

## Eficacia de un programa de rehabilitación integral de disfunciones del suelo pélvico

### Efficiency of a pelvic floor disfunction rehabilitation integral program

**MsC Dra. Jacqueline Martínez Torres, MsC Dr. José Angel García Delgado, MsC Lic. Elsa Maria Rodriguez Adams, Lic. Dayuli Diaz Acosta, Lic. Ricardo Martínez Perea, Lic. Yahima Abreu Perez, Lic. Magalys Noa Noa, Lic. Adianez Ros Montenegro, DrC. Maria del Carmen Casal Hechevarria**

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

---

#### RESUMEN

**Objetivo:** la disfunción de suelo pélvico incluye un grupo de enfermedades que se manifiestan clínicamente como: incontinencia urinaria, incontinencia fecal, dolor pélvico crónico, prolapso genital en la mujer, entre otros, con notable repercusión en la calidad de vida personal, familiar, social y laboral. Con el objetivo de elaborar, introducir e intentar generalizar un programa de evaluación, diagnóstico y rehabilitación integral de las disfunciones del suelo pélvico en las condiciones del sistema de salud cubano en el año 2007 se inició en el Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas un nuevo subprograma de desarrollo científico.

**Métodos:** en el año 2007 se inició un trabajo sobre el manejo integral de la disfunción de suelo pélvico. Se estableció la documentación clínica para su valoración, diagnóstico, tratamiento y seguimiento evolutivo. Se creó un área para su tratamiento especializado que incluyó: electro magnetoterapia, electroterapia de baja o media frecuencia con programas analgésicos y/o estimulativos musculares con electrodos de superficie o intracavitarios (vaginal o rectal), así como programas de reeducación neuromuscular del área perineal, educación sanitaria con modificación de hábitos y costumbres inadecuados y apoyo psicológico al paciente y la familia para garantizar una rehabilitación integral. Se desarrollaron un grupo de investigaciones sobre el problema y su tratamiento que incluyó aspectos los epidemiológicos en Cuba.

**Resultados:** se demostró que la disfunción del suelo pélvico y en particular la incontinencia urinaria, es un problema de salud internacional, confirmado en Cuba mediante estudios. Se precisaron factores de riesgo para estos padecimientos como

son: la historia obstétrica, el estreñimiento y la tos crónica.

**Conclusiones:** los resultados obtenidos hasta el momento, evidenciaron la alta eficacia en respuestas satisfactorias, pacientes curados y el notable impacto en la calidad de vida de los pacientes beneficiados con este programa.

**Palabras clave:** disfunción de suelo pélvico, calidad de vida, rehabilitación.

---

## ABSTRACT

**Objective:** the dysfunction of pelvic floor includes a group of diseases manifested clinically as incontinence urinary, faecal incontinence, chronic pelvic pain, and genital prolapse in the woman, among other, with remarkable repercussion in the quality of personal, family, social and labour life. The objectives was elaborate, introduce and generalize a program of evaluation, diagnosis and integral rehabilitation of de pelvis floor diseases in our conditions began in de medical and surgical investigation center a new scientific program.

**Methods:** in 2007 began sustained by a routine of scientific development. It leaves of one but general of integral rehabilitation of the Center of Investigations Surgical, about its integral handling, introducing documentation for the valuation, diagnosis, treatment and evolutionary pursuit, being created an area of specialized treatment that includes: electromagnetic therapy, electrotherapy of low or half frequency with analgesic programs or muscular stimulate and surface electrodes or intracavitarios (vaginal or rectal), as well as education program Neuromuscular of the perineal region sanitary education with modification of habits and inadequate customs and psychological support to the patient and the family that guaranteed an integral rehabilitation. They were developed a group of investigations on the problem and their treatment, including epidemic aspects in Cuba.

**Results:** it was demonstrated that the dysfunction of the pelvic floor and in particular the incontinence urinary, is a problem of international health, corroborated in Cuba by our studies. They were necessary factors of risk for these sufferings as the obstetric history, the constipation and the chronic cough.

**Conclusions:** the results obtained until the moment, evidence the high effectiveness in satisfactory answers, cured patients and the notable impact in the quality of the patients' beneficiaries life with our program.

**Keyword:** dysfunction of pelvic floor, quality of life, rehabilitation.

---

## INTRODUCCIÓN

La disfunción de suelo pélvico (DSP) incluye un grupo de enfermedades de esta región que se manifiestan clínicamente como son: incontinencia urinaria, incontinencia fecal, dolor pélvico crónico, prolapso genital en la mujer, entre otros. Con el aumento de la expectativa de vida y la calidad de vida de las personas, estos padecimientos ocupan un importante lugar entre de las enfermedades crónicas no transmisibles, con notable repercusión negativa en la calidad de vida personal, familiar, social y laboral de quienes las padecen<sup>1, 2</sup>.

Las manifestaciones de DSP están asociadas a factores de riesgo dentro de los que se destacan: la edad, los antecedentes de enfermedades crónicas y padecimientos,

---

el uso habitual de determinados medicamentos, los hábitos y costumbres, el embarazo y el parto, así como las enfermedades prostáticas <sup>1</sup>.

