

2ª Jornada Innovación Docente Urología con Atención Primaria: Incontinencia Urinaria Femenina

Tratamiento rehabilitador:
No todas las incontinencias se
operan o precisan fármacos

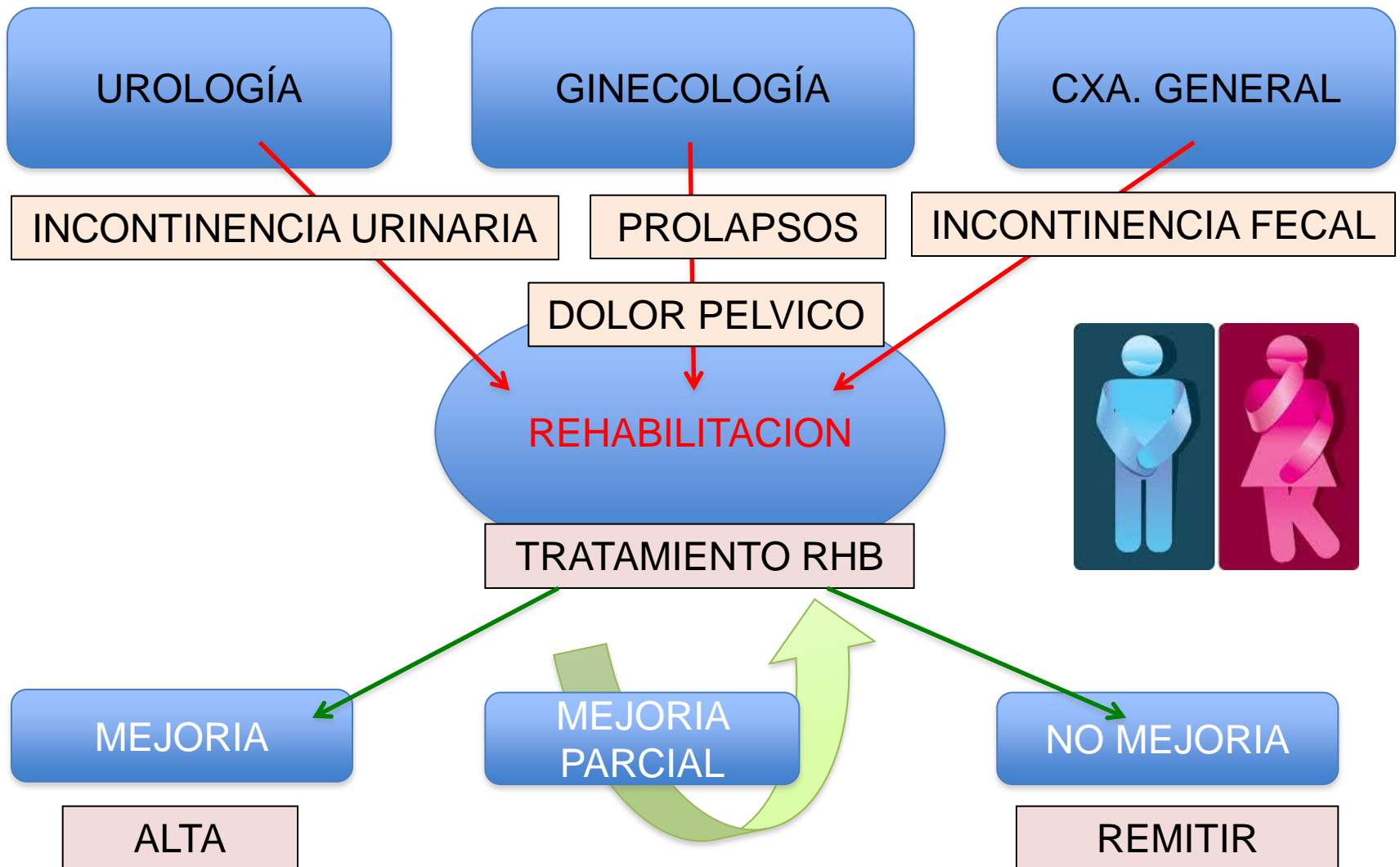


Dra. Ainhoa Rodríguez Oyaga
Jefe Asociado Servicio
Rehabilitación
Hospital Collado Villalba
14 Diciembre 2016

Incontinencia Urinaria

- Según la **ICS** (Sociedad Internacional de Continencia):
 - “Pérdida involuntaria de orina que constituye problema higiénico-social, que puede darse a cualquier edad, que afecta a ambos sexos, y puede ser demostrado objetivamente”
- Problema importante de salud
- Gran repercusión en calidad de vida

Unidad Multidisciplinaria



Servicio de Rehabilitación

Consulta médica:
Anamnesis
Exploración

- Detallada y dirigida
- Identificar:
 - Factores de riesgo estructurales
 - Factores de riesgo modificables
- Diagnóstico tipo incontinencia

Diario miccional
Cuestionarios Calidad Vida
Test de la compresa

Tratamiento
Rehabilitador
específico e
individualizado

Anamnesis

- Edad, profesión, hábitos deportivos, peso
- Enfermedades concomitantes: HTA, arritmias, alt. neurológica, patología respiratoria (tos crónica)
- Clínica incontinencia
- Ritmo miccional
- Alteraciones del flujo
- Ingesta líquidos
- Asociación incontinencia fecal / estreñimiento
- Medicación
- Datos gestacionales: embarazos, parto, instrumentación, episiotomía..
- Datos peri menopáusicos



Medidas de contención → Cuantificación incontinencia

Motivación → Éxito de tratamiento

FACTORES MODIFICABLES

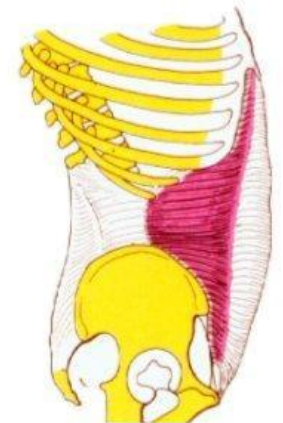
- Edad, profesión, **hábitos deportivos**, **peso**
- Enfermedades concomitantes: HTA, arritmias, alt. neurológica, patología respiratoria (tos crónica)
- Clínica incontinencia
- **Ritmo miccional**
- Alteraciones del flujo
- **Ingesta líquidos**
- Asociación incontinencia fecal / **estreñimiento**
- **Medicación**
- Datos gestacionales: embarazos, parto, instrumentación, episiotomía..
- Datos peri menopáusicos

