ÓRGANO OFICIAL DE LA SECCIÓN DE SUELO PÉLVICO DE LA SEGO

sección de Suelo Pelvico de la SEGO

suelo pélvico

ISSN: 1885-0642

REVISTA ESPAÑOLA SOBRE MEDICINA DEL SUELO PÉLVICO DE LA MUJER Y CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA

VOLUMEN 10 • NÚMERO 1

EDITORIAL

Sobre «cómo valorar» el grado de prolapso. ¿Todos exploramos igual? 3
M. Espuña Pons

REVISIÓN

Sistemática de la exploración pélvica en la mujer con prolapso genital. Hoja de recogida de datos y su cumplimentación 5
M. Espuña Pons, M. Fillol Crespo, M.ªA. Pascual Amorós, J. Cassado Garriga, Grupo GISPEM

PROTOCOLO

Dolor pélvico crónico en la mujer: diagnóstico y tratamiento inicial 11

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA SEGO

Mayo EDICIONES

©2021 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

VII CONGRESO NACIONAL DE SUELO PELVICO

Ilusión y excelencia en el programa científico

El próximo Congreso de la Sección de Suelo Pélvico de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) se celebrará en el Palacio de Euskalduna de Bilbao entre los días 3 y 5 de abril. El programa se divide en dos grandes bloques. El jueves día 3 se dedicará a la cirugía clásica por vía vaginal, con realización de histerectomías vaginales y correcciones integrales de la anatomía pelviana, siguiendo los criterios de estandarización propuestos por la Sección de Suelo Pélvico de la SEGO, con aplicación de técnicas conservadoras de integridad vaginal y obliterativas. Durante esa primera jornada también se llevarán a cabo metodologías clásicas en el tratamiento de prolapsos recidivados, como colpofijaciones al ligamento sacroespinoso, asociadas a diferentes técnicas de incontinencia según las necesidades de cada caso.

La actividad organizada para el viernes día 4 es completamente diferente, ya que se contempla el desarrollo de ejercicios menos habituales y de última generación. De esta forma, se han programado cirugías sobre recidivas de prolapso, tanto por vía vaginal como abdominal, con colocación de prótesis anteriores por vía vaginal y colposacrofijaciones, estas últimas mediante técnicas endoscópicas habituales y con asistencia robótica. El objetivo es lograr una mayor compresión de la anatomía quirúrgica del suelo pélvico.

Por último, cabe recordar que la selección de profesionales a cargo de las actividades es de primerísimo nivel y que contaremos con la presencia de expertos consagrados en la materia, todos estrechamente relacionados con el ejercicio de nuestra Sección de Suelo Pélvico, dejando siempre una puerta abierta a la integración de nuevos facultativos, que tienen mucho que aportar.

Junta Directiva de la Sección de Suelo Pélvico de la SEGO
Presidenta: Montserrat Espuña
Secretario: Manuel Fillol
Tesorera: M.ª Antonia Pascual
Vocales: Manuel Carmona, Juan Fernando Cerezuela, Eloy Moral, Francisco Muñoz

Comité Científico
Presidente: Mikel Goitia Ibarra
Teresa Díaz Martín
Irene Díaz Itza
Gemma Garay
Carlos Larrañaga
Marta Quintana

Comité Organizador
Presidente: Iñaki Brouard Urkiaga
Santiago Díez Lázaro
Txanton Martínez-Astorquiza
Gaizka Mallabiabarrena Ormaetxea
Rosa Larrieta Riaño

BILBAO 2014
Palacio Euskalduna Jauregia
3, 4 y 5 abril

ORGANIZA

sección de Suelo Pelvico de la SEGO

CON EL AUSPICIO DE

Osakidetza

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA SEGO

suelo pélvico

REVISTA ESPAÑOLA SOBRE MEDICINA DEL SUELO PÉLVICO DE LA MUJER Y CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA

SUMARIO

EDITORIAL 3

Sobre «cómo valorar» el grado de prolapso. ¿Todos exploramos igual?
M. Espuña Pons

REVISIÓN 5

Sistemática de la exploración pélvica en la mujer con prolapso genital. Hoja de recogida de datos y su cumplimentación
M. Espuña Pons, M. Fillol Crespo, M.ªA. Pascual Amorós, J. Cassado Garriga, Grupo GISPEM

PROTOCOLO 11

Dolor pélvico crónico en la mujer: diagnóstico y tratamiento inicial

Director honorífico:
Xavier Iglesias Guiu (Barcelona)

Director científico:
Montserrat Espuña Pons (Barcelona)

Comité científico:
Lluís Amat Tardiu
Pere Brescó Torras
Manuel Carmona Salgado
Juan Fernando Cerezuela Requena
Manuel Fillol Crespo
Eduardo Luelmo Buitrón
Juan Carlos Martínez Escoriza
Pilar Miranda Serrano
Eloy Moral Santamarina
Francisco Muñoz Garrido
María Antonia Pascual Amorós
Antoni Pessarrodona Isern

www.suelopelvico.org
www.sego.es

Volumen 10 n.º 1

Revista Española sobre Medicina del Suelo Pélvico de la Mujer y Cirugía Reconstructiva

Órgano Oficial de la Sección de Suelo Pélvico de la SEGO

Con el patrocinio de:
astellas
Leading Light for Life

Edita:
Mayo Ediciones Mayo, S.A.

Aribau, 185-187
08021 Barcelona
C/ Condado de Treviño nº 9, Local 1
28033 Madrid

Impresión: Press Line
Depósito legal: B-27.967-05
ISSN: 1885-0642

©Ediciones Mayo, S.A.
Reservados todos los derechos. Queda prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos, aun citando la procedencia, sin la autorización del editor.

suelopelvico@edicionesmayo.es
www.edicionesmayo.es

©2021 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

SUELO PÉLVICO
REVISTA ESPAÑOLA SOBRE MEDICINA DEL SUELO PÉLVICO DE LA MUJER Y CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA
(Suelo Pélvico 2014; 10[1]: 3-4)

Sobre «cómo valorar» el grado de prolapso. ¿Todos exploramos igual?

M. Espuña Pons
Unidad de Suelo Pélvico. Servicio de Ginecología. Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia (ICGON). Hospital Clínic. Barcelona

Los criterios que se siguen para la clasificación de los defectos anatómicos de las mujeres con prolapso genital están definidos por grupos de expertos de sociedades científicas, que han llegado a un acuerdo sobre «cómo definir» cada grado de prolapso. No obstante, lo que no se ha definido con claridad es el «cómo explorar» a estas mujeres para poder identificar y describir correctamente todas las alteraciones anatómicas existentes.

Según la definición de prolapso que se ofrece en el último informe de terminología de la ICS/IUGA (International Continence Society/International Urogynecological Association), el prolapso es «el descenso de uno o más» de los siguientes elementos anatómicos: pared vaginal anterior, pared vaginal posterior, útero o cúpula vaginal en las mujeres con histerectomía previa. En esta definición se puntualiza claramente que cualquiera de estos signos se ha de correlacionar con síntomas sugestivos de prolapso y además se añade que lo más común es que esos síntomas se produzcan «cuando el descenso llega a nivel del himen» (Haylen et al., 2010). En cambio, llama la atención lo poco definido que está en este informe el «cómo debe realizarse la exploración pélvica», ya que sólo se indica que la exploración del prolapso «debe hacerse con la vejiga vacía y si es posible con el recto también vacío». Sin embargo, no hay ninguna referencia a la posición en la que debe realizarse la exploración de la mujer; únicamente se señala que, de todas las posibles posiciones en las que puede explorarse una mujer con síntomas de prolapso (decúbito lateral, decúbito supino o de pie), hay que elegir la que mejor consiga reproducir esos síntomas. Esta descripción resulta claramente insuficiente y pone de manifiesto la necesidad de llegar a un acuerdo sobre «el cómo» proceder para determinar el tipo de defecto y el grado de descenso durante la exploración pélvica de las mujeres con síntomas de prolapso. También en los trabajos publicados en revistas de la especialidad, la descripción del *cómo* se ha realizado la exploración pélvica en estas mujeres suele ser poco detallada, una descripción que reviste especial interés en los artículos donde se publican resultados sobre el tratamiento de esta patología. Sólo cuando el método se detalla es posible su reproducción y la comparación de resultados entre distintos autores.