Entre estas la más frecuente es la incontinencia urinaria (IU) con una prevalencia aproximada de 50 millones de personas en el mundo, donde la población más afectada es el sexo femenino cuya prevalencia oscila entre el 40,6-75 %. <sup>1-5</sup>

El Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas (CIMEQ) ha realizado estudios nacionales con el objetivo de evidenciar su existencia como problema de salud en nuestro medio. <sup>6-9</sup> El primer estudio <sup>(6)</sup> se realizó al azar en 188 personas mayores de 17 años que acudieron a consulta externa del CIMEQ, el 69 % de los mismos fueron mujeres (edad promedio 46,2 años) y el 53 % hombres (edad promedio 49,4 años), todos respondieron afirmativamente al menos a una pregunta relacionada con la presencia de la incontinencia urinaria (IU).

El segundo estudio, <sup>7</sup> realizado a 40 secretarías de un total de 90 reunidas en un encuentro celebrado en octubre del 2006 en el CIMEQ (con edades comprendidas entre 23 y 63 años), mostró que existe un grupo de hábitos y costumbres de realización frecuente, que influyen en la DSP y que pueden ser modificados. Un factor de riesgo estrechamente relacionado a esta enfermedad es la historia obstétrica, el número de embarazos, partos e instrumentaciones, con 2,5 % de la muestra refiriendo a episodios de incontinencia transitoria en embarazos y partos. El 50 % respondió afirmativamente al menos a una pregunta del cuestionario relacionado con la presencia de IU.

Otros estudios realizados en consultorios médicos de atención primaria de salud <sup>(8, 9)</sup>, con muestras significativas de esas poblaciones, indican una prevalencia entre el 12,4 – 14,02 % en población total, siendo en mujeres más alto, entre el 19,3 – 29,2 %. En todas las investigaciones se precisan, como expresión significativa, factores de riesgo como: la historia obstétrica (multipara, partos demorados o instrumentados), el estreñimiento y tos crónica.

La motivación para trabajar en este trastorno surge a partir del conocimiento empírico de su existencia como problema de salud en Cuba, así como que su manejo era realizado por las especialidades que convergen en el área perineal con uso de recursos farmacológicos y quirúrgicos, muchas veces con limitados resultados, en algunos casos con complicaciones y evolución progresiva de estos procesos, por lo que no existía la rehabilitación aplicada con métodos conservadores y en general inocuos para el paciente. Con esta justificación, en el año 2007 se inició el presente trabajo como un nuevo subprograma de desarrollo científico en el CIMEQ, con el objetivo de elaborar, introducir e intentar generalizar un programa de evaluación, diagnóstico y rehabilitación integral de las DSP en las condiciones del sistema de salud cubano.

## MÉTODO

A partir de la experiencia con trabajos exploratorios y coordinativos a instituciones españolas que hacían Rehabilitación en DSP y la recopilación de una amplia bibliografía especializada, se elaboraron materiales y se diseñó una historia clínica especializada, así como el primer protocolo de investigación del proyecto general.

Se realizaron coordinaciones con especialistas interesados de diversas instituciones de La Habana (Neurofisiología, Coloproctología, Ginecología, Urología,

Gastroenterología, Imagenología y Psiquiatría) que se habían ocupado de la remisión de pacientes, con incremento en la medida que comprobaron los beneficios a sus pacientes. En el mismo periodo también se elaboró un cuestionario epidemiológico y se hicieron estudios preliminares para precisar la magnitud del problema, no evidenciado en este medio.

En el año 2007 se inició el trabajo con la introducción y aplicación de la documentación elaborada para la valoración, diagnóstico (incluidas pruebas funcionales específicas mostradas en el cuadro 1, e indicadas de acuerdo al problema específico o procesos mixtos), tratamiento y seguimiento evolutivo, sometido a perfeccionamiento continuo.

Previo al tratamiento se confeccionó la historia clínica especializada para precisar el diagnóstico, con esta información se definieron los problemas principales y asociados y se prescribió e inició el tratamiento en ciclos de 10 sesiones, con reconsultas y prescripción de nuevos ciclos de acuerdo a la evolución. Los pacientes podían mantenerse en tratamiento de estos complejos y crónicos problemas entre tres y seis meses.

Paralelo a ello, se creó un área de tratamiento especializado para el manejo rehabilitador integral que incluyó: electro magnetoterapia de baja frecuencia (50 %, 50 Hz por 15 min), de aplicación local o regional en la zona, electroterapia de baja o media frecuencia con programas analgésicos y/o estimulativos musculares con electrodos de superficie y/o intracavitarios (vaginal o rectal) con programas pre-diseñados en los equipos u otros prescritos por los especialistas, de acuerdo a los objetivos del tratamiento, todo ello acompañado en su momento de programas de reeducación neuromuscular del área perineal , (Kinesiología reeducativa del suelo pélvico con ejercicios de contracción lenta y rápida), educación sanitaria con modificación de hábitos y costumbres inadecuados y apoyo psicológico al paciente y la familia. El equipamiento utilizado fue: clásico B de la firma TECE, magnetoterapia local (Mag 200 de la firma TECE, ASA de la firma Physiomed.).