Medidas de contención → Cuantificación incontinencia

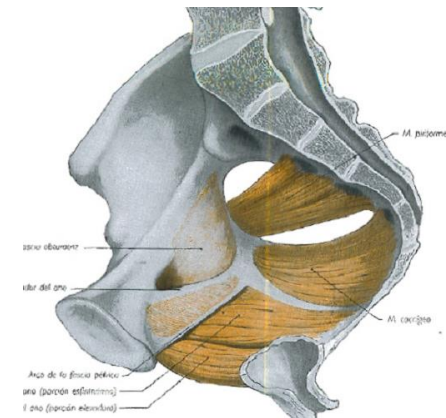
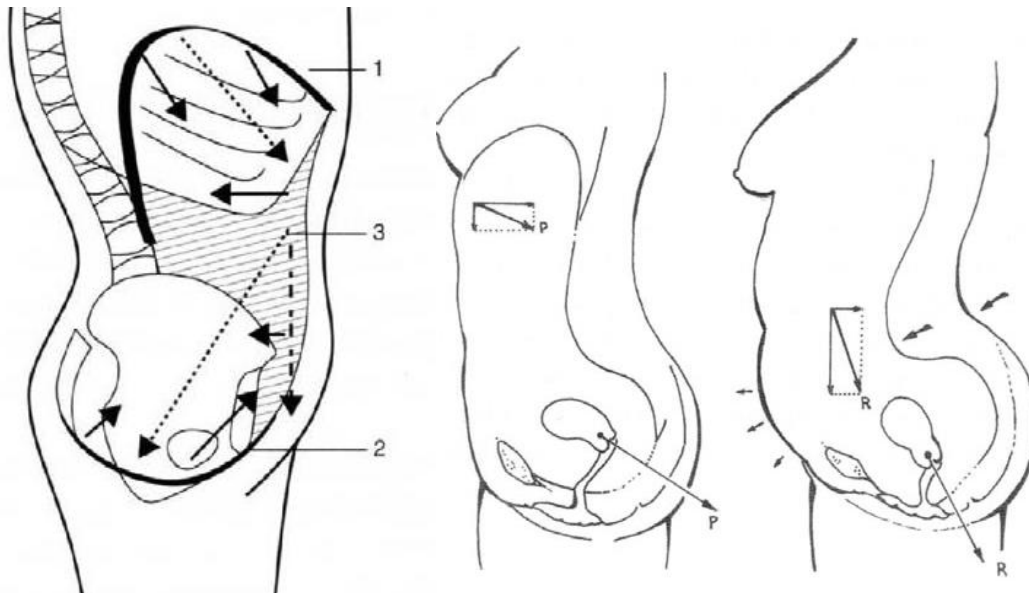
Motivación → Éxito de tratamiento

Exploración

- **Estática corporal:** hiperlordosis, retroversión pélvica
- **Exploración articular:** columna, pelvis, MMII
- **Exploración abdominal:**
 - Diafragma torácico: Tono
 - Pared abdominal: Rectos; Transverso del abdomen



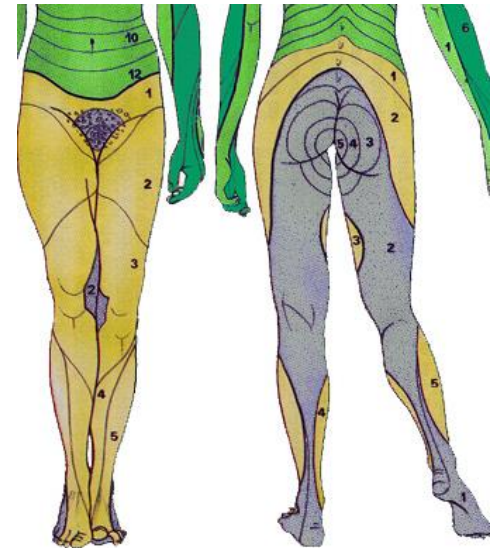
TRANSVERSO DEL ABDOMEN



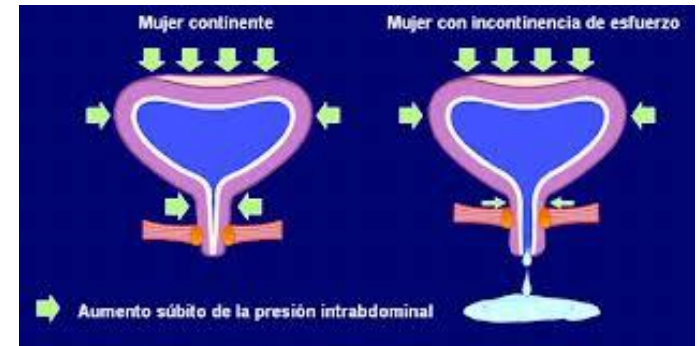
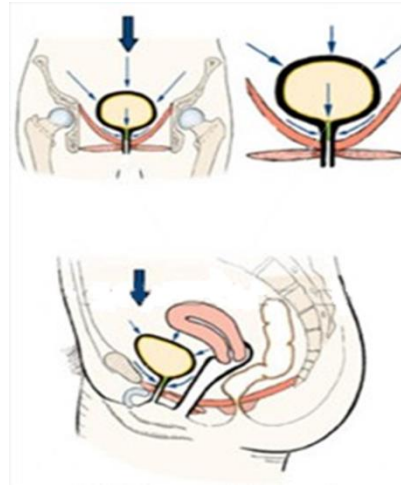
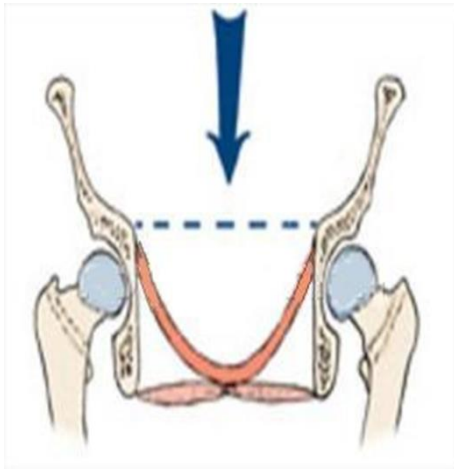
Exploración

- **Exploración neurológica:**

- Básica general
- Sensibilidad cutánea dermatomas
- Reflejos abd inf (D10-D12); patelar (L2-L4); aquileo (S1, S2)
- Perineal: Integridad arco reflejo sacro
 - Reflejo anal (S3-S4)
 - Reflejo bulbocavernoso o clitorídeo
 - Reflejo perineal a la tos