Aunque todos estamos de acuerdo en que el prolapso es más sintomático cuando la mujer está de pie, en la mayoría de los centros no se explora a las mujeres en esta posición. En algunos lugares el prolapso se explora en decúbito lateral, pero en general la posición que más se utiliza es la de litotomía. En esta posición es importante precisar algunos aspectos que pueden hacer variar el grado del descenso observado por el médico, como la utilización o no de una valva vaginal tipo Sims, y la posición del respaldo de la camilla (es decir, si el tronco de la mujer está en posición horizontal o semisentada). Además, en todas las posiciones, en el descenso de los órganos prolapsados puede influir el hecho de que la mujer tenga poca fuerza para empujar hacia abajo, o que limite esta fuerza por miedo a poner a prueba su continencia urinaria o de gases. Sin embargo, de todos los métodos utilizados, el que más variabilidad puede presentar es el de traccionar del cérvix o de la cúpula vaginal para poner en evidencia el grado de descenso del componente apical, sobre todo si esta maniobra se hace con la paciente bajo el efecto de la anestesia. Se ha demostrado que todos los cérvix, cuando se tracciona de ellos, pueden llegar a 1 cm del introito (Foon et al., 2012)

©2021 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

y que, bajo el efecto de la anestesia, el descenso de las paredes vaginales, sobre todo del componente apical, es significativamente mayor que sin anestesia (Brazell et al., 2012).

El hecho es que, en la práctica clínica, todas las mujeres que han sido sometidas a una cirugía de prolapso habrán sido exploradas previamente y los defectos anatómicos identificados durante la exploración pélvica habrán sido clasificados de acuerdo con el grado de descenso observado. Lo más relevante es que la indicación del tipo de cirugía (qué defectos se corrigen, si se hace histerectomía o no, etc.) se establece en función de esta exploración pélvica. En una encuesta realizada a ginecólogos ingleses, en la que se les preguntaba sobre las indicaciones de histerectomía en pacientes con síntomas de prolapso que iban a ser sometidas a una colporrafia anterior, el 50% de los ginecólogos respondieron que harían una histerectomía simultánea a la corrección del defecto de la pared vaginal anterior si al traccionar del cérvix éste llegaba a un 1 cm por encima del introito (Coats et al., 2010).

En estos momentos hay un debate abierto sobre la indicación del tratamiento quirúrgico del prolapso genital. Se acepta que la indicación de tratamiento ha de basarse en los síntomas que refiere la paciente y en su deseo de ser tratada o no, y no sólo en los defectos anatómicos observados por el especialista. En mujeres con prolapso sintomático y que desean ser operadas, la indicación del tipo de cirugía debería basarse en una exploración pélvica llevada a cabo en unas condiciones bien definidas y reproducibles. Desde el punto de vista estrictamente científico, debería concluir diciendo que hacen falta estudios prospectivos, con seguimiento a largo plazo, en los que de forma aleatorizada la decisión sobre el tipo de cirugía en las mujeres con prolapso sintomático que desean ser operadas se base en la exploración pélvica realizada, en unos casos, en la consulta en unas condiciones bien definidas y, en otros, en el quirófano, en las mismas condiciones pero bajo anestesia. No obstante, en el momento actual, mi conclusión es que es imprescindible abrir un debate sobre cómo exploramos a las mujeres que nos consultan por sensación de tener un bulto en los genitales. No podemos partir de la premisa de que todos exploramos del mismo modo a las pacientes con prolapso genital. ■

BIBLIOGRAFÍA

Brazell H, Sage C, Moore L, Dereska N, Hudson S, Swift S. Does neuromuscular blockade affect the assessment of pelvic organ prolapse? Int Urogynecol J. 2012; 23(11): 1.599-1.603.

Chao FL, Rosamilia A, Dwyer PL, Poyakov A, Schierlitz L, Agnew G. Does pre-operative traction on the cervix approximate intra-operative uterine prolapse? A randomised controlled trial. Int Urogynecol J. 2012; 23(4): 417-422.

Coats E, Agur W, Smith P. When is a concomitant hysterectomy performed during anterior colporrhaphy? A survey of current practice amongst gynaecologists. Int Urogynaecol J. 2010; 21(Suppl 1): S158-S160.

Foon R, Agur W, Kingsly A, White P, Smith P. Traction on the cervix in theatre before anterior repair: does it tell us when to perform a concomitant hysterectomy? Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2012; 160(2): 205-209.

Haylen BT, De Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. Neurourol Urodyn. 2010; 29(1): 4-20.

©2021 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

suelo pélvico
REVISTA ESPAÑOLA SOBRE MEDICINA DEL SUELO PÉLVICO DE LA MUJER Y CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA

(Suelo Pélvico 2014; 10[1]: 5-10)

REVISIÓN

Sistemática de la exploración pélvica en la mujer con prolapso genital. Hoja de recogida de datos y su cumplimentación

M. Espuña Pons[1], M. Fillol Crespo[2], M.ªA. Pascual Amorós[3], J. Cassado Garriga[4], Grupo GISPEM

[1]Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia (ICGON). Hospital Clínic. Barcelona. [2]Hospital de la Plana. Vila-real (Castellón). [3]Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife (Tenerife). [4]Hospital Mutua de Terrassa (Barcelona)

RESUMEN

Objetivo: Describir y analizar la viabilidad de una sistemática de exploración pélvica de la mujer con prolapso de órganos pélvicos (POP) para determinar: el grado y tipo de POP, si existen escapes involuntarios de orina con los esfuerzos, el volumen de orina residual (OR) y la función de los músculos del suelo pélvico (MSP).

Material y métodos: La exploración pélvica incluía la clasificación del POP (clasificación de Baden-Walker y método POP-Q); la evaluación de la presencia o ausencia del signo incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) con la mujer en distintas posiciones (con y sin reducción de POP); la medición de la OR (con sonda y mediante ecografía 2D), y la valoración del tono y la capacidad contráctil de los MSP.

Resultados: Se incluyeron 345 mujeres con POP en lista de espera para cirugía procedentes de 39 centros de ginecología (grupo GISPEM). La determinación de OR mediante ecografía 2D es factible dentro de la sistemática de exploración pélvica de las mujeres con POP en las consultas de ginecología. Destaca la alta cumplimentación del apartado de valoración de la función de los MSP y la baja cumplimentación del apartado referente a la clasificación del grado de POP utilizando el POP-Q.

Conclusión: La metodología empleada para la exploración pélvica en este estudio sigue una sistemática que permite, en muy poco tiempo, cumplir todos los objetivos fundamentales para la valoración de una mujer con síntomas de POP.

©2014 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: prolapso de órganos pélvicos, exploración pélvica, clasificación, orina residual, ecografía.

ABSTRACT

Systematic in the pelvic examination in women with pelvic organ prolapse. Data collection form and completion

Aim: *To describe and analyse the feasibility of a systematic in the pelvic examination in women with pelvic organ prolapse (POP) to determine: the degree and type of POP, the involuntary leakage of urine with efforts, the residual urine (RU) volume and the function of the pelvic floor muscles (PFM).*

Material and methods: *The pelvic examination included: classification POP (Baden-Walker and POP-Q), the assessment of the sign stress urinary incontinence (SUI) with women in different positions and with and without reducing POP, measuring the RU by urethral catheterization and by 2D ultrasound, and the assessment of tone and the voluntary contraction of the PFM.*

Results: *345 women with severe POP on the waiting list for surgery in 39 Gynaecology centres (GISPEM GROUP) were included. Determination of RU by 2D ultrasound is feasible within routine pelvic examination performed in Gynaecology clinics. We found a high completion of the information about the function of the PFM and a very low completion of the section that refers to the classification of the degree of POP using the POP- Q.*

Conclusion: *The methodology used for the pelvic examination in this study, follows a systematic that allows very quickly to meet all key objectives for the evaluation of a women with symptoms of POP.*

©2014 Ediciones Mayo, S.A. *All rights reserved.*

Keywords: *pelvic organ prolapse, pelvic examination, classification, residual urine, ultrasound.*

Introducción

La definición de prolapso de órganos pélvicos (POP), según la terminología de la clasificación ICS/IUGA (International Continence Society-International Urogynecological Association), es «el descenso de uno o más» de los elementos anatómicos que conforman la cavidad vaginal: pared vaginal anterior, pared vaginal posterior, útero o cúpula vaginal en las mujeres con histerectomía previa. En el mismo informe se indica que la exploración del prolapso «debe hacerse con la vejiga vacía y, si es posible, con el recto también vacío». Por otra parte, también se puntualiza que hay que distinguir entre el prolapso sintomático y el asintomático[1].

Dirección para correspondencia:
mespuna@clinic.ub.es

©2021 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

El diagnóstico clínico de un prolapso asintomático se limitaría a la observación de signos de POP, en forma de uno o más descensos de las paredes vaginales, del útero o de la cúpula vaginal, pero sin que la mujer refiera ningún síntoma específico. El diagnóstico clínico del POP sintomático se basa en los síntomas que refiere la mujer: los específicos (sensación de bulto genital) y los posibles síntomas asociados (incontinencia urinaria, dificultad miccional, etc.); estos síntomas deben estar acompañados de los signos observados en la exploración pélvica. Existe acuerdo en que sólo deberían tratarse las mujeres con defectos anatómicos que refieren síntomas.

