

ESTADO DE LA CUESTIÓN

Fisioterapia del suelo pélvico en el siglo XXI

P. Igualada-Martínez

Especialista en Fisioterapia en la Salud de la Mujer. Guy's and St. Thomas' NHS Foundation Trust. Londres (Gran Bretaña)

Hay pocas especialidades dentro de la profesión de fisioterapia que tengan tan sólida y extensa evidencia científica para el manejo de sus pacientes como la que tienen los fisioterapeutas del suelo pélvico.

En el Reino Unido, la fisioterapia es tratamiento de primera línea para la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) y la incontinencia urinaria mixta (IUM)¹ (NICE, 2015), la incontinencia fecal² (NICE, 2007) y el prolapso de órganos pélvicos (POP)³. En particular, el entrenamiento muscular del suelo pélvico (EMSP) para la IUE y la IUM tiene el más alto grado de evidencia, y esto se debe a los múltiples estudios y al gran número de pacientes que participan en estudios de investigación. Las directrices internacionales y europeas también recomiendan la fisioterapia como manejo de primera línea para la IUM^{4,5}.

Se sabe que en algunas circunstancias el uso del *biofeedback* ayuda a nuestros pacientes a cumplir con su régimen de ejercicio⁶ y, a su vez, disminuye o incluso puede curar sus síntomas urinarios. El uso de la estimulación eléctrica neuromuscular puede ayudar a los pacientes con menos propiocepción muscular y a mejorar la fuerza de los músculos del suelo pélvico⁷.

Existe evidencia de que el entrenamiento vesical es una intervención eficaz en mujeres con urgencia e IUM, y no tiene ningún efecto secundario^{1,4,5}. También hay evidencia de que, en las mujeres primigestas, el EMSP durante el embarazo puede prevenir la incontinencia urinaria hasta 6 meses después del parto, y es un tratamiento apropiado para las mujeres con incontinencia urinaria persistente en el periodo de posparto⁸.

La fisioterapia es también parte del manejo multidisciplinario de los pacientes con dolor pélvico crónico (DPC)⁹. En pacientes con incontinencia fecal y estreñimiento funcional también se recomienda el EMSP y el *biofeedback* como primera línea de tratamiento debido a su falta de efectos secundarios^{10,11}.

Como parte del tratamiento, los terapeutas del suelo pélvico también deben aconsejar a las mujeres con incontinen-

cia urinaria sobre cómo perder peso y reducir la cafeína, así como consumir los líquidos apropiados, dejar de fumar e incrementar o modificar el ejercicio físico⁸. Estas intervenciones son importantes para la reducción de los síntomas, pero aún más para mejorar la calidad de vida de estos pacientes. Es bien sabido que la disfunción del suelo pélvico no tratada puede conducir al aislamiento social, la reducción del bienestar emocional, la vergüenza y la disminución de la productividad en el trabajo, entre otros aspectos⁴.

¿Cuáles son las últimas novedades en la fisioterapia del suelo pélvico?

El cumplimiento de la fisioterapia es un reto al que nos enfrentamos en nuestra práctica clínica diaria, y hacer frente a esto es una de nuestras principales prioridades en este momento. A pesar de que el EMSP sigue siendo la forma más eficaz de tratar la IUE y la IUM, disponemos de una selección de dispositivos que han aumentado el cumplimiento de la rutina de ejercicios, haciendo el tratamiento más atractivo para el paciente. El uso de aplicaciones móviles o dispositivos intravaginales ayudan al paciente a tener una rutina y visualizar su progreso entre las sesiones de fisioterapia.

Hay evidencia que sugiere que el uso del *biofeedback*⁶, así como las sesiones regulares con el fisioterapeuta, aumenta la posibilidad de terminar el tratamiento y de mejorar y/o curar los síntomas. Los pacientes que se autoderivan a un profesional de la salud especializado en suelo pélvico son más propensos a cumplir con el tratamiento dado y, por tanto, a mejorar sus síntomas.

Durante muchos años hemos atendido a mujeres que mejoraron el prolapso de los órganos pélvicos haciendo EMSP y, sin embargo, las expectativas de mejora de sus síntomas con esta intervención eran mínimas. El estudio POPPY aclaró el tipo de POP y la mejor intervención para mejorar sus síntomas¹², e identificó el EMSP como manejo de primera línea del POP.

En la reunión científica anual de la International Continence Society (ICS) del año pasado, celebrada en Montreal

Dirección para correspondencia:

P. Igualada-Martínez. Correo electrónico: pigualadamartinez@gmail.com

(Canadá), una de las uroginecólogas planteó la cuestión a la audiencia que los fisioterapeutas hemos estado proyectando desde hace mucho tiempo: si los cirujanos ortopédicos solicitan fisioterapia antes y después de la cirugía, ¿por qué es la cirugía del suelo pélvico diferente a esto? Hay evidencia que demuestra que el riesgo de desarrollar incontinencia fecal se incrementa a 1 y 3 años después de la histerectomía abdominal, y a los 3 años después de la histerectomía vaginal¹³.