Después del protocolo inicial otros cuatro han sido aprobados por el Consejo Científico del CIMEQ, de ellos, dos de estudios epidemiológicos culminados <sup>(8, 9)</sup> y otros tres de los cuales se hicieron cortes evaluativos presentados en esta comunicación.

## RESULTADOS

Un trabajo publicado por este grupo en el año 2009<sup>10</sup> evaluó 21 pacientes portadores de IU de diversos tipos, con edad promedio general de 54,4 años. A estos pacientes se aplicó el cuestionario de calidad de vida para IU (I-QOL), al inicio del tratamiento, al tercero, sexto mes y al alta. Se utilizó terapia integral modificadora de estilos de vida, electroestimulación superficial y/o intracavitaria, magnetoterapia, y kinesiología educativa-reeducativa del suelo pélvico. Se apreció una mejoría funcional por uso de colectores, test de compresa y diario miccional.

Los indicadores de continencia en los 16 pacientes que no abandonaron el tratamiento se transformaron positivamente. Los valores del I-QOL mejoraron desde el tercer mes; se duplicaron en algunos pacientes al sexto mes y al alta. El incremento del puntaje total fue de 48,5 a 83 puntos al sexto mes del tratamiento, por lo que se concluyó que mejoraron los indicadores de la calidad de vida de pacientes incontinentes (Tabla 1).

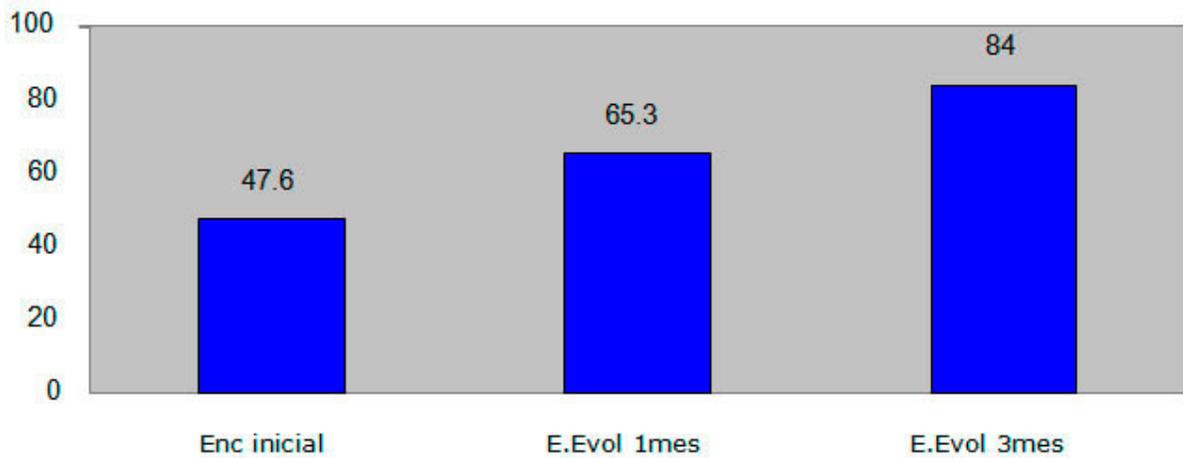
**Tabla 1.** Incontinencia urinaria. Fisioterapia - reeducación del suelo pélvico / calidad de vida / Evolución post tratamiento integral.

Tipo de Incontinencia	Pacientes	Evolución		Tiempo de tratamiento (Meses)	% Eficacia
		Curados	Favorable		
Mixta	9	5	1	1 - 3	66,6
Esfuerzo	6	3	1	1 - 3	66,6
Urgencia	3	1	2	1	100
Post prostatectomía	3	3	-	4 - 6	100
Total	21	12	4	x	76,1

Chi cuadrado= 2,436 grados de libertad=2 p= .2956

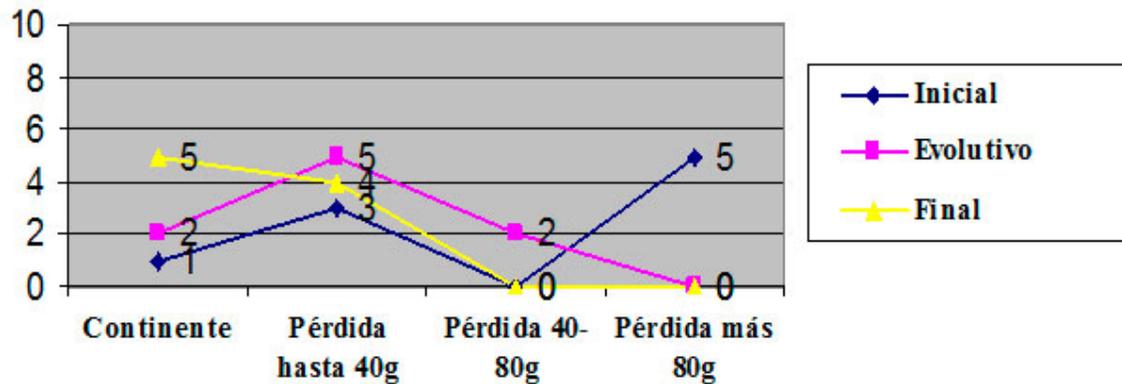
Otro estudio se realizó en nueve pacientes hombres con IU posterior a la prostatectomía<sup>10</sup> los cuales aceptaron la realización de investigaciones clínicas y funcionales de su trastorno antes y posterior al tratamiento rehabilitador integral que abarcó principalmente entre otros procedimientos: la magnetoterapia local, la electroestimulación de los músculos perineales, los ejercicios de fortalecimiento de la musculatura del suelo pélvico y el apoyo psicológico.