Los defectos anatómicos que presentan las mujeres con POP se asocian a menudo a distintas disfunciones del tracto urinario inferior (TUI), anorrectales y sexuales. Las disfunciones del TUI más frecuentes son la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), la incontinencia urinaria de urgencia, la vejiga hiperactiva sin incontinencia o síndrome de urgencia-frecuencia, y la disfunción del vaciado vesical[2]. En la práctica clínica, el especialista que indica el tratamiento quirúrgico del POP necesita información solvente y accesible que le permita decidir el tipo de técnica para corregir el POP y si asocia o no una técnica antiincontinencia a la cirugía del prolapso. Hay que tener en cuenta que la cirugía del prolapso y de la incontinencia puede curar los síntomas de la mujer pero también puede causar daño, que sería potencialmente evitable si se pudiera valorar el riesgo de sobrepasar el alcance del tratamiento más apropiado.

Desde el punto de vista clínico, cabe distinguir dos grupos de pacientes con IUE entre las mujeres con síntomas de POP: por un lado estarían las pacientes con síntomas de escapes involuntarios (IUE sintomática) y en las que, durante la exploración física, se comprueba dicha pérdida, con o sin POP reducido, y por otro lado estarían las mujeres sin síntomas de escapes involuntarios con el esfuerzo pero en las que se evidencia una pérdida de orina con el esfuerzo durante la exploración pélvica, estas mujeres se considera que tienen una IUE oculta (IUEO). No obstante, es importante señalar que según la definición del último informe terminológico de la ICS/IUGA, la incontinencia oculta (IUEO) es la que sólo aparece cuando la mujer realiza un esfuerzo con el POP reducido, y en la definición se admite que existen varios medios para la reducción del prolapso[1]. El método para identificar la IUEO no está estandarizado, aunque parece ser que el pesario vaginal y la reducción del POP con una valva en el compartimento vaginal posterior son técnicas con un buen nivel de precisión. Por otra parte, no disponemos de ningún método identificativo con alta sensibilidad y especificidad de los casos de IUE que se van a resolver exclusivamente con la cirugía del POP[3,4].

El objetivo de este artículo es describir y analizar la factibilidad de una sistemática de exploración pélvica de la mujer con prolapso genital seguida por un grupo de investigadores procedentes de 39 centros de ginecología de España (grupo GISPEM).

Material y método

El estudio CIRPOP-IUE «Disfunciones uroginecológicas en las mujeres con prolapso genital quirúrgico. Impacto de la cirugía vaginal en la incontinencia urinaria de esfuerzo» es un estudio epidemiológico, longitudinal de cohortes, que se está desarrollando actualmente en 39 unidades de suelo pélvico españolas que forman parte del Grupo de Investigación en Disfunciones en Suelo Pélvico en la Mujer (GISPEM). Ha sido evaluado y aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Clínic de Barcelona. Es un estudio prospectivo multicéntrico, y consta de dos fases: una evaluación inicial realizada a las pacientes que acudieron a consulta por POP sintomático y a las que se les indicó cirugía, y una segunda fase de seguimiento de las pacientes incluidas en el estudio una vez transcurridos doce meses desde la cirugía.

Los objetivos principales eran estudiar la distribución respecto a la frecuencia, tipo y gravedad de los síntomas urinarios de las pacientes con síntomas de POP en las que se indicó cirugía, antes de la aplicación del procedimiento quirúrgico, y analizar el impacto de la cirugía en pacientes con POP e IUEO, según la estrategia quirúrgica aplicada de forma primaria y según la práctica clínica habitual: cirugía del POP sólo frente a cirugía del POP combinada con cirugía de la IUE. Para alcanzar los objetivos del estudio, se seleccionó a pacientes con POP de grado igual o superior a 2, con indicación de tratamiento quirúrgico del POP y que firmaron el consentimiento informado para participar en el estudio.

La exploración pélvica en estas mujeres incluía la valoración del grado y tipo de POP, la evaluación de la presencia o ausencia del signo IUE, la determinación del residuo posmiccional y la valoración de la función de los músculos del suelo pélvico (MSP). Para conseguir uniformidad en la recogida de datos, se incorporaron unas instrucciones muy detalladas sobre cómo se realizaría la exploración, de forma que el orden fuera siempre el mismo. Se diseñó una hoja de recogida de datos, que contenía a su vez las instrucciones para que todos los investigadores pudieran seguir con facilidad la misma sistemática en la exploración pélvica.

En cuanto a la sistemática de la exploración pélvica, todos los aspectos que se valoraban en la exploración formaban parte de la práctica clínica habitual, en los centros participantes, para la evaluación inicial de las pacientes con POP. A continuación se describen las instrucciones para el procedimiento aplicado a fin de que la exploración pélvica fuera lo más comparable posible en cuanto a orden y condiciones de la paciente (posición y deseo miccional).

En todos los casos se solicitó a la mujer que acudiera a la consulta con un deseo de orinar intenso. En la exploración se estableció el siguiente orden:

©2021 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

Medición del volumen vesical por ecografía (antes del test de esfuerzo)

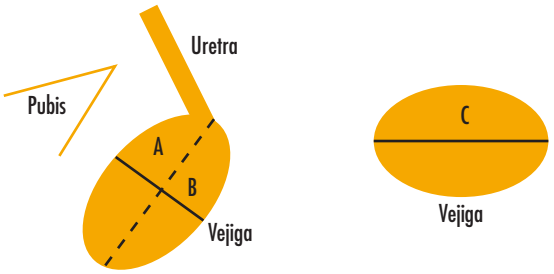
Si se dispone de ecógrafo 2D, inmediatamente antes de iniciar el test de esfuerzo y con la paciente con deseo miccional intenso se estimará el volumen vesical mediante ecografía. En la figura 1 se esquematizan las instrucciones para realizar la medición de los diámetros vesicales y para calcular el volumen vesical mediante las fórmulas de Haylen[5], Dietz et al.[6] y Dicuio et al.[7].

Test de esfuerzo

Es importante que la vejiga tenga un volumen de líquido que permita demostrar si se producen escapes al realizar esfuerzos físicos como toser. En muchos estudios, se utiliza un volumen fijo que se obtiene por un llenado retrógrado a través del sondaje uretral. En nuestro procedimiento se pretende evitar el sondaje y el llenado retrógrado; para ello, se aplica el criterio de realizar el test de esfuerzo con un deseo miccional intenso y, en los centros en que sea posible, estimar el volumen vesical previo al test mediante ecografía. Con la paciente en un estado de deseo miccional intenso, se le solicita que tosa tan intensamente como pueda, hasta un máximo de 5 golpes de tos. Se realiza el test de esfuerzo en las posiciones siguientes (y se registran los resultados para cada una de ellas):

a) En primer lugar, sin reducir el POP y con la mujer en bipedestación.
b) A continuación, también sin reducir el POP pero con la mujer con las piernas en posición ginecológica y el tronco semiincorporado.
c) Se repite el test de esfuerzo reduciendo el POP con una valva posterior y con la mujer en la misma posición que b.
d) Se repite el test de esfuerzo reduciendo el POP con un pesario vaginal de anilla y con la mujer en la misma posición que b (hay que elegir un pesario de diámetro suficiente para reducir el prolapso, pero evitando que comprima la uretra).
e) Manteniendo el pesario colocado, se solicita a la mujer que se ponga de nuevo en bipedestación y con las piernas algo separadas, y se repite el test de esfuerzo.

Registro de resultados del test de esfuerzo:	
a) Bipedestación sin reducir POP	**Positivo/Negativo**
b) En posición ginecológica sin reducir POP	**Positivo/Negativo**
c) En posición ginecológica con POP reducido con valva posterior	**Positivo/Negativo**
d) En posición ginecológica con POP reducido con pesario	**Positivo/Negativo**
e) Bipedestación con POP reducido con pesario	**Positivo/Negativo**



Corte realizado en el plano sagital en el que veamos la uretra en toda su longitud.

A: Diámetro longitudinal máximo.
B: Diámetro anteroposterior máximo.

Corte realizado en el plano transversal en el que veamos el diámetro máximo de la vejiga.

C: Diámetro transversal máximo.