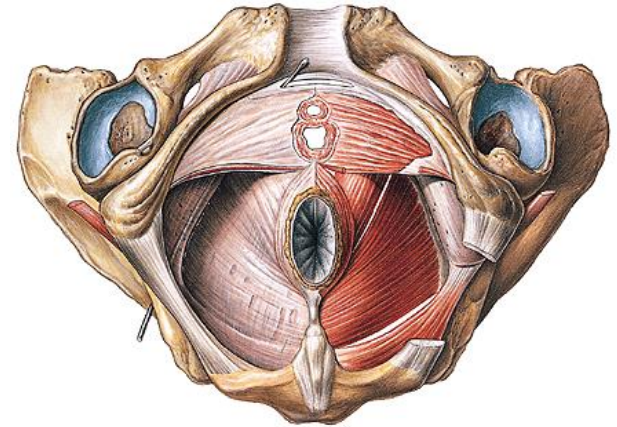
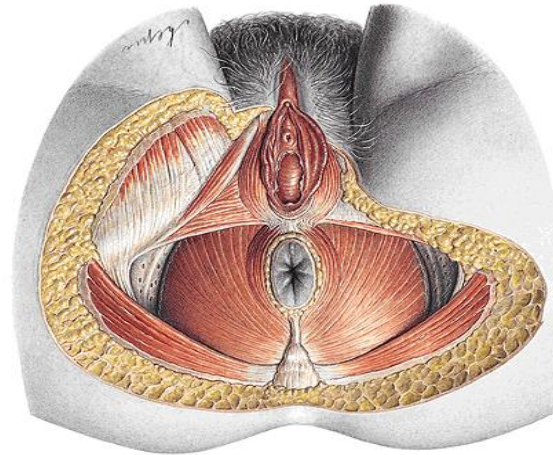


Suelo pélvico: sostén



Exploración perineal

- Canal vaginal
- Estado piel/mucosas
- Cicatrices
- Distancia ano-vulvar
- Núcleo fibroso periné
- Apertura vulvar
- Existencia de prolapsos



Valoración manual

- Tono basal
- Asimetrías/cicatrices
- Capacidad de contracción
- Integración periné en esquema corporal
- Contracciones sinérgicas: Abdominales, adductores, glúteos
- Contracción en apnea
- Inversión de la orden perineal
- Anticipación de la orden perineal
- Bloqueo perineal al esfuerzo



Balance muscular perineal

- **Escala de Worth:** Unidigital; Fuerza, duración y textura tejidos
- **Escala de Brinck:** Bidigital; + desplazamiento vertical
- **Escala de Laycock:** más detallado; 5 grados

– Protocolo valoración PERFECT

Power = Fuerza → Escala valoración modificada de Oxford

Endurance = Resistencia

Repetitions = Fatigabilidad

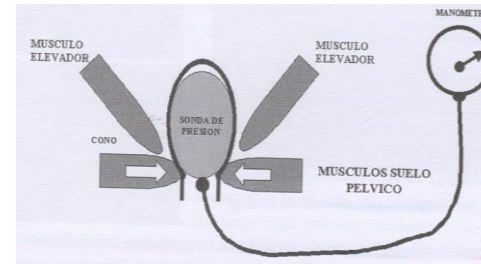
Fast = velocidad de contracción

ECT: every contraction timed

Grado	Respuesta muscular
0	Ninguna
1	Parpadeos/movimientos temblorosos
2	Débil
3	Moderado. Aumento de presión, ligera elevación pared vaginal posterior
4	Bien. Elevación contra resistencia
5	Fuerte. Sujeción y elevación contra resistencia máxima

Balance muscular perineal

MANUAL	INSTRUMENTAL
1-2	0-30 mmHg
3-4	30-40 mmHg
4-5	50-60 mmHg
5	>60 mmHg



Perineómetro de Kegel



Valoración GRRUG

- 0:** Nada, no ↑ tono respecto del basal
- 1:** Indicios contracción. No desplazamiento músc. (ligero ↑ tono)
- 2:** Contracción percibida sostenida < 5 seg
- 3:** Contracción sostenida >5 seg, SIN resistencia
- 4:** Contracción 5 seg, CON resistencia, repetida 5 veces
- 5:** Contracción >5 seg, CON resistencia, repetida indefinidamente

GRRUG: Grupo de Investigación en Reeducción Urológica, Coloproctológica y Sexológica

Escalas valoración

ESCALA DE SANDVICK

Esta escala valora el grado de la incontinencia

Rodea con un círculo el valor del ítem que proceda y solo uno en cada pregunta.

¿Cuál es la frecuencia con la que se le escapa la orina?

Cada día o/y cada noche	4
Una o varias veces a la semana	3
Una o varias veces al mes	2
Menos de una vez al mes	1

¿Qué cantidad cree que se le escapa?

Poca cantidad	1
Mucha cantidad	2

El resultado se obtiene multiplicando el valor de la frecuencia por el de la cantidad.

Rodea con un círculo el grado de incontinencia que corresponda

De 1 a 2	leve
De 3 a 4	moderada
De 6 a 8	severa

CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN DEL CONTROL DE LA VEJIGA

(Spanish version of the Bladder Control Self-Assessment Questionnaire)

ES USTED:

HOMBRE

MUJER

Por favor, anote el **NÚMERO** aplicable a su caso en las casillas indicadas por las flechas, teniendo en cuenta lo siguiente:

EN ABSOLUTO = 0

UN POCO = 1

BASTANTE = 2

MUCHO = 3

SÍNTOMAS



¿Le resulta difícil retener la orina cuando siente la necesidad urgente de orinar?

+

¿En qué medida le molesta?



¿Necesita ir al lavabo con demasiada frecuencia durante el día?

+

¿En qué medida le molesta?



¿Se despierta por la noche con la necesidad urgente de orinar?

+

¿En qué medida le molesta?



¿Tiene pérdidas de orina?

=

¿En qué medida le molesta?