Las evaluaciones periódicas evidenciaron mejoría clínica y cambios relevantes, percibidos por estos enfermos en su calidad de vida que fueron desde 47,6 inicial hasta 84 al tercer mes de tratamiento (Fig. 1), así como del total de pacientes cinco recuperaron la continencia y otros cuatro en el momento de la última evolución solo tenían pérdidas pequeñas hasta 40 g (Fig. 2).



**Fig. 1.** Valores totales cuestionario de calidad de vida en incontinentes urinarios prostatectomizados.

Fuente: cuestionario I-QOL de calidad de vida en incontinencia urinaria.



**Fig. 2.** Tratamiento de incontinentes urinarios prostatectomizados. Evolución según prueba de la compresa.  
Fuente HC especializada.

Los resultados obtenidos en este estudio confirmaron los alcanzados por otros autores internacionales; no se encontraron estudios nacionales para su comparación. Estos resultados del tratamiento conservador de la DSP, especialmente de la IU generada por debilidad muscular perineal, abarcaron varias medidas, tales como la modificación de los hábitos higiénico-dietéticos, la terapia conductual, la utilización de dispositivos absorbentes, la fisioterapia y el entrenamiento del suelo pélvico con ejercicios musculares, lo cual coincidió con lo planteado al respecto por otros autores <sup>(12,13)</sup> ya que estos métodos en general son de fácil aplicación, escaso riesgo de efectos secundarios y buena relación costo-beneficio, aunque es real que la evaluación de la eficacia real de estos tratamientos con respecto a otras experiencias continúa siendo problemática, por el escaso número de estudios controlados publicados en la literatura médica.

Otro estudio del grupo fue específico a las disfunciones del suelo pélvico de origen neurológico <sup>(14)</sup>. Se encontró que las de este origen se remitieron con menos frecuencia y entre estos se encontraron los operados de hernia discal con síndrome de cola de caballo, lesionados medulares incompletos, esclerosis múltiple, pacientes con vejigas neurogénicas y operados de mielomeningocele.

De 167 pacientes vistos desde enero de 2007 hasta diciembre de 2009, 18 (10 %) tenían algún padecimiento de origen neurológico (mitad hombres y mujeres) a los cuales se aplicó este tratamiento integral. Los pacientes lesionados medulares fueron evaluados al inicio y al final del tratamiento mediante examen físico y pruebas neurofisiológicas, que permitieron evidenciar objetivamente si la evolución clínica correspondía con modificaciones neurofisiológicas. En cuatro de los pacientes con evolución clínica favorable a los cuales fue posible realizar distintos estudios neurofisiológicos evolutivos, se comprobó algún nivel de respuesta neurofisiológica positiva (Tabla 2).

Fue realizada otra investigación exploratoria-observacional y descriptiva <sup>(15)</sup>, que incluyó 62 pacientes que acudieron, aquejados de incontinencia fecal (IF), diagnosticados por sintomatología clínica y estudios electromiográficos, de un total de 351 pacientes atendidos en la consulta de suelo pélvico hasta el momento del estudio, lo que representó el 17.6 % del total, con prevalencia del sexo femenino (72 %), y predominio de las edades mayores de 55 años. Se aplicó un programa de rehabilitación integral que consistió en magnetoterapia local, la electro estimulación superficial (Grupo 1) y/o intracavitaria (Grupo 2) según el cuadro clínico inicial, y ejercicios de suelo pélvico.

**Tabla 2.** Evolución de 4 pacientes con rehabilitación de afecciones neurológicas del suelo pélvico.

Paciente	EMG		PESS tibial		PESS pudendo		RBC		Evolución clínica
	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después	
Mielomeningocele Operado	0	0	0	Presente prolongado	Presente normal	Presente normal	0	Prolongado	Favorable
Trauma raquimedular	0	No se realizó	D presente I retardado	Presente normal	Retardado	0	0	Presente ligeramente prolongado	Favorable
Trauma raquimedular	Desnerv. , débil act. motora								Favorable
Lesión neurológica no precisada	Act. eléctrica dism. Irritación	0	Normal	Retardado no replica	Normal	Normal	Normal	Prolongado	Favorable

La evaluación evolutiva de los pacientes se realizó según lo expresado por el paciente y evidenciado en el examen físico y las pruebas específicas, los resultados fueron:

- Curado: paciente con eliminación total de los síntomas y problemas encontrados.
- Mejor: mejoría notable de los síntomas y problemas encontrados.
- Peor: cambios negativos de los síntomas y problemas encontrados.
- Abandono: paciente que no realiza al menos las 10 primeras sesiones de tratamiento.