Diámetros VESICALES para estimación del VOLUMEN VESICAL (previos al test de esfuerzo)				
A.	Diámetro longitudinal	_____ cm	☐	No disponible
B.	Diámetro anteroposterior	_____ cm	☐	No disponible
C.	Diámetro transversal	_____ cm	☐	No disponible

Estimación del volumen residual a partir de los diámetros vesicales:
Volumen residual mediante la fórmula de Haylen: A × B × 5,9 – 14,6 = _____ mL
Volumen residual mediante la fórmula de Dicuio et al.: A × B × C × 0,52 = _____ mL
Volumen residual mediante la fórmula de Dietz et al.: A × B × 5,6 = _____ mL

Figura 1. Esquema a seguir en la medición de los diámetros vesicales mediante ecografía 2D

Medición del volumen orinado por micción espontánea

Inmediatamente después de finalizado el test de esfuerzo, se retira el pesario. Acto seguido se solicita a la paciente que realice una micción espontánea (sin reducir el prolapso), que se recoge en un recipiente. Se mide y anota el volumen orinado.

Medición del volumen de orina residual por ecografía (de estar disponible)

A continuación de la micción espontánea, con un intervalo de tiempo no superior a los 5 minutos, se mide el volumen de residuo posmiccional.

Si se dispone de ecógrafo, se estima mediante ecografía el volumen de orina residual inmediatamente después de la micción espontánea. Se calcula el volumen a partir de los diámetros vesicales posteriores al test de esfuerzo (figura 1).

Medición del volumen de orina residual por sondaje vesical

Si no se dispone de ecografía, la medición del volumen de orina residual por sondaje se efectúa inmediatamente después de que la mujer haya hecho la micción espontánea.

©2021 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

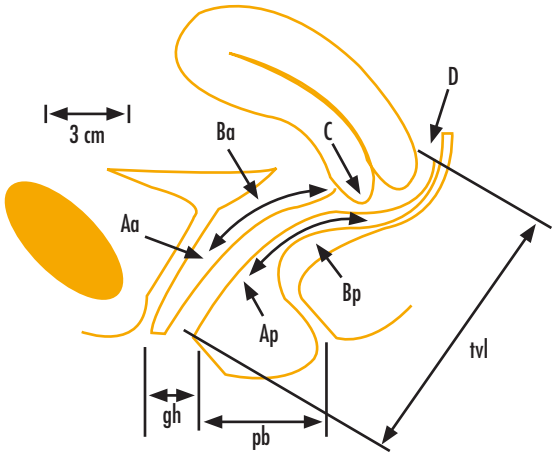
Evaluación del grado y tipo de prolapso (Baden-Walker/POP-Q)

La paciente deberá haber orinado, o bien habremos medido la orina residual por sondaje; por tanto, estará con la vejiga vacía. Se le solicita que haga una maniobra de Valsalva máxima.

Clasificación clásica del grado de prolapso según Baden y Walker

☐ Grado I: descenso entre posición normal e introito.
☐ Grado II: descenso a nivel del introito vaginal.
☐ Grado III: descenso por fuera del nivel del introito vaginal.
☐ Grado IV: prolapso total fuera del plano vulvar.

Resultados del grado y tipo de prolapso según Baden y Walker:
Anterior: no prolapso/grado I/grado II/grado III/grado IV.
Central: no prolapso/grado I/grado II/grado III/grado IV.
Posterior: no prolapso/grado I/grado II/grado III/grado IV.



Se miden las distancias (en cm) desde el himen a los puntos: Aa: punto A anterior; Ap: punto A posterior; Ba: punto B anterior; Bp: punto B posterior; C: cérvix o cúpula; D: fondo de saco vaginal posterior

Aa (–3 a +3): _____ **cm**	☐ **Positivos** ☐ **Negativos**
Ba (≥Aa): _____ **cm**	☐ **Positivos** ☐ **Negativos**
C: _____ **cm**	☐ **Positivos** ☐ **Negativos**
gh (hiato genital):_____,__ **cm**	
pb (cuerpo perineal): _____, ____ **cm**	
tvl (longitud vaginal total) (prolapso reducido): _____,__ **cm**	
Ap (–3 a +3): _____ **cm**	☐ **Positivos** ☐ **Negativos**
Bp (≥Ap): _____ **cm**	☐ **Positivos** ☐ **Negativos**
D (esfuerzo): _____ **cm**	☐ **Positivos** ☐ **Negativos**

Figura 2. Clasificación del grado de prolapso según POP-Q

Procedimiento para la clasificación del grado de prolapso según el método POP-Q (figura 2)

Resumen de la clasificación del prolapso según el método POP-Q

Marque el grado de prolapso que corresponda a la parte que está más baja:

☐ **Estadio I:** la porción más distal del prolapso está más de 1 cm por encima del himen.
☐ **Estadio II:** la porción más distal del prolapso está 1 cm o menos por encima o por debajo del himen.
☐ **Estadio III:** la porción más distal del prolapso está más de 1 cm por debajo del himen.
☐ **Estadio IV:** versión completa del tracto genital.

Valoración funcional de los músculos del suelo pélvico (test de Oxford y clasificación ICS/IUGA)

Escala de Oxford para medir la capacidad de contracción voluntaria de los músculos del suelo pélvico

Por favor, marque la puntuación que considere adecuada:
0. ☐ Ninguna contracción.
1. ☐ Muy débil: contracciones fluctuantes.
2. ☐ Débil: ligero aumento de la tensión muscular.
3. ☐ Moderada: tensión muscular moderada.
4. ☐ Buena: mantiene la tensión con resistencia.
5. ☐ Fuerte: mantiene la tensión con fuerte resistencia.

Descripción de la función global de los músculos del suelo pélvico según la clasificación de la ICS/IUGA

Por favor, marque la casilla que considere que mejor describe la función de los músculos del suelo pélvico:

a ☐ **Músculos del suelo pélvico normales:** músculos del suelo pélvico que pueden contraerse y relajarse de manera voluntaria e involuntaria.
b ☐ **Músculos del suelo pélvico hiperactivos:** músculos del suelo pélvico que no se relajan e incluso pueden contraerse cuando la relajación de éstos es funcionalmente necesaria, por ejemplo, durante la micción o la defecación.
c ☐ **Músculos del suelo pélvico hipoactivos:** músculos del suelo pélvico que no pueden contraerse voluntariamente cuando es adecuado.
d ☐ **Músculos del suelo pélvico no funcionales:** músculos del suelo pélvico en los que no hay actividad palpable.

Resultados

Se incluyeron un total de 345 mujeres con prolapso genital en lista de espera para tratamiento quirúrgico.

El tiempo medio empleado para la aplicación de esta sistemática de exploración, incluyendo la cumplimentación de

©2021 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

la hoja de recogida de datos, fue de 20 minutos. En la tabla 1 se presenta el grado de cumplimentación de los distintos aspectos que se valoraban en esta exploración pélvica sistematizada.

Tabla 1. Grado medio de cumplimentación de los elementos que se valoran en la sistemática de exploración pélvica

Grado de cumplimentación	Evaluables (n)	%
Volumen vesical por ecografía	250	72,5
Test de esfuerzo a	344	99,7
Test de esfuerzo b	344	99,7
Test de esfuerzo c	344	99,7
Test de esfuerzo d	303	87,8
Test de esfuerzo e	301	87,2
Volumen de micción espontánea	279	80,9
Orina residual por ecografía	244	70,7
Orina residual por sondaje vesical	279	80,9
Baden y Walker	330	95,7
POP-Q	118	34,2
Valoración de la musculatura del suelo pélvico	344	99,7

Comentarios

En nuestro país hay una carencia de estudios sobre el diagnóstico y el tratamiento de las mujeres con POP y, por otra parte, existe una amplia heterogeneidad en la valoración preoperatoria de estas pacientes y también en la indicación del tratamiento quirúrgico del prolapso. Por ello, dentro del marco de investigación del grupo GISPEM diseñamos un estudio multicéntrico prospectivo para analizar las características de las mujeres con indicación de cirugía primaria de POP: aspectos demográficos, y síntomas urinarios, anorrectales y sexuales asociados. De esta forma dispondremos de datos procedentes de nuestro medio para profundizar en este perfil de pacientes y cuyos hallazgos puedan ayudar a los especialistas a decidir la mejor estrategia quirúrgica. En este proyecto se analizarán también los resultados del tratamiento quirúrgico en relación con la corrección anatómica del POP, los síntomas derivados de la percepción de «bulto» dentro o fuera de la vagina, y la función vesical, anorrectal y sexual.

Un aspecto clave para este estudio fue el diseño de una sistemática de exploración pélvica que permitiera su aplicación en los distintos centros participantes, que siguiera la práctica clínica habitual y que no implicara la realización de pruebas complementarias que no fuesen fácilmente asumibles en todos los centros. La valoración del tipo y grado de POP y la realización del test de esfuerzo para descartar la presencia de una IUE asociada al POP forman parte de la práctica clínica habitual de todos los centros participantes. Al diseñar este estudio, se consideró que podría ser factible la incorporación de algunos aspectos complementarios, como la ecografía 2D para la medición de la orina residual y para la estimación del volumen vesical previa al test de esfuerzo, así como la valoración de la función de los músculos del suelo pélvico. Como puede observarse en la tabla 1, todos estos aspectos fueron cumplimentados en la mayoría de los casos.