=

MI puntuación de síntomas



AHORA, SUME LAS PUNTUACIONES DE CADA COLUMNA
E INTRODUZCA LOS RESULTADOS EN ESTAS CASILLAS

MI puntuación de 'molestia'



ICIQ-SF : Validación española del International Consultation On Incontinence Questionnaire Short Form

Número del sujeto

ICIQ-SF

CONFIDENCIAL

DÍA MES AÑO

Fecha de hoy

Hay mucha gente que en un momento determinado pierde orina. Estamos intentando determinar el número de personas que presentan este problema y hasta que punto les preocupa esta situación. Le estaríamos muy agradecidos si nos contestase las siguientes preguntas, pensando en como se ha encontrado en las ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS

1 Por favor escriba su fecha de nacimiento:
DÍA MES AÑO

2 Usted es (señale cuál): Mujer Varón

3 ¿Con qué frecuencia pierde orina? (marque una casilla)

nunca	<input type="checkbox"/>	0
una vez por semana o menos	<input type="checkbox"/>	1
de dos a tres veces por semana	<input type="checkbox"/>	2
una vez al día	<input type="checkbox"/>	3
varias veces al día	<input type="checkbox"/>	4
continuamente	<input type="checkbox"/>	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 una casilla)

no se me escapa nada	<input type="checkbox"/>	0
muy poca cantidad	<input type="checkbox"/>	2
una cantidad moderada	<input type="checkbox"/>	4
mucha cantidad	<input type="checkbox"/>	6

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

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
nada										mucho

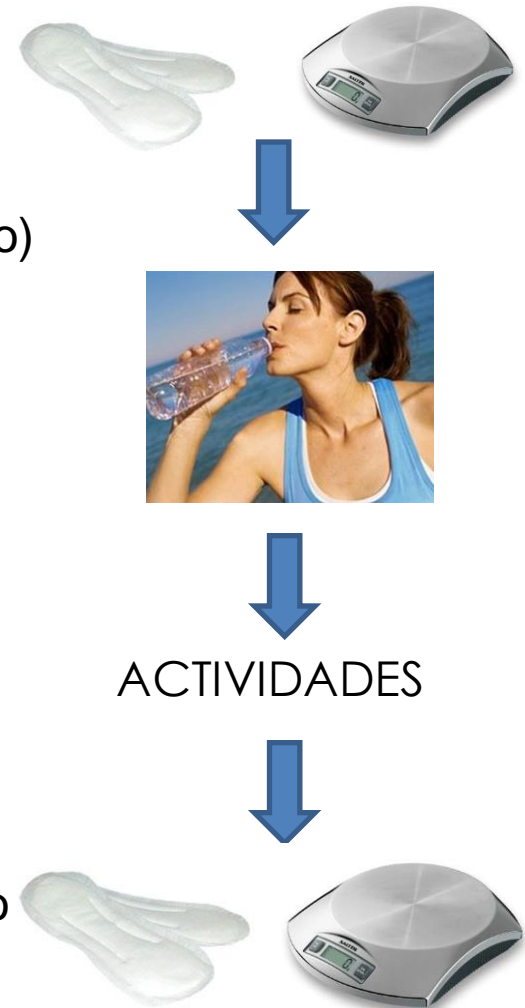
Puntuación de ICI-Q: sume las puntuaciones de las preguntas 3+4+5=

6 ¿Cuándo pierde orina?
(Señale todo lo que le pase a usted):

nunca pierde orina	<input type="checkbox"/>
pierde orina antes de llegar al WC	<input type="checkbox"/>
pierde orina cuando tose o estornuda	<input type="checkbox"/>
pierde cuando duerme	<input type="checkbox"/>
Pierde orina cuando hace esfuerzos físicos/ejercicios	<input type="checkbox"/>
Pierde orina al cabar de orinar y ya se ha vestido	<input type="checkbox"/>
Pierde orina sin un motivo evidente	<input type="checkbox"/>
Pierde orina de forma continua	<input type="checkbox"/>

Test de la compresa “Pad Test”

- Pase al baño y orine
- La compresa debe pesarse antes del test
- La paciente se coloca la compresa.
- Del minuto 0 - 15: Beba 500 ml agua (2 vasos y medio)
- Del min 15 - 45: Camine sin descanso
- Del min 45 - 60: Realice las siguientes actividades:
 1. Subir y bajar un piso de escaleras.
 2. Levantarse y sentarse en una silla 10 veces consecutivas
 3. Toser con fuerza 10 veces, manteniéndose de pie
 4. Correr sobre el mismo punto durante 1 minuto
 5. Agacharse a recoger un objeto del suelo 5 veces consecutivas
 6. Lavarse las manos con agua fría durante un minuto
- Se retira la compresa y se vuelve a pesar



Tratamiento de Rehabilitación

INDICACIONES

- Afectación Calidad Vida
- Motivación
- Deseo gestacional
- No deseo cirugía
- Mala respuesta fármacos

CRITERIOS EXCLUSIÓN

- No afectación CV
- Baja motivación
- Obesidad IMC>30
- Lesiones esfinterianas severas
- Prolapsos grado III/IV

IMPRESINDIBLE PARA EXITO

↑ Motivación

Capacidad de compresión

Capacidad de realización

TRATAMIENTO REHABILITADOR

Técnicas de RHB en SP

- Medidas higiénico-dietéticas
- Reeducación miccional
- Ejercicios Musculatura Suelo Pélvico (EMSP)
 - Bloqueo al esfuerzo
 - Ejercicios inhibición urgencia
- Biofeedback (BFB)
- Electroestimulación (EES)
- Conos/bolas chinas
- Neuromodulación tibial posterior (NMTP)
- Gimnasia abdominal hipopresiva (GAH)

Evidencia

- **EMSP** → tratamiento de primera línea en la IUE
- **BFB** y **EES** tienen evidencia como terapia complementaria a los EMSP
- La **NMTP** disminuye la frecuencia miccional y el volumen de las pérdidas en la Vejiga hiperactiva
- El uso de **conos/bolas chinas** es mejor que no hacer nada → Deben proponerse si rechazan otras terapias

Medidas higiénico-dietéticas

- Información al paciente → Charla grupal o individual
- Actuación sobre factores modificables
- **Adecuado horario miccional** → Diario miccional
 - Cada 2-3 horas
 - Vaciar la vejiga
 - No acudir “por prevenir”
- **Evitar comidas/bebidas excitantes**
 - Teína/cafeína, Alcohol, bebidas gaseosas
 - Comidas muy condimentadas/picantes
- **Ingesta de líquidos:**
 - 1,5-2 litros /día
 - Distribución a lo largo del día
 - No beber 2 horas antes de acostarse



Medidas higiénico-dietéticas

- Adecuada higiene periné:
 - Evitar perfumes en cremas/geles/compresas
 - Uso de absorbentes para incontinencia
- Evitar fajas/ropa ajustada → ↑ presión intraabdominal
- Pérdida de peso
- Supresión hábito tabáquico
- **Control estreñimiento**
- **Postura defecatoria correcta**




Actividad deportiva

- Se puede practicar deporte
- **No** se recomienda actividad deportiva **hiperpresiva**
Aumento de presión intraabdominal $> 110\text{mmHg}$
 - De alto impacto: saltos, tenis, atletismo...
 - Abdominales clásicos
 - Spinning/ciclo indoor