En comparación con las mujeres sin prolapso, las que tuvieron una histerectomía por prolapso tenían mayor probabilidad de someterse a cirugía del suelo pélvico de nuevo¹⁴. El resultado a largo plazo después de la corrección quirúrgica del POP es limitado. En un estudio prospectivo, el 41% de las mujeres presentaba una recurrencia del POP a los 5 años y el 10% había sufrido una operación de repetición del POP a los 5 años de su operación inicial¹⁵. McClurg et al.¹⁶ están investigando el papel del EMSP en la fase preoperatoria para la prevención de la recurrencia del POP. Si esto llega a ser beneficioso, tendrá un enorme potencial para cambiar la práctica clínica.

Del mismo modo, hay que empezar a pensar en la mejor intervención para las mujeres con riesgo de desarrollar incontinencia fecal y/o urinaria después de la cirugía ginecológica.

Actualmente, el uso de la terapia manual para el tratamiento de trastornos de dolor del suelo pélvico es parte del enfoque integral multidisciplinario. La terapia manual ha sido siempre una de las competencias básicas del fisioterapeuta; sin embargo, en una época en que la evidencia clínica superpone el razonamiento clínico y los tratamientos disponibles en la seguridad social son limitados, la terapia manual ha sido ignorada durante mucho tiempo. Con el apoyo de las directrices clínicas europeas del dolor pélvico crónico se ha empezado a observar un aumento en el número de fisioterapeutas que buscan desarrollar aún más sus competencias de terapia manual, así como los pacientes y los médicos que la solicitan.

Es mejor prevenir que curar. A las mujeres embarazadas se les debe ofrecer EMSP durante el periodo prenatal, ya que reduce tanto la incontinencia urinaria como la fecal⁸ en el periodo posnatal.

No hay duda de que nuestra profesión ha avanzado debido a nuestra participación en investigación. Con el fin de mantener el EMSP y la fisioterapia como tratamiento de primera línea de la disfunción del suelo pélvico, es imperativo que los fisioterapeutas sigamos demostrando que nuestras intervenciones son coste-efectivas. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. National Institute of Health and Care Excellence. Urinary incontinence: the management of urinary incontinence in women. Clinical guideline, 171.^a ed. Londres: NICE, 2015.
2. National Institute of Health and Care Excellence. The management of faecal incontinence in adults. Clinical guideline, 49.^a ed. Londres: NICE, 2007.
3. Hagen S, Stark D. Conservative prevention and management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011; 12: CD003882 [DOI: 10.1002/14651858.CD003882.pub4].
4. Abrams P, Cardozo L, Khoury AAD, Wein A. 5th International Consultation on Incontinence. ICUD-EAU, 2013. ISBN: 978-9953-493-21-3.
5. Lucas MG, Bosch RJ, Cruz FR, Madden TB, Nambiar A, Neisius A, et al. EAU guidelines of urinary incontinence. *European Association of Urology*, 2014. Disponible en: uroweb.org/gls/pdf/20%20Urinary%20Incontinence_LR.pdf
6. Herderschee R, Hay-Smith EJC, Herbison GP, Roovers JP, Heine-man MJ. Feedback or biofeedback to augment pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011; 7: CD009252 [DOI: 10.1002/14651858.CD009252].
7. Berghmans B, Hendriks E, Bernards A, De Bie R, Omar MI. Electrical stimulation with non-implanted electrodes for urinary incontinence in men. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; 6: CD001202 [DOI: 10.1002/14651858.CD001202.pub5].
8. Boyle R, Hay-Smith EJC, Cody JD, Mørkved S. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; 10: CD007471 [DOI: 10.1002/14651858.CD007471.pub2].
9. Engeler D, Baranowski AP, Elneil S. European Association of Urology guidelines on Chronic Pelvic Pain, 2012.
10. Norton C, Cody JD. Biofeedback and/or sphincter exercises for the treatment of faecal incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; 7: CD002111 [DOI: 10.1002/14651858.CD002111.pub3].
11. Woodward S, Norton C, Chiarelli P. Biofeedback for treatment of chronic idiopathic constipation in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014; 3: CD008486 [DOI: 10.1002/14651858.CD008486.pub2].
12. Hagen S, Stark D, Glazener C, Dickson S, Barry S, Elders A, et al. Individualised pelvic floor muscle training in women with pelvic organ prolapse (POPPY): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet.* 2014; 383(9919): 796-806.
13. Forsgren C, Zetterstrom J, López A, Nordenstam J, Anzen B, Altman D. Effects of hysterectomy on bowel function: a three-year, prospective cohort study. *Dis Colon Rectum.* 2007; 50(8): 1.139-1.145.
14. Blandon R, Bharucha A, Melton LJ III, Schleck CD, Babalola EO, Zinsmeister AR, et al. Incidence of pelvic floor repair after hysterectomy: a population-based cohort study. *Am J Obstet Gynecol.* 2007; 197(6): 664.e1-664.e7 [DOI: 10.1016/j.ajog.2007.08.064].
15. Lube KM, Boero S, Choe JY. The demographics of pelvic floor disorders: current observations and future projections. *Am J Obstet Gynecol.* 2001; 184: 1.496-1.501.
16. McClurg D, Hilton P, Dolan L, Monga A, Hagen S, Frawley H, et al. Pelvic floor muscle training as an adjunct to prolapse surgery: a randomised feasibility study. *Int Urogynecol J.* 2014; 25(7): 883-891.