Es importante señalar que la incorporación de la exploración ecográfica a la sistemática de evaluación de las mujeres con POP ha demostrado ser factible en este estudio, pues en la mayoría de los centros ha sido posible la utilización de un ecógrafo 2D en la consulta. Gracias a esta exploración hemos podido determinar el volumen vesical antes de realizar el test de esfuerzo; eso nos ha permitido asegurarnos de que la cantidad de orina en la vejiga es la adecuada, evitando falsos negativos por bajo volumen vesical. Iniciar la sistemática de la exploración pélvica con la medición del volumen vesical por ecografía permite realizar una prueba de esfuerzo (toser con vejiga llena) lo más fiable posible. La alternativa es hacer el test de esfuerzo con un volumen fijo con un llenado vesical por vía retrógrada, pero ello supone una logística no siempre factible en la consulta y el riesgo de una maniobra invasiva (sondaje), así como un consumo de tiempo y recursos (sonda, equipo de perfusión y suero).

La realización del test de esfuerzo con la finalidad de demostrar la presencia de una pérdida de orina con el esfuerzo es una parte fundamental de la exploración de la mujer con POP, sobre todo si se le ha indicado un tratamiento quirúrgico. Los estudios realizados sobre la asociación de prolapso y la IUE nos permiten afirmar que aproximadamente el 40% de mujeres con prolapso se quejan de síntomas de IUE y más de la mitad de las que no se quejan tienen signos positivos de IUEO al reducir el prolapso[8]. La incidencia de la IUEO presenta unos valores muy variables, de entre el 6 y el 83%, dependiendo del método usado para su identificación[9]. Dada la gran variabilidad de estas cifras, consideramos que es fundamental establecer un método para explorar a las mujeres con POP y evidenciar la coexistencia de signo de IUE. La exploración de la mujer en distintas posiciones y utilizando dos métodos para la reducción del POP (una valva vaginal posterior y la colocación de un pesario vaginal de anilla) permite evitar falsos negativos en el test de esfuerzo. Los resultados de este test en las distintas condiciones han sido presentados ya en un congreso internacional, y están en proceso de publicación[10].

La estimación del volumen de orina residual mediante ecografía constituye también una ventaja importante respecto

©2021 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

a la medición por sondaje. En este estudio se han probado tres fórmulas para estimar el volumen vesical: Haylen[5] (volumen en mL= *height* × *depth* × 5,9 – 14,6), Dietz et al.[6] (volumen en mL= *height* × *depth* × 5,6) y Dicuio et al.[7] (volumen en mL= *height* × *depth* × *transverse* × 0,52). Los resultados de la estimación del volumen de orina residual mediante ecografía con estas tres fórmulas han sido presentados en un congreso internacional y están en proceso de publicación[11].

Cabe destacar el elevado grado de cumplimentación (casi el 100% de los casos) del apartado de valoración de la función de los músculos del suelo pélvico. Consideramos que éste es un aspecto importante que incluir en la exploración pélvica de las mujeres con patología uroginecológica. En el otro extremo, llama la atención la baja cumplimentación del apartado que hace referencia a la clasificación del grado de POP utilizando el método POP-Q para la clasificación de la ICS/IUGA. Hay que señalar que los ginecólogos que participaban en el estudio habían sido instruidos previamente, en una reunión de investigadores, en cómo aplicar este método para cuantificar el POP, a pesar de lo cual sólo en un tercio de los casos se realizó esta clasificación. En una encuesta efectuada a miembros de la American Urogynecologic Society (AUGS) y de la ICS, un 76% utilizaban el POP-Q y los demás seguían empleando la clasificación de Baden-Walker[12]. Desde el punto de vista de la práctica clínica y para la indicación del tratamiento y del tipo de cirugía, la clasificación clásica de Baden-Walker sigue siendo útil para poder definir los distintos grupos de pacientes. No obstante, cuando se pretende evaluar los resultados de los diferentes tratamientos y comparar resultados entre investigadores, es aconsejable, por su precisión, utilizar el método POP-Q, ya que permite cuantificar los cambios anatómicos conseguidos con la cirugía con mayor detalle. Por este motivo consideramos que, a pesar de la dificultad que conlleva la incorporación del POP-Q en la práctica clínica, este sistema de cuantificación ha de incluirse en la evaluación de las mujeres con POP.

Conclusión

La metodología que utilizamos para la exploración pélvica sigue una sistemática que permite, en muy poco tiempo, cumplir todos los objetivos fundamentales para la valoración de una mujer con síntomas de POP: establecer el grado y tipo de POP, determinar si existen escapes involuntarios de orina con los esfuerzos, cuantificar el residuo posmiccional y evaluar la función de los músculos del suelo pélvico.

Fuente de financiación

El estudio CIRPOP-IUE está financiado por Astellas Pharma.■

BIBLIOGRAFÍA

1. Haylen BT, De Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/ International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. Neurourol Urodyn. 2010; 29(1): 4-20.
2. Lawrence JM, Lukacz ES, Nager CW, Hsu JW, Luber KM. Prevalence and co-occurrence of pelvic floor disorders in community-dwelling women. Obstet Gynecol. 2008; 111(3): 678-685.
3. Srikrishna S, Robinson D, Cardozo L. Ringing the changes in evaluation of urogenital prolapse. Int Urogynecol J. 2011; 22(2): 171-175.
4. Visco AG, Brubaker L, Nygaard I, Richter HE, Cundiff G, Fine P, et al. The role of preoperative urodynamic testing in stress-continent women undergoing sacrocolpopexy: the Colpopexy and Urinary Reduction Efforts (CARE) randomized surgical trial. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2008; 19(5): 607-614.
5. Haylen BT. Verification of the accuracy and range of transvaginal ultrasound in measuring bladder volumes in women. Br J Urol. 1989; 64(4): 350-352.
6. Dietz HP, Velez D, Shek KL, Martin A. Determination of postvoid residual by translabial ultrasound. Int Urogynecol J. 2012; 23(12): 1.749-1.752.
7. Dicuio M, Pomara G, Menchini Fabris F, Ales V, Dahlstrand C, Morelli G. Measurements of urinary bladder volume: comparison of five ultrasound calculation methods in volunteers. Arch Ital Urol Androl. 2005; 77(1): 60-62.
8. Goldman HB. SUI surgery at the time of vaginal POP repair: is a surgical algorithm possible or desirable? Neurourol Urodyn. 2011; 30(5): 758-761.
9. Malak M. The role of anti-incontinence surgery in management of occult urinary stress incontinence. Int Urogynecol J. 2011; 23(7): 823-825.
10. Espuña M, Fillol M, Martin A, Pascual MA, Aragón M, Berdie C, et al.; GISPEM. Cough stress test in women with advanced pelvic organ prolapse with and without symptoms of stress urinary incontinence. Neurourol Urodyn. 2013; 32(6): 865-866.
11. Cassado J, Espuña M, Pascual MA, Fillol M, Brescó-Torras P, Goitia M, et al.; GISPEM. How to measure bladder volumes in women with advanced pelvic organ prolapse? Neurourol Urodyn. 2013; 32(6): 644-645.
12. Pham T, Burgart A, Kenton K, Mueller ER, Brubaker L. Current use of pelvic organ prolapse quantification by AUGS and ICS members. Female Pelvic Med Reconstr Surg. 2011; 17(2): 67-69.

©2021 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

suelo pélvico
REVISTA ESPAÑOLA SOBRE MEDICINA DEL SUELO PÉLVICO DE LA MUJER Y CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA
(Suelo Pélvico 2014; 10[1]: 11-23)

PROTOCOLO

Dolor pélvico crónico en la mujer: diagnóstico y tratamiento inicial

Palabras clave
Dolor pélvico agudo, dolor pélvico crónico, síndrome de dolor vesical/cistitis intersticial, dolor uretral, dolor vaginal, dolor perineal, dolor pélvico cíclico, neuralgia pudenda, dolor neuropático, dispareunia, dismenorrea, alodinia, hiperalgesia, disfunción de suelo pélvico femenina, vulvodinia, dolor miofascial, punto gatillo.

Definición del problema (anexo 1)
El dolor se define como «una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño físico real o potencial o que es vivida como tal daño»[1]. Por su parte, el dolor pélvico crónico (DPC) ha sido definido como aquel «dolor no cíclico de al menos 6 meses de duración localizado en la pelvis anatómica, la zona lumbosacra, las nalgas, la pared abdominal anterior o por debajo del ombligo, y que es lo suficientemente severo para causar incapacidad funcional o requerir atención médica» (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]).

