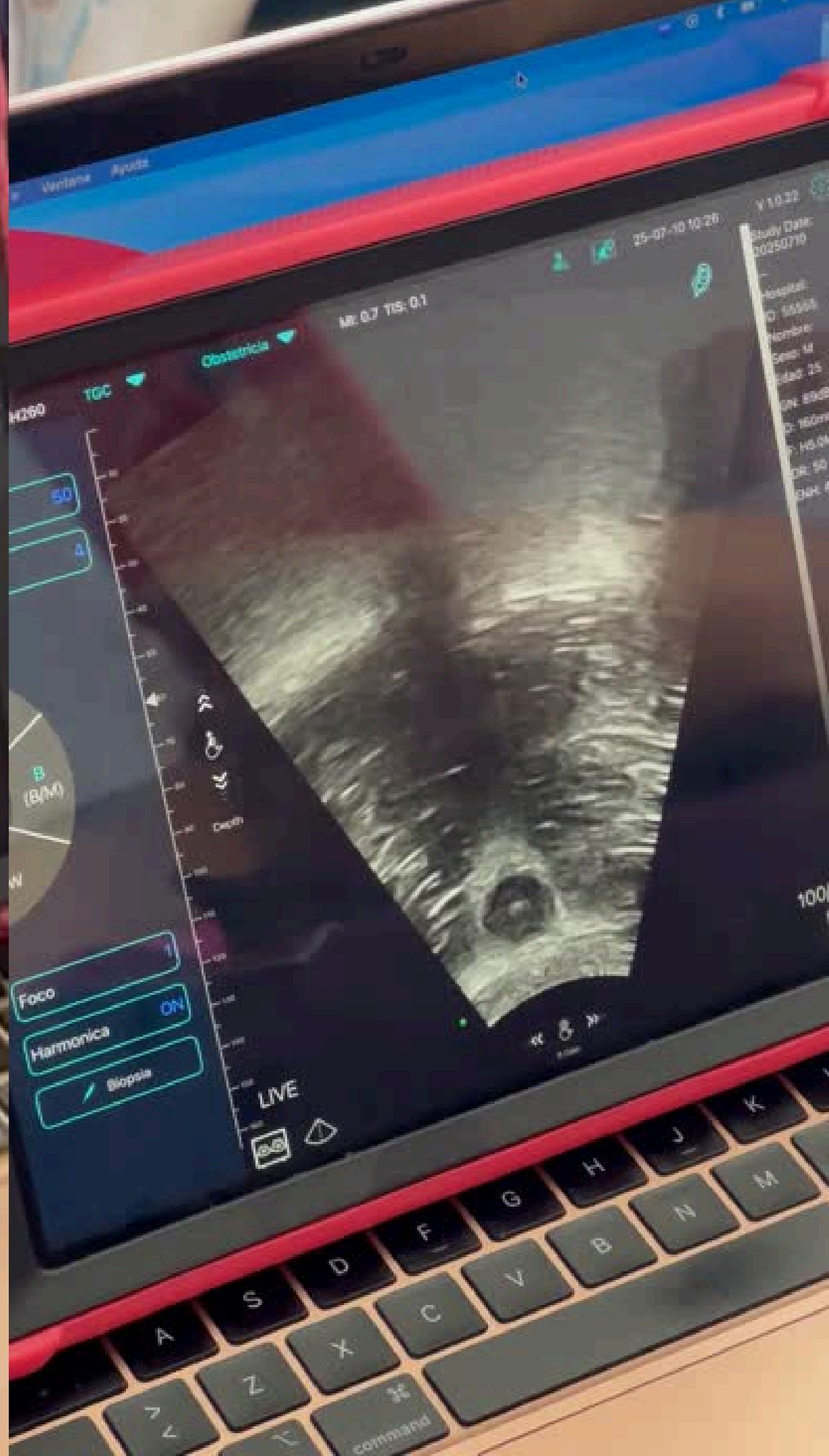
Reacciones de suelo pelvico

Posicion visceral

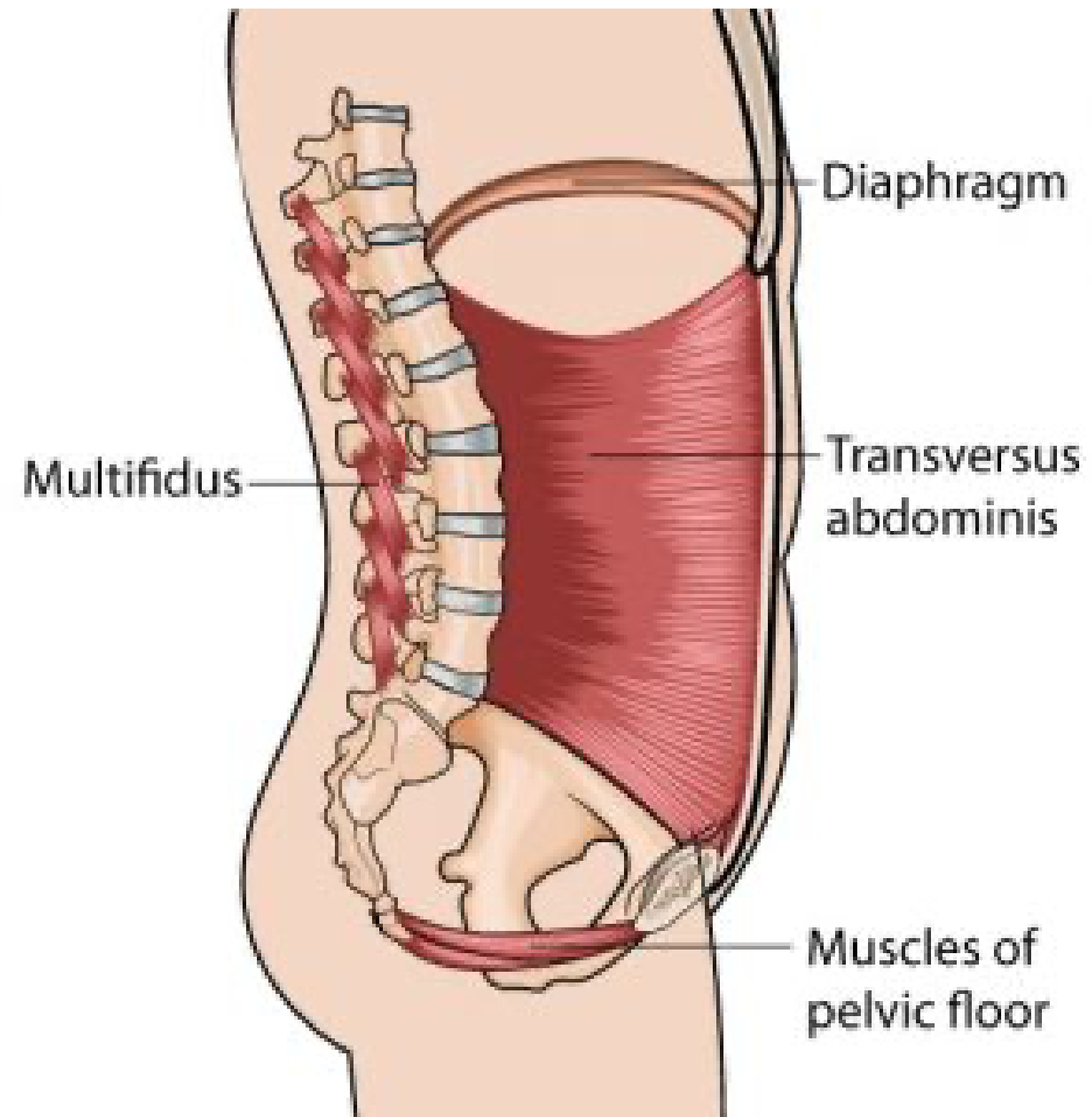
Movilidad uretral





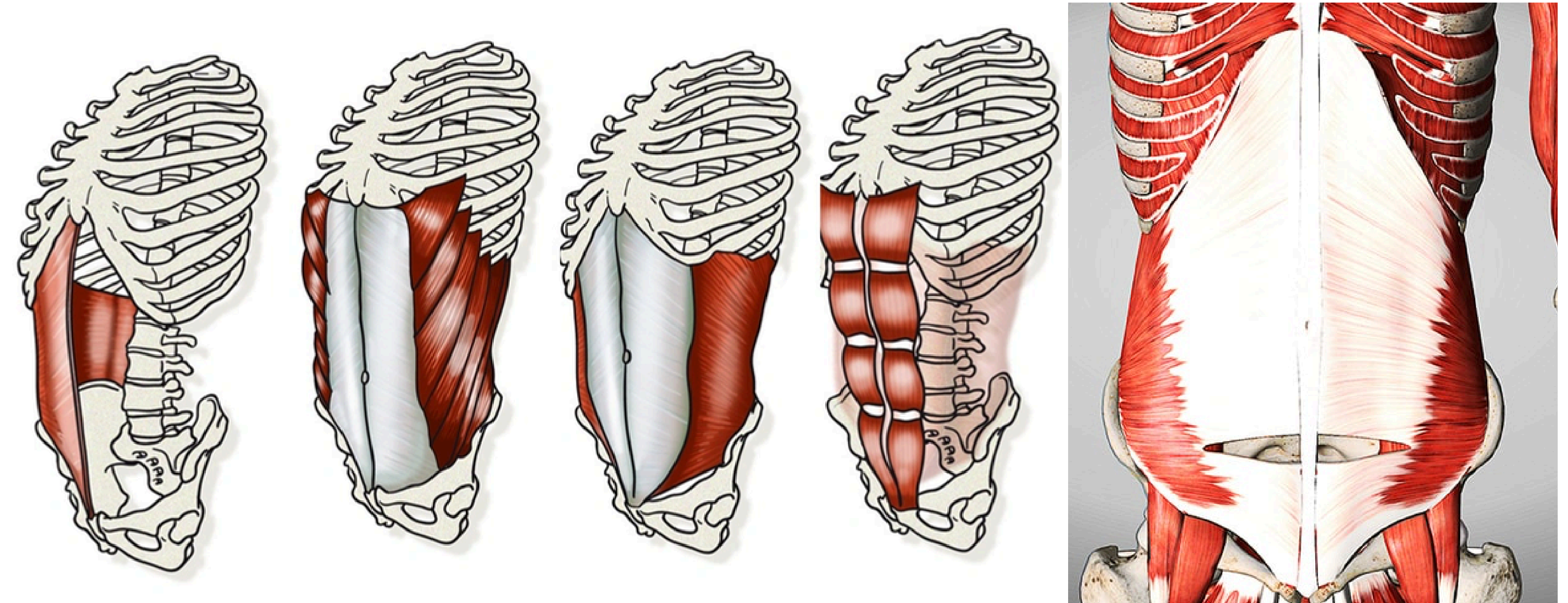


EJERCICIO TERAPÉUTICO



CALPP

Cavidad Abdominal



Función de los músculos abdominales

Transverso de abdomen

- Competencia abdominal
- Gestor de presiones
- Musculo espiratorio

Recto de abdomen

- Flexion del tronco
- Protección visceral
- Descenso costal

Oblicuos

- Descenso y cierre costal
- Rotación del tronco
- Musculo espiratorio
- Contención visceral
- Estabilización lumbopélvica