Del total de pacientes que realizaron tratamiento tres están curados y los otros han reportado una evolución satisfactoria con una eficacia en diversos grados de un 96,4 %, con respuesta superior en la electroterapia combinada (Grupo 2), con 40-48 sesiones promedio de tratamiento en ambos grupos (Tabla 3). El tratamiento conservador comprende el manejo intestinal y la retroalimentación anal o biofeedback, este último constituye una terapia de reeducación de la continencia que ha demostrado provocar un incremento de la continencia de al menos el 70-80 % en los pacientes seleccionados para esta terapia. <sup>16</sup>

**Tabla 3.** Incontinencia fecal. Eficacia post-tratamientos de Rehabilitación.

Grupos tratamiento	Total pacientes	Sesiones promedio	Evolución		Eficacia (%)
			Curado	Mejor	
Grupo 1	16	48.5	2	12	87,5
Grupo 2	41	40	1	40	100
Total	57	35	3	52	96,4

Fuente: Historia clínica especializada.

Abandono: siete pacientes no incluidos por abandono (4 del grupo 1 y 3 del grupo 2)

Otra experiencia de este grupo, <sup>17</sup> fue en el dolor pélvico crónico, en el momento de la investigación, de 351 pacientes de nuestra consulta especializada 73 acudieron por dolor pélvico crónico lo cual representó un 20,8 %: 44 % únicamente con dolor y 39,2 % con otras disfunciones asociadas; 78 % mujeres, y una edad promedio independiente del sexo de solo 47,3 años.

La evaluación se realizó por la escala analógica visual (EVA) del dolor y su estadio final luego del tratamiento: El tratamiento rehabilitador aplicado fue campo electromagnético en región pélvica, corriente TENS analgésica, TENS estimulante y ejercicios de Kegel. Finalmente se evaluaron para este corte un total de 42 pacientes, excluidos 20 que no iniciaron o abandonaron el tratamiento y 11 en proceso del primer ciclo de tratamiento, sin culminarlo.

Los resultados hasta ese momento fueron: en el dolor como único síntoma 25 pacientes con un 100 % de mejoría en diversos grados y un 20 % de curados con 20 sesiones promedio, en los 17 pacientes con dolor asociado a otras disfunciones con 22,3 sesiones promedio de tratamiento. También hubo mejoría en el 100 % con curación del dolor en un 29,4 %.

Como se observa en la tabla 4 la respuesta general de los que culminaron uno o más ciclos de tratamiento fue positiva en todos los pacientes en estos procesos crónicos en diversos grados con solo 20-22,3 sesiones y un 23,8 % de curados.

**Tabla 4.** Fisioterapia en el dolor pélvico crónico. Evolución de pacientes que culminaron uno o más programas de tratamiento.

Síndrome dolor pélvico crónico	Pacientes tratados	Promedio sesiones	Curados	Mejor notable	(%) * Evolución satisfactoria	(%) * Curados
Solo	25	20	5	20	100	20
Asociado otras disfunciones	17	22.3	5	12	100	29,4
Total	42	X	10	32	100	23,8

Fuente: HC. Especializada. 20 pacientes no iniciaron o abandonaron y 11 en tratamiento actual.

\* Pacientes con uno o más ciclos de tratamiento culminados

En las tablas 5 y 6 se presenta un resumen después de tres años de iniciado el trabajo de rehabilitación de disfunciones de suelo pélvico que conforma un subprograma de desarrollo científico asistencial del servicio de Medicina Física y Rehabilitación del CIMEQ el cual fue presentado en la XXVII Conferencia científica del Centro.<sup>19</sup> En total se consultaron 261 pacientes, el 41,5 % de IU, casi una quinta parte de dolor pélvico crónico, con 14 % de IF, un 12,3 % de disfunciones mixtas en procesos neurológicos y un 8,8 % no neurológicas; además del 3 % de prolapsos de órganos y 0,7 % de colostomías.

El 77,1 % de todos los casos fueron mujeres, por lo que se infiere que se trata de procesos debidos a la particular anatomía de la mujer y los factores de riesgo vinculados a este sexo, evidenciados en la literatura especializada consultada.<sup>1,2</sup> y los propios estudios epidemiológicos<sup>6-9</sup> realizados, mayoritariamente en mujeres.

Llama la atención y preocupa la realidad evidenciada en la consulta, relacionada con el rango de edades en que se presentan estas disfunciones (40,5 y 52,4 años) esto refleja, y así se percibe, el impacto de estos procesos en la calidad de vida relacionada con la salud en edades de plenitud y clímax social de las personas y particularmente en la mujer.