El DPC se presenta en la consulta con un amplio abanico de formas, localizaciones, intensidades, repercusiones psicológicas y tiempos de evolución. Es recomendable poner en marcha lo antes posible el protocolo diagnóstico y terapéutico del DPC, incluso en aquellas pacientes que consultan antes de los 6 meses de persistencia de los síntomas.

Objetivos del protocolo
El objeto principal de la Sección de Suelo Pélvico de la SEGO con la elaboración del presente protocolo es facilitar el conocimiento de esta patología y contribuir a la adquisición de las habilidades para que, mediante un abordaje multimodal (multidisciplinario y simultáneo), sea posible establecer lo más rápidamente posible un diagnóstico y posibilitar un tratamiento etiológico o al menos sintomático (tratamiento del dolor) si no se conoce la causa específica.

El objetivo final de este protocolo es la prevención secundaria del DPC, contribuyendo al reconocimiento de los factores etiológicos que favorecen la cronificación, la sensibilización central-memoria del dolor y la repercusión psicobiofísica del problema.

Para alcanzar este objetivo se considera fundamental:
- Que el profesional pueda disponer de una estrategia de anamnesis, exploración física sistemática y opciones de tratamiento sintomático del dolor, que permitan su aplicación en casos de DPC, o lo que es más interesante, de dolor en vías de cronificación.
- Que se pueda disminuir la variabilidad en la práctica clínica en el diagnóstico y tratamiento del DPC, aplicando la mejor evidencia científica disponible.
- Que el profesional valore desde el inicio a la paciente con DPC con la intención de diseñar un programa de manejo consensuado y centrado en la paciente.
- Que la paciente conozca la naturaleza multifactorial del dolor pélvico, para lo cual es imprescindible que sea informada de forma adecuada.
- Que se genere confianza con el equipo que la va a tratar.

Población diana
Mujeres que consultan por el síntoma de dolor continuo no resuelto y persistente en el hemiabdomen inferior, el periné, la vagina, la uretra o la región vulvar y anal, con o sin relación con el coito, asociado o no a otros síntomas sugestivos de disfunción del suelo pélvico, y que afectan a su calidad de vida.

Clasificación y tipos de dolor. Terminología
Tipos de dolor
Dolor nociceptivo
Es aquel dolor producido por activación de las neuronas aferentes primarias denominadas nociceptores (incluyen las fibras C y Ad). Estas neuronas son activadas por señales químicas, térmicas u otras de alto umbral que indican peligro o daño.

El dolor nociceptivo puede ser de tipo *somático*, si es transmitido por fibras sensitivas aferentes pertenecientes al sistema nervioso somático que transmiten estímulos desde la pared abdominal, el suelo pélvico, el periné, la pared pélvica y el peritoneo parietal, o bien de tipo *visceral*, cuando el dolor es transmitido desde las vísceras abdominopélvicas y el peritoneo visceral.

Dolor inflamatorio
Es el dolor resultante de la interacción del sistema nervioso y los mediadores inflamatorios. Debido a su papel de protección de los tejidos, el dolor inflamatorio se considera adaptativo, aunque puede adaptarse mal en un contexto de inflamación crónica.

©2021 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

Dolor neuropático

Es aquel dolor cuyo origen radica en el propio tejido neural. El término puede emplearse para designar concretamente el dolor que es resultado de un daño específico en el tejido nervioso periférico, o bien puede incluir también el dolor disfuncional en el que se desconoce el tipo de lesión y se genera una situación de excitotoxicidad que origina síndromes clínicos de dolor inexplicables. A través de múltiples mecanismos, el daño del tejido nervioso conduce a un incremento de señales dolorosas en el cerebro. Este dolor a menudo es caracterizado como punzante o eléctrico.

Clasificación (anexo 2)

Resulta muy orientativo conocer si el dolor tiene relación con el ciclo menstrual durante el periodo reproductivo o no, así como su vinculación con las relaciones sexuales. El dolor puede ser episódico o continuo, y siempre ha de presentar una duración superior a 6 meses para considerarse DPC[12,13].

Las causas más frecuentes en este contexto son:

- **Causas ginecológicas:** dismenorrea primaria y secundaria, síndrome premenstrual, endometriosis-adenomiosis, enfermedad inflamatoria pélvica cronificada, síndrome de ovario remanente, adherencias posquirúrgicas, vulvovaginitis, vestibulitis, vulvodinia, bartolinitis crónica, complicaciones posquirúrgicas en los genitales externos (cirugía vulvar, episiorrafia, colporrafias), prolapso de órganos pélvicos o varices pélvicas.
- **Causas urológicas:** síndrome de dolor vesical/cistitis intersticial, disinergias y síndrome uretral.
- **Causas gastrointestinales:** síndrome del intestino irritable, enfermedades inflamatorias intestinales (enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa...), adherencias posquirúrgicas densas, enfermedad diverticular, endometriosis intestinal, isquemia intestinal, cáncer colorrectal, enfermedad celiaca y proctalgias.
- **Trastornos musculoesqueléticos:** neuralgia del pudendo, fibromialgias, síndrome miofascial de la pared abdominal, síndrome miofascial del elevador del ano, síndrome del músculo piriforme, neuralgia del nervio ilioinguinal, iliohipogástrico o genitofemoral, dolor lumbosacro, dolor perineal posparto y coccigodinia.
- **Otros:** depresión, hiperalgesias, trastornos psicosomáticos, disfunción psicosexual (incluidos los abusos sexuales, pasados o actuales) y porfiria.

Terminología (según la International Association for the Study of Pain [IASP])

La terminología relacionada con el dolor pélvico, especialmente cuando éste es crónico, está siendo debatida por varias sociedades científicas con el propósito de simplificar y reestructurar las clasificaciones existentes.

Por ello, la International Continence Society y la International Urogynecological Association han decidido establecer un criterio en función de la ubicación del dolor que refiere la paciente (que no necesariamente orientará su origen), para lo cual siguen la estructura axial de la clasificación establecida por la IASP[14]:

- **Dolor pélvico cíclico *(cyclical pelvic pain)*:** está relacionado con la menstruación o cualquier otro momento del ciclo menstrual; en este tipo de dolor es muy alta la posibilidad de causa ginecológica.
- **Dolor vesical *(bladder pain)*:** dolor, presión o molestia suprapúbico o retropúbico, que la paciente localiza en la zona de la vejiga y que generalmente aumenta con el llenado vesical; puede persistir o permanecer tras la micción.
- **Dolor uretral *(urethral pain)*:** el dolor se percibe en la uretra, y así lo señala la paciente.
- **Dolor vulvar o vulvodinia *(vulval pain)*:** dolor percibido en la vulva o alrededor de ella.
- **Dolor vaginal *(vaginal pain)*:** dolor que se percibe internamente, por encima del introito.
- **Dolor perineal *(perineal pain)*:** dolor percibido entre la horquilla perineal y el ano.
- **Neuralgia del pudendo *(pudendal neuralgia)*:** dolor o quemazón vaginal o vulvar con extensión en la zona de inervación del nervio pudendo.

Existen también otros tipos de dolor que no han sido definidos por la IASP como entidades nosológicas específicas:

- **Dolor pélvico musculoesquelético:** es el dolor que se percibe en la pelvis y que no se asocia a otros síntomas sugestivos de disfunción intestinal, sexual, ginecológica o del tracto urinario inferior.
- **Dolor pélvico miofascial:** la sintomatología se atribuye a contractura, tensión y aumento de sensibilidad de los músculos y fascias pélvicas. Este tipo de dolor generalmente se acompaña de puntos gatillo identificados en la exploración pélvica. A menudo se asocia a síntomas de otros órganos pélvicos (urgencia miccional, quemazón vulvovaginal, sensación de ocupación rectal, defecación obstructiva, etc.), que pueden ser más molestos para la paciente que el propio dolor muscular[15].

El empleo de una adecuada terminología facilita el correcto enfoque del caso, y debería incluir motivo de consulta, ubicación del dolor y tipo (visceral, somático, neuropático, etc.).

Actividades que realizar para el diagnóstico inicial

Aunque el estudio de un dolor agudo y un dolor crónico puede presentar paralelismos, conceptualmente han de considerarse como entidades diferenciadas.

©2021 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

Procedimientos básicos

Desde el momento mismo en que una paciente refiere dolor pélvico persistente, tanto si ha sido tratado o estudiado previamente como si no, estaría indicado el establecimiento de una serie de circuitos ambulatorios de *atención rápida y coordinada* para intentar llegar lo antes posible al diagnóstico y evitar demoras injustificadas en el tratamiento.