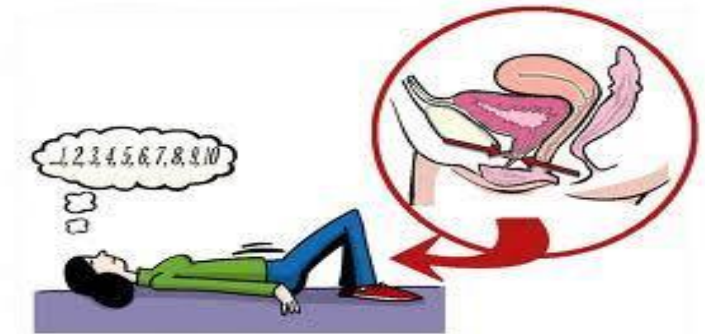


Reeducación miccional

- Aumentar la capacidad de la vejiga de forma progresiva incrementando el tiempo entre micciones
- En base a **diario miccional**
- Si aparece urgencia:
 - Se realizan contracciones musculatura suelo pélvico rápidas
-  Inhibición la contracción del detrusor (Reflejo 12 de Mahony)
- Si se ha cumplido intervalo → realizará micción programada
- Objetivo: micciones cada 2-4 horas, control de urgencia

Ejercicios musculatura suelo pélvico (EMSP)

- Los más conocidos y empleados son los ejercicios propuestos por Arnold H Kegel
- Objetivo: activar selectivamente los músculos del suelo pélvico
- Evidencia científica con mejoría en IUE y mixta
- Mayor evidencia en programas supervisados
- Evitar/mejorar prolapsos
- Mejoría relaciones sexuales: musculatura como elemento activo durante la relación
- No efectos secundarios
- Difíciles de realizar



Ejercicios musculatura suelo pélvico (EMSP)

Identificar músculo a
contraer

Evitar contracciones
parásitas:

- Abdominales
- Adductores
- Glúteos

Evitar apnea

Realizar contracción en
expiración

Inspiración → ↑ p.
intraabdominal

Diferentes posiciones:

- Decúbito
- Sedestación
- Bipedestación

Tipos de contracciones:

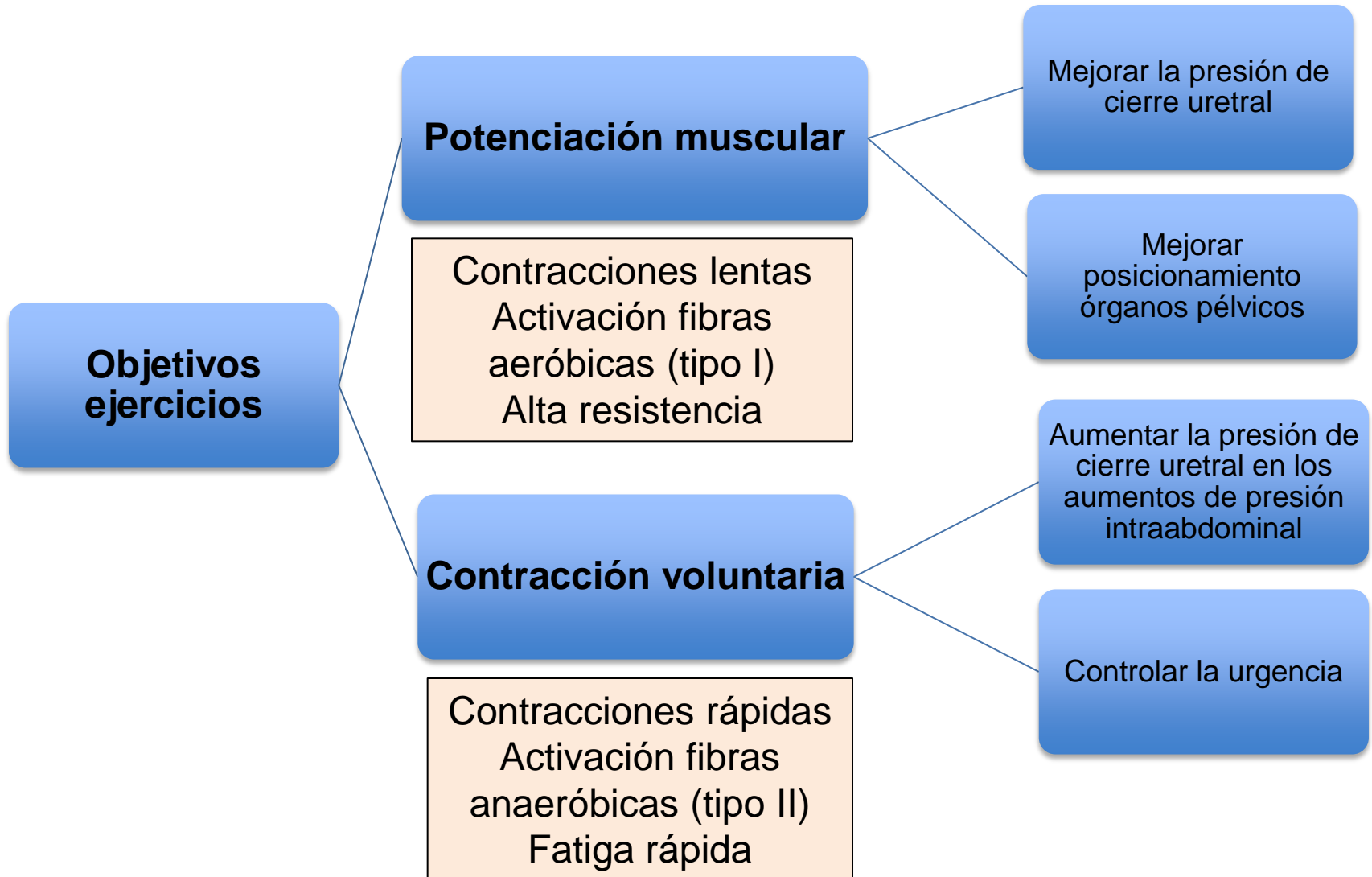
- Lentas: componente tónico
- Rápidas: componente fásico

Terapias
complementarias:

- Conos vaginales
- Biofeedback

Importante: dejar **tiempo de relajación** tras contracción para evitar fatiga
Se recomienda que debe ser el doble que el tiempo de contracción

Ejercicios musculatura suelo pélvico (EMSP)



Ejercicios musculatura suelo pélvico (EMSP)