**Tabla 5.** Rehabilitación integral de las disfunciones del suelo pélvico. (2007-2010). Pacientes evaluados en consulta especializada.

Disfunciones	Masc.	Fem	Total	%	Edad promedio
Incontinencia urinaria	17	91	108	41,5	52,4
Dolor pélvico crónico	13	37	50	19,2	46,6
Incontinencia fecal	7	30	37	14,2	51
Neurológicas (Mixtas)	21	11	32	12,3	40,5
Prolapsos	0	8	8	3,0	51,6
Colostomía		3	3	0,7	52
Mixtas no neurológicas	2	21	23	8,8	45
Total	60	201	261	100	
%	22,9	77,1	x	x	

**Tabla 6.** Rehabilitación integral de las disfunciones del suelo pélvico (2007-2010). Corte evaluativo luego de más de un ciclo de tratamiento.

Disfunciones	Total	%	% Eficacia*	Curados
Incontinencia urinaria	49	34,2	79,5	46,9
Incontinencia fecal	30	20,9	83,3	43,3
Dolor pélvico crónico	28	19,5	100	32,1
Neurológicas (Mixtas)	14	9,7	85,7	14,2
Prolapso	5	3,4	100	20
Mixtas no neurológicas	14	9,7	100	21,4
Colostomias	3	2,0	100	100
Total (Media)	143**	x	92,6	39,7

\* Mejorados notable / curados \*32 pacientes en tratamiento actual.  
86 pacientes no iniciaron o culminaron el tratamiento por dificultades de lejanía/transportación.

Aunque es preocupante la prevalencia de estas disfunciones, referidas en la introducción del trabajo, también resulta alentador mostrar los resultados de esta temprana experiencia resumidas en la tabla 6. De 261 pacientes consultados, se presentan resultados de 143 en el momento de este corte, 86 pacientes no iniciaron o culminaron el tratamiento mayoritariamente por la lejanía del Centro o por ser pacientes de otra provincia y 32 se encontraban en proceso de tratamiento.

Obsérvese el porcentaje de pacientes en los que el tratamiento resultó eficaz (mejorados notable/curados), donde se alcanzó un alto nivel de respuesta en todas las disfunciones de un 92,6 %, de estos, los mejores resultados en curados estuvieron en: la restauración del tránsito rectal con cierre de colostomías en pacientes con evoluciones entre ocho meses y cuatro años (100 %), la IU y fecal

(46,9 y 43,3 %) seguidos del dolor pélvico crónico (32,1 %) y las disfunciones mixtas no neurológicas (21,4 %).

## DISCUSIÓN

Datos epidemiológicos internacionales muestran que existen múltiples investigaciones que reconocen las DSP como un problema de salud que afecta a la mujer en mayor medida y en la edad mediana en particular. Un ejemplo de ello es el reporte donde se afirma que la IU afecta al 19 % de las mujeres entre 19 y 44 años, al 25 % entre 45 y 64 años, y 30 % en las mujeres mayores de 65 años. Alrededor del 18 % de las mujeres jóvenes (19 a 44 años de edad) y del 28 % de las mujeres mayores de 65 años de edad experimentan IU diariamente, mientras que el 30 % de las mujeres mayores de 65 años y el 27 % de las mujeres de mediana edad reportan IU severa situación que influye en la calidad de vida y en las decisiones de tratamiento.<sup>20</sup>

Según un reporte de la Organización Mundial de la Salud (OMS): los aspectos de mala salud reproductiva y sexual (la mortalidad y morbilidad materna y perinatal, los cánceres, las infecciones de transmisión sexual y el HIV/sida) ocasionan casi el 20 % de la carga mundial de mala salud para las mujeres y cerca del 14 % para los hombres. Sin embargo, estas estadísticas no captan la carga total de mala salud. La violencia de género y los trastornos ginecológicos, como los problemas menstruales graves, la incontinencia urinaria y fecal debido a fistula obstétrica, el prolapso uterino, la pérdida de embarazos y la disfunción sexual tienen graves consecuencias sociales, emocionales y físicas que en la actualidad, se subestiman en los cálculos de la presente carga mundial de morbilidad.<sup>21</sup>

Esta afirmación también se localiza en Cuba, donde los estudios epidemiológicos realizados por este equipo de investigadores han probado que existe un subregistro de los pacientes portadores de afecciones del suelo pélvico por no asistencia de los mismos en busca de ayuda especializada, por la falsa concepción de ser una manifestación normal del proceso de envejecimiento.

La mayoría de estudios epidemiológicos que analizan los factores de riesgo de la IU y la IF en la mujer señalan el embarazo y el parto como los factores principales, lo que coincide con los resultados del presente estudio.

El embarazo por sí mismo representa un riesgo para el suelo pélvico. Algunos autores han lanzado la hipótesis de que las hormonas secretadas durante el embarazo están ligadas a cambios en los tejidos conjuntivos, que disminuyen la fuerza tensora y favorecen la incontinencia. Existe suficiente evidencia de que el trauma obstétrico, durante el parto vaginal, puede producir incontinencia urinaria e incontinencia fecal. Desde el punto de vista fisiopatológico, se considera que estas disfunciones son la consecuencia de tres hechos:<sup>23</sup>

- Un suelo pelviano excesivamente relajado, secundario a la distensión de músculos y fascias que se originan durante el parto vaginal.