Cuando el dolor es crónico, con frecuencia existe multifactorialidad, agregación de patologías o fenómenos de sensibilización central; inicialmente se recomienda centrar la investigación en la localización y las características del dolor relatado por la paciente, pero sin descartar el estudio de los demás órganos o sistemas ni el inicio de medidas paralelas de valoración psicológica/neurológica ya desde un principio, no de manera secuencial.

La referencia de determinados miembros del equipo puede actuar de catalizador en la gestión de pruebas e interconsultas y favorecer el proceso, en cuanto que mejora el grado de confianza del paciente y enriquece y facilita la formación y capacitación del resto del equipo en esta área de salud.

Anamnesis

En la primera visita de una mujer con dolor pélvico persistente, la anamnesis es una pieza fundamental para conseguir un diagnóstico correcto y un enfoque terapéutico adecuado.

El profesional ha de disponer del tiempo suficiente y la paciente debe sentir que tiene la posibilidad de exponer su problema y de ser escuchada y creída. En muchos casos la propia paciente tendrá su propia idea para explicar el origen del dolor. La naturaleza multifactorial del dolor debe discutirse con la paciente y valorarse desde el inicio, a fin de diseñar un programa de manejo consensuado y centrado en la confianza con el equipo que la va a tratar, relación que es muy importante mantener[16].

Es fundamental realizar una anamnesis dirigida, por un lado, a definir el tipo de dolor y, por otro, a diagnosticar las posibles causas implicadas en su origen.

Respecto al tipo de dolor, hay que evaluar su duración, intensidad, localización y características (inflamatorio, neuropático, etc.), así como los factores agravantes (sedestación o deambulación) o que lo mejoran (reposo nocturno), los tipos de tratamiento recibidos y cómo lo modifican (respuesta a analgésicos y antiinflamatorios convencionales).

Respecto al origen del dolor, es imprescindible interrogar a la paciente sobre los siguientes aspectos:

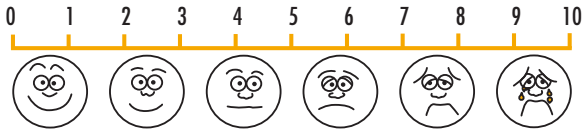


Figura 1. Escala visual analógica (EVA) del dolor. Clasificación de 0 a 10 en función de la intensidad del dolor (0= ausencia de dolor; 10= peor dolor imaginable)

- Antecedentes personales: cirugía pélvica, infecciones pélvicas, obesidad, trabajos de carga, antecedentes obstétricos (haciendo especial hincapié en los partos distócicos e instrumentales, los fetos macrosómicos y los desgarros), abusos sexuales e historia psicosexual, actividad deportiva (ciclismo), caídas, sedestación prolongada, traumatismos pélvicos, cirugía ortopédica.
- Enfermedades actuales: fibromialgia, cefaleas, colon irritable, ansiedad, depresión.
- Síntomas de dolor, o síntomas asociados, relacionados con:

– Aparato reproductor: dismenorrea (sea primaria, que suele corresponder a hiperalgesia visceral, o secundaria), dispareunia (superficial o profunda), existencia o antecedente de vulvovaginitis (sobre todo de repetición), infertilidad (de causa conocida o no).
– Aparato urinario: aumento de la frecuencia miccional, urgencia, disuria, dolor con el llenado vesical, nocturia, incontinencia, disfunción de vaciado.
– Aparato digestivo: estreñimiento, episodios diarreicos, distensión/hinchazón abdominal, tenesmo, disquecia, dolor anal, rectorragias.
– Aparato locomotor: dolor en la columna lumbosacra, dolor coccígeo, dificultades en la marcha.

Escalas de dolor

Para valorar la intensidad del dolor, es útil emplear la escala visual analógica (EVA) de dolor y la escala numérica, ambas con un diseño de fácil aplicación basado en una esquematización gráfica o alfanumérica donde el paciente señala su apreciación subjetiva de la intensidad del dolor[17] (figura 1).

En lo referente a la evaluación específica del dolor neuropático, la Sociedad Española del Dolor propone que las unidades del dolor unifiquen criterios respecto a los instrumentos de evaluación recomendables para el seguimiento clínico de los pacientes en tratamiento por este tipo de dolor, estableciendo una serie de escalas específicas y un ritmo apropiado para emplear cada una de ellas en la monitorización de cada caso. Se incluyen dentro de estos instrumentos, además de las EVA clásicas, la escala de ansiedad/depresión (HAD), la de dolor neuropático (DN4) y la de valoración de sueño (MOS); la inclusión de esta última se justifica porque, excep-

©2021 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

Tabla 1. Escalas de valoración de la gravedad del dolor neuropático y su repercusión en la calidad de vida

- Cuestionario DN4 para la detección del dolor neuropático
- Escala visual analógica del dolor: EVA dolor neuropático
- Índice de discapacidad de Oswestry
- Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD)
- Cuestionario SF-12 sobre el estado de salud
- Cuestionario del sueño Medical Outcomes Study (MOS)
- Escala de impresión de mejoría global del paciente (PGI-I)
- Escala de impresión de mejoría global del clínico (CGI-I)

to en dolores concretos, la afectación del sueño es vital para evaluar la gravedad del dolor[18,19] (tabla 1).

Algunas guías de práctica clínica recomiendan la realización de diarios de dolor[16,20].

Exploración física

Exploración en bipedestación

Se buscarán posibles alteraciones de la marcha, asimetrías de cadera y escoliosis de columna, así como la presencia de puntos gatillo en esa posición (músculo piramidal o piriforme), presionando digitalmente el trayecto del músculo y sus inserciones en el sacro y el trocánter mayor (figura 2).

Exploración abdominal en decúbito supino

Se buscarán hernias, cicatrices o tumoraciones, diástasis de rectos o cicatrices. También buscaremos puntos dolorosos en la pared abdominal (rectos anteriores, transversos...).

Exploración en la silla ginecológica

- Valoración de los genitales externos, el periné, la zona perianal y la zona inguinal con la finalidad de buscar lesiones, cicatrices y zonas de sensibilidad anómala, mediante la inspección y valoración de la sensibilidad de la vulva y el vestíbulo con hisopo. Puede ser de interés trasladar la exploración a un mapa de dolor metamérico que facilite el diagnóstico diferencial con las neuropatías periféricas.
- Valorar el reflejo bulbocavernoso: contracción refleja de los músculos estriados del suelo pélvico/esfínter anal en respuesta a diversos estímulos sobre el periné o la región genital, constatando la integridad funcional de la médula sacra S2-S4 y los nervios periféricos sacros. Realizar el Skin Rolling Test: se produce dolor al desplazar mediante una pinza con nuestros dedos piel y tejido celular subcutáneo desde el ano hacia el pubis sobre el trayecto de las ramas del nervio pudendo[21] (figura 3).
- Valoración del estado de los músculos del suelo pélvico mediante tacto vaginal. El objetivo es evaluar su integridad anatómica, su tono y capacidad de contraer y relajar. Esto permite identificar desgarros, zonas cicatriciales, hipertonía y dificultad en la relajación voluntaria de este grupo muscular.
- Identificación de puntos gatillo *(trigger points)* mediante el tacto vaginal unidigital. Los fascículos puborrectal, iliococcígeo e isquiococcígeo del músculo elevador del ano, y los músculos obturadores interno y externo son accesibles en la exploración por esta vía. La presión sobre estos puntos a menudo provoca dolor referido a la vagina, la vulva, el periné, el recto y la vejiga. El dolor puede incluso ser referido a zonas más distantes, como los muslos, las nalgas o el abdomen inferior. Suelen acompañarse de palpación de cordón a tensión en el músculo implicado. La infiltración con anestésico local alivia el dolor.