Toma de conciencia

Fase tonificación

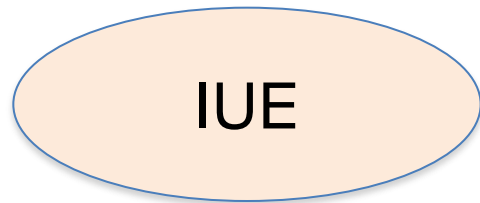
Fase automatización

Integración esquema c
Contracción aislada co
Suprimir sinergias

Ejercicios respirat
Ejercicios de básco
EMPS:
- Cambios de
- Aumento de
- Aumento ve

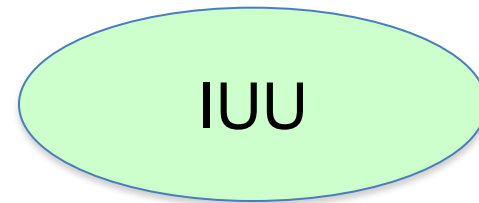
Ejercicios específicos al esfuerzo
Aumento progresivo al esfuerzo
Diferentes posiciones
Diferentes volúmenes vesicales

Ejercicios musculatura suelo pélvico (EMSP)

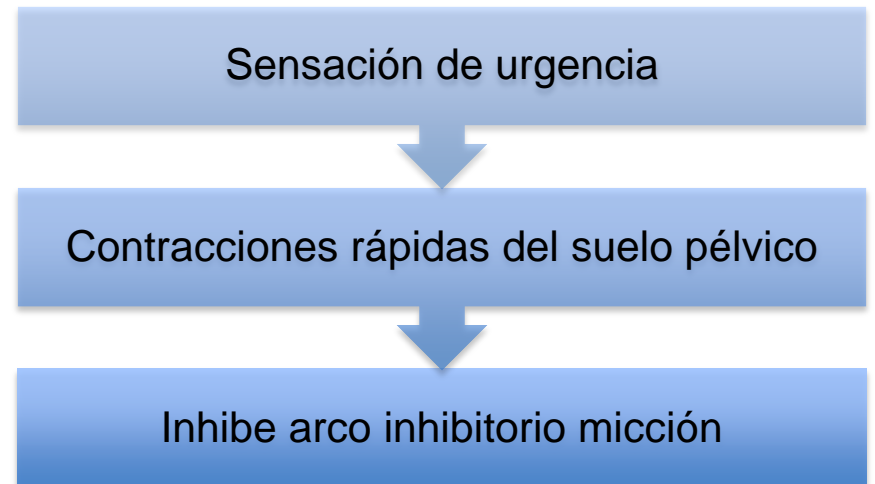


Bloqueo al esfuerzo

Realizar contracción del suelo pélvico previo al esfuerzo



Técnicas inhibición urgencia

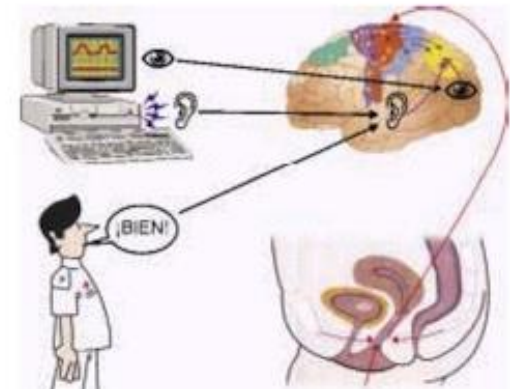


NO PIPI-STOP

- La técnica consistente en interrumpir la micción
- No está indicada como terapia de fortalecimiento muscular:
 - Puede interferir en los mecanismos reflejos de funcionamiento vésicoesfinteriano
 - Puede provocar problemas en el vaciado
 - Puede aumentar síntomas de urgencia miccional
 - Residuo postmiccional → aumento riesgo infecciones
- Sólo puede emplearse inicialmente para identificar la musculatura a activar o de forma esporádica para hacer un seguimiento de la respuesta a la terapia física

Biofeedback muscular (BFB)

- Cuando no hay compresión en la realización de los EMSP
- **Sistema de retroalimentación** que recoge información de un proceso fisiológico que sucede normalmente de forma inconsciente para el individuo; siendo amplificada y devuelta en forma de señal visual o sonora para que pueda ser captada por el paciente
- Objetivo: facilitar a través del **entrenamiento conductual**, la adquisición de control sobre las respuestas fisiológicas de **contracción y relajación** de determinados grupos musculares
 - Señal puede ser cuantificada → se instruye al paciente para que ↑↓
 - Instruir en contracción muscular correcta para poder realizar posteriormente sin ayuda instrumental
- Facilita:
 - Reconocimiento muscular
 - Aprendizaje de la contracción
 - Monitorización del tratamiento
 - Fuerte motivación en la paciente



Biofeedback muscular (BFB)

- **Tipos BFB:**

- **BFB vídeo:**

- Visualización del ejercicio
 - Pacientes con mal integración periné

- **BFB EMG:**

- El más utilizado
 - 2 canales información que permite trabajar 2 grupos musculares:
 - Contracción MSP con electrodo intracavitario
 - Relajación musculatura abdominal con electrodo de superficie

- **BFB manométrico:**

- Aire: Perineómetro de Kegel y modificados
 - Agua: p.ej: unidades de urodinámica (tratamiento de la disinergia vésico-esfinteriana)

- **Objetivos:**

- **BFB positivo:** reforzamiento muscular activo

- Contracciones estables y aisladas de antagonistas
 - Mejorar fuerza, resistencia, elasticidad y velocidad

- **BFB negativo:**

- Relajación en hipertonía perineal
 - Posteriormente positivo
 - Sus indicaciones son:
 - Vaginismo
 - Disinergia vesico-esfinteriana
 - Hipertonía perineal aislada



Electroestimulación (EES)

- Descrita por Cadwell 1963
- La electroestimulación periférica consiste en la creación de un potencial eléctrico para estimular las terminaciones nerviosas periféricas o fibras musculares con fines terapéuticos

Electrodos → estímulos eléctricos → contracción muscular
Activar las raíces sacras S1-S2-S3
Requiere arco sacro reflejo íntegro
Electrodos externos + internos (vaginales)

- Efectos en función de parámetros de frecuencia y amplitud:
 - Reforzamiento musculatura estriada para-periuretral
 - Inhibir y reducir contracciones del detrusor
 - Disminuir las disinergias esfíntero-vesicales
 - Relajar musculatura
 - Efecto antiálgico
 - Mejora vascularización local

Electroestimulación

- Más eficaz: corriente rectangular alterna asimétrica
- Depende de la frecuencia y amplitud del impulso
 1. Frecuencia baja y amplitud breve
 - Estimulación reflejo inhibición vesical
 - Estimulación fibras tipo I (de contracción lenta)
 2. Frecuencia alta y amplitud más amplia
 - Estimulación fibras tipo II (de contracción rápida)
- Intensidad variable → por debajo umbral del dolor