ABDOMEN FUNCIONAL



ABDOMEN FUNCIONAL



ABDOMEN NO FUNCIONAL



ABDOMEN NO FUNCIONAL





Ejercicios Para el fortalecimiento del SP



Hipopresivos



5p



Core
training

7. RAZONAMIENTO CLINICO

Caso clinico 1

Paciente de 32 años

4 meses postparto (forceps y episotomia)

Refiere que siente un bulto en la vagina

Objetivo: La paciente quiere comenzar a correr pero tiene miedo que la sensación del bulto se complique

MENCIONA:

- Diagnóstico fisioterapeutico
- Objetivos
- Estrategia de abordaje

Caso clinico 2

Paciente de 60 años

No llega al baño cuando siente ganas

Se levanta 4 veces por la noche

Toma 3 litros de agua

Oxford 4/5

Objetivo: La paciente quiere dejar de ir al baño frecuentemente

MENCIONA:

- Diagnóstico fisioterapéutico
- Objetivos
- Estrategia de abordaje

Caso clinico 3

Paciente de 28 años

1 hijo por cesarea

Cuando la paciente salta se le sale la orina

Al tener relaciones sexuales no siente placer

Oxford 3/5

Perfect: 3, 4 seg, 3 rep, 5 veces

Diafragma hipertónico

Objetivo: La paciente quiere sentirse como antes de ser mamá

MENCIONA:

- Diagnóstico fisioterapéutico
- Objetivos
- Estrategia de abordaje



Redes sociales



@Fisioexcelencia