- Secundarios a las lesiones directas (desgarros, episiotomía) sobre las paredes vaginales y que pueden afectar al soporte y a la posición de la vejiga, el recto y el útero o lesiones del esfínter anal.

Una lesión directa de los nervios por compresión o elongación excesiva y prolongada de estos, lo cual impedirá que el músculo estriado (pubococcígeo y esfínteres) pueda contraerse de forma voluntaria o refleja.

Para algunos investigadores el principal objetivo del tratamiento de las disfunciones del suelo pélvico radica en la restauración de una anatomía funcional y en el mantenimiento de la continencia y función sexual, sin olvidar que la satisfacción de las pacientes se relaciona más con el alivio de los síntomas que con la reparación anatómica, afirmación que se confirma en nuestra experiencia de trabajo. En una reciente y exhaustiva revisión solo se identificaron 24 estudios cuyo objetivo estaba dirigido al manejo integral de las disfunciones del suelo pélvico.

El primer abordaje terapéutico de las disfunciones del suelo pélvico suele ser el tratamiento conservador, que debe incluir de forma imprescindible medidas educacionales, consejos para mejorar la continencia, revisión de la dieta y de la ingesta de líquidos, el tratamiento farmacológico, la kinesiterapia, el biofeedback y la electro estimulación neuromuscular, efectivos en muchas mujeres, aunque la mejoría en la incontinencia es más frecuente que su remisión total,<sup>24,25</sup> lo que difiere de los resultados obtenidos en este estudio donde prevalecen las pacientes curadas, en coincidencia con otros autores que son del criterio que una terapia integral conservadora pudiera ser la clave para la mejoría – curación de dichas pacientes.

Shamliyan y cols seleccionaron 96 estudios controlados y tres revisiones sistemáticas publicadas en inglés entre los años 1990-2007. Concluyen, con niveles moderados de evidencia, que el entrenamiento de los músculos del piso pelviano y el entrenamiento vesical resuelven la incontinencia urinaria en mujeres, afirmación corroborada en este estudio.<sup>26</sup>

## CONCLUSIONES

1. La DSP y en particular la IU es un problema de salud a nivel mundial lo que se corrobora en Cuba por estudios realizado en pacientes de riesgo y en la población general, con mayor presencia en mujeres, que se pueden estar afectadas entre un quinto y casi la tercera parte de estas.
2. En todos los estudios se precisaron de manera significativa, factores de riesgo para estos padecimientos, como: la historia obstétrica (multíparas, partos demorados o instrumentados), el estreñimiento y la tos crónica.
3. Los resultados de numerosos estudios de este grupo a disfunciones pélvicas específicas, tratados con este novedoso programa de rehabilitación integral en Cuba y el resumen general de la experiencia a los tres años de su inicio, evidencian la alta eficacia en respuestas satisfactorias, pacientes curados y el notable impacto en la calidad de vida de los pacientes beneficiados con el mismo.

## RECOMENDACIONES

1. Continuar los estudios poblacionales epidemiológicos y en diversos grupos de riesgo para consolidar la evidencia en el sistema de salud cubano y autoridades sanitarias del problema de salud que constituyen estas

disfunciones, su repercusión negativa en la calidad de vida y el notable impacto positivo que representa su rehabilitación integral.

2. A partir de la evidencia encontrada de los diversos hábitos de vida que pueden potenciar la DSP y los factores de riesgo que las pueden originar, elaborar materiales divulgativos sobre acciones de prevención y promoción de la salud que minimicen su incidencia y prevalencia.
3. Continuar el esfuerzo por generalizar esta experiencia de acuerdo a las prácticas en policlínicos de Mayabeque y Pinar del Río, donde se ha logrado desarrollar de estos tratamientos mediante diversas acciones de postgrado como cursos o talleres que se pueden realizar a nivel provincial de acuerdo a la experiencia inicial realizada en Pinar del Río.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salinas J, Rapariz M. Tratado de reeducación en Uroginecoproctología. Editorial Panamericana. Madrid. España 1997.
2. Blaivas JG. Definition and classification of urinary incontinence: ecommendations of the Urodynamic Society. *Neurol Uroloyn* 1997; 16:146-51.
3. Rioja Toro J. Pruebas de evaluación en la incontinencia urinaria femenina. *Rehabilitación* (Mar) 2005; 39(6):358-71.
4. González Rebollo A. Tratamiento rehabilitador de la incontinencia urinaria femenina. *Rehabilitación* (Madrid). 2003; 37(2):79-85.
5. Morilla Herrera JC. Guía de atención enfermera a pacientes con incontinencia urinaria: Valoración de enfermería. Asociación Andaluza de Enfermería comunitaria; 2da ed. 2004:17-44. <http://www.asanec.org>.
6. Martínez Torres JC, Rodríguez Adams EM, García Delgado J A, Pérez Coronel P., Pedroso Morales I. Epidemiología de la disfunción de suelo pélvico. Estudio preliminar. *Rev. UROD. A.* 2006, 19(4).
7. Martínez Torres JC, García Delgado JA, Rodríguez Adams EM, García Delgado JA, Pérez Coronel P. et al. Epidemiología de la disfunción de suelo pélvico. Estudio en secretarías. *Investigaciones Medicoquirúrgicas.* 2007, 1(9):58.
8. Mili Alfonso. Aspectos epidemiológicos de la disfunción de suelo pélvico en un consultorio del medico de la familia. *Rev. investigaciones médico quirúrgicas,* 2008,1(10): 37-8.
9. López. F. M. Epidemiología de la disfunción del suelo pélvico en población de un consultorio médico de la atención primaria de salud. [Tesis]. La Habana, Cuba. 2011.
10. Rodríguez Adams EM, Alerm González Alina, Casal Hechevarria María del Carmen. Calidad de vida en incontinencia urinaria en: tratamiento rehabilitador integral de la disfunción del suelo pélvico. Cap. 4. Editorial Académica Española 2012. P. 20.