Electroestimulación

Indicaciones:

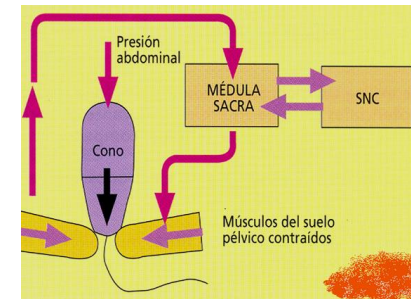
- Inhibición detrusor
- Inestabilidad vesical
- IUE pura

Contraindicaciones:

- Denervación total suelo pélvico
- Vejiga poca capacidad acomodación
- Obstrucción uretral
- Retención urinaria >100cc
- RVU
- Tumores intrapélvicos
- ITU
- Marcapasos
- Embarazo

Dispositivos intravaginales

- Métodos de reforzamiento muscular
- Son dispositivos de distintos pesos
- **+** Contracción muscular espontánea para retenerlos
- Se utilizan como método de biofeedback
- Se pueden utilizar como complemento para EMPS
- Indicados para fase de mantenimiento
- Precisan BM > 3/5

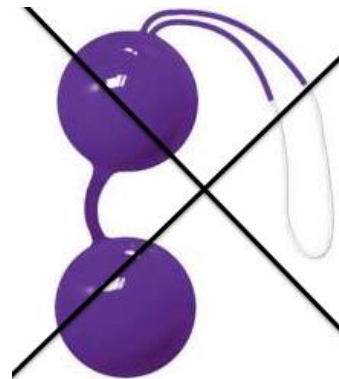


- Mejores que ningún tratamiento activo IUE

Herbison P, Plevnik S, Mantle J. Conos vaginales pesados para la incontinencia urinaria (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Dispositivos intravaginales

- Los **conos vaginales** fueron diseñados por Plevnik en 1985
 - Son 5 dispositivos de igual tamaño y de peso creciente, de 20 a 70 gr, aumentando el peso de 20 en 20 gr.
 - Peso inicial 15 min, 2 veces/día → retiene 2 veces → paso al siguiente
 - Posteriormente realizar pruebas al esfuerzo
 - Finalizar con peso máximo y todas las actividades 30 min, 1 vez/día



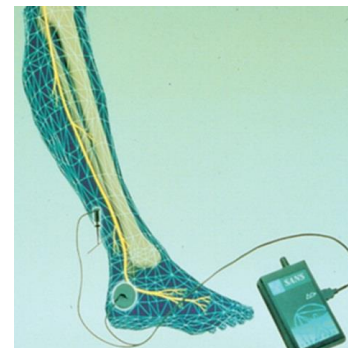
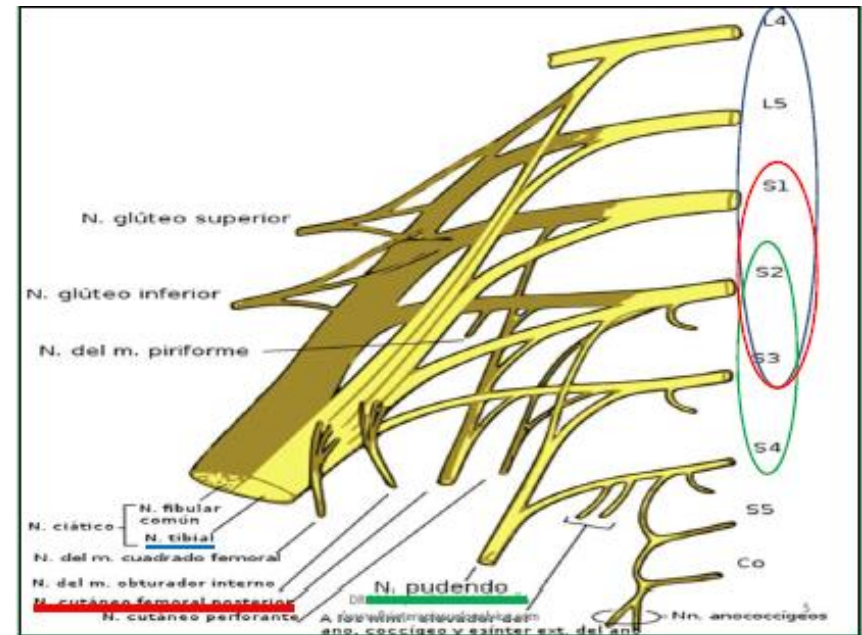
- **Bolas chinas** → Solo una

Neuromodulación Tibial Posterior (NMTP)

- Busca la estimulación indirecta de raíces neurológicas responsables del funcionamiento motor y/o sensorial de distintas estructuras, tales como órganos y/o vísceras
- La idea surge de la neuromodulación central de raíces sacras
- Mecanismo: **Estimulación aferente retrógrada**
 - Suministrar una corriente de baja frecuencia e intensidad
 - Desde el nervio tibial hasta nervio sacro S2-S3
 - Restableciendo los sistemas de control inhibidores y excitadores tanto a nivel periférico como central
 - Inhibición plexo parasimpático (contracciones del detrusor producidas por el centro sacro de la micción)
 - Estimulación del reflejo perineal inhibidor (Reflejo 3 de Mahony)

¿Por qué el nervio tibial?

- Nervio mixto:
 - Aferencias sensitivas
 - Eferencias motoras
- Se origina desde L4 → S3
- Coincide con los segmentos medulares que proporcionan la inervación del tracto urinario inferior y del suelo pélvico
 - I. somática (N. pudendo: S2-S3)
 - I. parasimpática (N. pélvico: S2-S4)
- A lo largo de los dermatomas S2-S3, se identificó el punto SP-6 como un área de alta impedancia por encima del maleolo medial



Neuromodulación Tibial Posterior (NMTP)

Indicaciones

- Vejiga hiperactiva seca o húmeda
- Vejiga hipoactiva
- IUM con predominio de urgencia
- Dolor pélvico
- Incontinencia fecal con una afectación < 50% del esfínter interno y las afectaciones del esfínter externo que no tengan solución quirúrgica

Criterios de exclusión

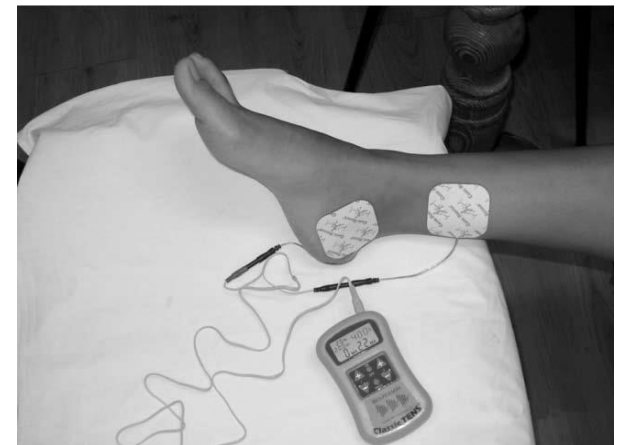
- Vejiga hiperactiva de causa neurógena
- Daño neurológico del nervio tibial posterior
- Denervación perineal
- Marcapasos o desfibrilador automático
- Patología cardíaca descompensada
- Embarazadas
- Patología venosa importante en MMII
- Problemas cutáneos que impidan la punción
- Tratamiento con anticoagulantes orales
- Procesos infecciosos agudos
- Déficit cognitivo o psiquiátrico (no colaboración)
- Retención urinaria
- Miastenia gravis
- Colitis ulcerosa grave
- Megacolon tóxico

Neuromodulación Tibial Posterior (NMTP)

- Posición del paciente: decúbito supino con lo miembros inferiores en semiflexión, con un rulo debajo de las piernas y apoyo cervical, los miembros superiores relajados
- Técnica: Electrodo de aguja o de superficie 5 cm por encima del maleolo tibial y electrodo de superficie a nivel calcáneo (tierra)
- Electrodo correcto:
 - Respuesta en flexión o abanico de los dedos
 - Sensación de descarga eléctrica que irradia a la planta del pie y 1º dedo

Tratamiento:

12 sesiones
1 vez/semana
30 min



Gimnasia Abdominal Hipopresiva

Conjunto de ejercicios posturales rítmicos en aspiración diafragmática (apnea)
Postura mantenida 25 segundos



Integración y memorización de los mensajes propioceptivos

EFFECTOS:

- Tonificación de la musculatura faja abdominal y suelo pélvico
- Disminución congestión pelvis menor
- Normalización estática y biomecánica visceral pelviana
- Activación ortosimpática
- Normalización postura global



Gimnasia Abdominal Hipopresiva



Diferentes posturas



CASOS CLINICOS

Caso clínico IUE



Anamnesis

- Mujer 35 años
- Tras parto con fórceps
- Incontinencia con esfuerzos moderados
- Cantidad:
 - Moderados esfuerzos: gotas
 - con estornudos: chorrito
- Sensación de bulto
- Asocia cicatriz dolorosa
- Ingesta 3 litros líquido/día
- Ritmo miccional: 3 veces/día
- Usa 3 salvasilip/día
- Escala Sandvik: 3

Exploración

- Diástasis de recto
- Cistocele grado I/II
- Cicatriz episiotomía adherida y dolorosa
- Asimetría tono basal
- Valoración contracción 2/5
- Contracciones parásitas abdominales y glúteos
- Contracción en apnea
- No bloqueo al esfuerzo

Caso clínico IUE



Anamnesis

- Mujer 35 años
- Tras parto con fórceps
- Incontinencia con esfuerzos moderados
- Cantidad:
 - Moderados esfuerzos: gotas
 - con estornudos: chorrito
- Sensación de bulto
- Asocia cicatriz dolorosa
- **Ingesta 3 litros liquido/día**
- **Ritmo miccional: 3 veces/día**
- Usa 3 salvaslip/día
- Escala Sandvik: 3



Tratamiento

- Reducción ingesta líquidos
- Reeducación miccional

Caso clínico IUE



Exploración

- Diástasis de recto →
- Cistocele grado I/II
- Cicatriz episiotomía adherida y dolorosa →
- Asimetría tono basal →
- Valoración contracción 2/5 →
- Contracciones parásitas abdominales y glúteos →
- Contracción en apnea
- No bloqueo al esfuerzo →

Tratamiento

Ejercicios hipopresivos

- Tto manual cicatriz
- Estiramiento suaves/automasaje
- Punción seca

Normalizar tono, manual + BFB

EMSP + BFB + EES

Control contracciones:
-Control manual parásitas
-Control respiración

Automatización contracción

Caso clínico IUU



Anamnesis

- Mujer 65 años
- Empeoramiento tras menopausia
- Urgencia húmeda
- Perdida a chorrito
- Asocia pérdidas con grandes esfuerzos
- Ingesta 2 litros liquido/día
- Ritmo miccional:
 - >15 veces/día
 - 4-5 nocturnas
- Usa 5 compresas/día
- Escala Sandvik: severa

Exploración

- Sensibilidad normal
- Reflejos presentes
- Diafragma normotónico
- Valoración contracción 3/5
- No contracciones parásitas
- Contracción en apnea
- No bloqueo al esfuerzo

Caso clínico IUU



Anamnesis

- Mujer 65 años
- Empeoramiento tras menopausia
- Urgencia húmeda
- Perdida a chorrito
- Asocia pérdidas con grandes esfuerzos
- Ingesta 2 litros liquido/día
- **Ritmo miccional:**
 - >15 veces/día
 - 4-5 nocturnas
- Usa 5 compresas/día
- Escala Sandvik: severa





Tratamiento

- Reentrenamiento miccional

Caso clínico IUU



Exploración

- Sensibilidad normal
- Reflejos presentes
- Diafragma normotónico
- Valoración contracción 3/5
- No contracciones parásitas
- Contracción en apnea 
- No bloqueo al esfuerzo 

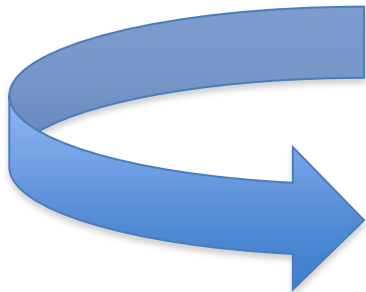
Tratamiento

EMSP + BFB

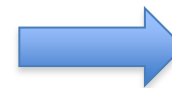
Técnicas inhibición urgencia
Contracciones rápidas

Control respiración

Automatización contracción



No respuesta
respuesta parcial



NMTP

Conclusiones

- Los pacientes deben ser valorados en **unidades multidisciplinares**
- El tratamiento de rehabilitación se ha demostrado **eficaz**
 - Mejoría clínica
 - Mejoría en la calidad de vida percibida.
- Se precisa un alto grado de **colaboración y motivación** para el éxito
- Es imprescindible continuar con las medidas higiénico-dietéticas y los ejercicios enseñados

MUCHAS GRACIAS