11. Rodríguez Adams EM; Martínez Torres JC; García Delgado JA. Disfunción de suelo pélvico. Tratamiento de incontinentes urinarios. Trabajo publicado sitio de Cirugía. 2012.
12. Pena JM, Rodríguez AJ, Villodres A, Mármol S, Lozano JM. Tratamiento de la disfunción del suelo pélvico Acta Urol Esp. 2007; 31(7).
13. Burgio KL, Goode P, Urban D, Umlauf M, Locher J, Bueschen A, Redden D. Preoperative biofeedback-assisted behavioural training to reduce post-prostatectomy incontinence: A randomized controlled trial. J Urol. 2006; 175(1):196-201.
14. Martínez Torres J, Rodríguez Adams E M, Ros Montenegro A, Díaz Acosta D, García Delgado J Á, Mili Alfonso P, Moráis Delgado M, Casal M. del C, Alerm González A, Abreu Pérez Y. Rehabilitación de pacientes con afecciones neurológicas del suelo pélvico. Trabajo presentado en: XXVII Conferencia científica CIMEQ. Invest Medicoquir 2010; 2(1):87-8.
15. Díaz Acosta D, Rodríguez Adams EM, Martínez Torres JC, García Delgado JÁ, Abreu Pérez Y, Martínez Perea R. La incontinencia fecal no es una situación irremediable. Invest Medicoquir 2012; 4(2):204-213.
16. Enck, P. Biofeedback training in disordered defecation. A critical review. Dig Dis Sci. 1993; 38: 1953–60.
17. Martínez Perea R, Martínez Torres JC, Rodríguez Adams EM, García Delgado JÁ, Díaz Acosta D, Abreu Pérez Y. Fisioterapia en el dolor pélvico crónico. Reporte preliminar. Invest Medicoquir 2012; 4(1):20-30.
18. Martínez Torres JC y Cols. Tratamiento rehabilitador integral de pacientes portadores de afecciones del suelo pélvico de origen neurológico. 2010; 2(1):88.
19. Martínez Torres JC y Cols. Subprograma: Tratamiento Rehabilitador Integral de la Disfunción del suelo pélvico. Ponencia presentada en la XXVII Conferencia científica CIMEQ. Invest Medicoquir 2010; 2(1):87-8.
20. Bretones Alcaraz JJ, del Pino MD, García Vílchez MA, Fajardo Cabrerizo ML, Sáez García JM. Incontinencia urinaria en mujeres en edad adulta: estudio descriptivo en una población rural. Aten Primaria. 1997; 20: (1) 45-8.
21. World Association for Sexual Health. Salud sexual para el milenio. Declaración y documento técnico. Minneapolis, MN, USA, Word Association for Sexual Health. 2008: 16.
22. Martínez Torres JC, Rodríguez Adams EM, García Delgado JA. Tratamiento rehabilitador de la disfunción del suelo pélvico. [CD-ROM]. Editorial Académica Española 2012, 6-14.
23. Freeman R. Can we prevent childbirth-related pelvic floor dysfunction? BJOG 2013; 120:137–40.
24. Lacima G, Espuña M. Progresos en Gastroenterología. Patología del suelo pélvico. Gastroenterol Hepatol. 2008; 31(9):587-95.

25. Martínez Torres J. Caracterización de mujeres en edad mediana con incontinencia urinaria y respuesta al tratamiento rehabilitador. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2014: 40(1).

26. Shamliyan TA, Kane RL, Wyman J, Wilt TJ. Systematic review: randomized, controlled trials of nonsurgical treatments for urinary incontinence in women. Ann Intern Med. 2008.

Recibido: 10 septiembre 2014

Aprobado: 11 noviembre 2014

MSc Dra Jacqueline Martínez Torres. Centro de investigaciones Médico Quirúrgicas de La Habana. Playa. La Habana. Cuba. Email [jacquemar@infomed.sld.cu](mailto:jacquemar@infomed.sld.cu)