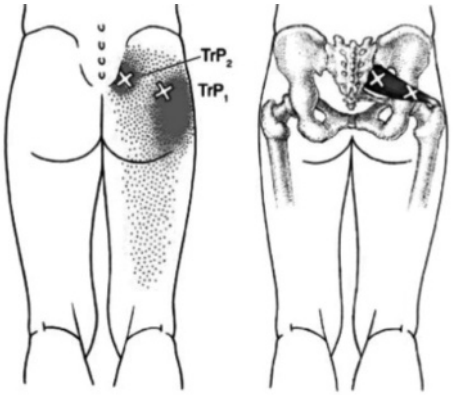


Figura 2. Puntos gatillo del músculo piramidal, en la exploración en bipedestación

Figura 3. Skin Rolling Test. Valoración de síntomas por neuropatía pudenda

©2021 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

- Exploración del trayecto del nervio pudendo y búsqueda del signo de Tinel (reproducción del dolor al presionar el tronco del nervio pudendo en la espina ciática o en el canal de Alcock por tacto vaginal).
- Valoración del aparato genital interno mediante el tacto bimanual, para descartar tumoraciones dependientes del útero o los anexos (neoplásicas, endometriósicas, inflamatorias...).
- Valoración del esfínter anal, los ligamentos uterosacros, el tabique rectovaginal y el cóccix mediante el tacto rectal, palpando directamente en búsqueda de dolor localizado en esas estructuras.
- Adicionalmente, el músculo piramidal también puede explorarse por tacto vaginal palpando por encima de la espina ciática, o bien colocando a la paciente en decúbito supino, con la cadera y la rodilla flexionadas, y solicitándole que haga una rotación lateral de cadera; la abducción contra resistencia de la cadera afectada, con el paciente sentado, genera dolor (maniobra de Pace), o bien se desencadena dolor en la nalga con la rotación interna forzada de la cadera en extensión de la extremidad (maniobra de Freiberg)[22,23].
- Una vez realizada la exploración neuromuscular, completaremos la exploración física con la introducción del espéculo (primero ensamblado y posteriormente desmontado en valvas) para inspeccionar el cérvix y cada una de las paredes vaginales y de este modo descartar la presencia de prolapso de órganos pélvicos, de procesos inflamatorios/neoplásicos o de nódulos endometriósicos submucosos. También valoraremos el trofismo vaginal y la existencia de flujo/leucorrea. La exploración con espéculo la aprovecharemos para la toma de citología cervicovaginal, de cultivos y del estudio de pH (cuando sospechemos que estamos ante un proceso infeccioso agudo, sería recomendable realizar estas pruebas antes de realizar la exploración física endovaginal).

Pruebas complementarias

Las pruebas complementarias se realizarán en función de la clínica o la sospecha diagnóstica.

Pruebas de laboratorio

- Analítica de sangre con hemograma para valorar leucocitosis y velocidad de sedimentación; proteína C reactiva como prueba complementaria en procesos inflamatorios; CA-125 ante sospecha de procesos neoplásicos o endometriosis.
- Análisis sistemático de orina para descartar leucocituria y microhematuria; urocultivo; test de embarazo.
- Comprobar citología cervicovaginal reciente o actual.
- Cultivo de exudado vaginal y endocervical como parte del estudio de enfermedades de transmisión sexual (clamidia y gonococia), o para reforzar la sospecha diagnóstica de enfermedad inflamatoria pélvica.
- Análisis de sangre oculta en heces: se realizará en caso de sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal o en presencia de antecedentes familiares, o según el programa de cribado existente.

Pruebas de imagen

Es esencial la realización sistemática de ecografía transvaginal y abdominopélvica, y si se sospecha patología rectal o del tabique rectovaginal es aconsejable hacer una ecografía endoanal.

La realización de otras pruebas de imagen (endoscopias, resonancia magnética nuclear, tomografía axial computarizada...) debería fundamentarse en criterios sólidos y ante sospecha franca de patología orgánica. No son pruebas que deban llevarse a cabo en los primeros escalones asistenciales.

Valoración psicológica

La valoración psicológica básica, incluyendo la búsqueda de indicios de abusos sexuales pasados o presentes, está especialmente indicada en todos los dolores subagudos o crónicos desde el inicio. Una historia de abusos posibilita *per se* el desencadenamiento de reacciones que aumentan la vulnerabilidad del individuo ante cualquier estímulo nociceptivo.

Algoritmo para el diagnóstico del dolor pélvico

En la figura 4 se muestra un esquema de actuación en el diagnóstico y manejo del dolor pélvico.

Tratamiento inicial

El éxito de las diferentes terapias para abordar el dolor pélvico está condicionado por el tipo, el origen y el tiempo de evolución.

- En el dolor de origen somático o visceral de tipo agudo o de corta evolución, suele ser suficiente el empleo de analgésicos simples junto con el tratamiento etiológico específico de la patología sospechada.
- En el dolor de tipo crónico con sospecha de sensibilización central o en el dolor neuropático, además de analgésicos simples, será preciso utilizar otros fármacos (antidepresivos, anticonvulsivos, opiáceos...), en el marco de un abordaje multimodal en el que también se valorarán técnicas fisioterapéuticas, bloqueos analgésicos nerviosos o determinadas intervenciones quirúrgicas.

Tratamiento farmacológico

Según su intensidad, podemos clasificar cualquier dolor en leve, moderado, intenso e insoportable. A la hora de plan-

©2021 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

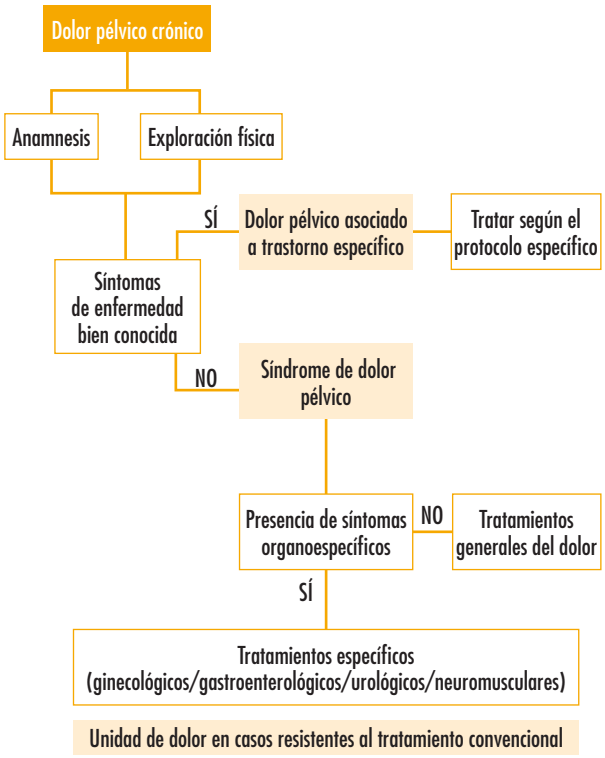


Figura 4. Algoritmo para el diagnóstico y manejo del dolor pélvico

tearnos su abordaje terapéutico, existen una serie de objetivos que debemos alcanzar: minimizar o eliminar la sensación de malestar del paciente, facilitar la recuperación del proceso agudo y eliminar o controlar de una forma efectiva los efectos secundarios asociados al tratamiento.

Tratamiento farmacológico según la intensidad del dolor

El correcto tratamiento farmacológico del dolor se fundamenta en la utilización de la escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que distingue tres escalones dependiendo en gran medida de la intensidad del dolor:

- En los cuadros de dolor con una intensidad entre *leve y moderada*, los fármacos de elección son los analgésicos periféricos o los antiinflamatorios no esteroideos (AINE); se trata de un amplio grupo de fármacos que no presentan ninguna capacidad de fijación a los receptores opiáceos y que se caracterizan por tener tres efectos comunes: analgésico, antiinflamatorio y antitérmico.
- En los cuadros de *dolor intenso* están recomendados los opioides menores, a los que se pueden asociar AINE.
- Cuando la intensidad del dolor pasa a considerarse como *severa o insoportable*, hay que intentar controlarlo mediante la administración de opioides potentes, sean solos o en combinación con AINE.

En los casos de *dolor neuropático* puede no ser válido el patrón de la OMS, y los fármacos se emplearían en función de la etiología del dolor pero asociados a antiepilépticos y antidepresivos (tabla 2).

Tipos de fármacos más utilizados en el tratamiento del dolor

Analgésicos

Los agentes de acción periférica que cuentan con mayor evidencia terapéutica en las dosis habituales son el paracetamol (nivel de evidencia 1b, grado de recomendación A), los AINE (nivel de evidencia 1a, grado de recomendación B), los antagonistas de la COX-2 (nivel de evidencia 1b, grado de recomendación A), el clonixinato de lisina, el metamizol y el diclofenaco. Están especialmente indicados en casos de dolor agudo o de corta evolución, y como complemento de otros analgésicos en caso de DPC.

Los fármacos con un mecanismo principalmente central están representados por los opioides (codeína, tramadol, buprenorfina, metadona, petidina, morfina, hidromorfona y fentanilo). Están indicados en el dolor de intensidad moderada/severa, en el DPC (nivel de evidencia 1a, grado de recomendación A) y en el dolor neuropático (nivel de evidencia 1a, grado de recomendación A)[24].

Antidepresivos

Los antidepresivos son de utilización común en el contexto del tratamiento multimodal del dolor, además de para tratar comorbilidades en estos pacientes, como son la propia depresión inducida por el dolor y la ansiedad[25].

Los criterios que justifican el uso de los antidepresivos como tratamiento coadyuvante se sustentan en la posibilidad de que la terapia conjunta permita aliviar el dolor, potenciar el efecto de los analgésicos, disminuir la toxicidad de éstos, reducir los requerimientos de opiáceos, mejorar los síntomas asociados a síndromes dolorosos y tratar trastornos psicológicos concomitantes como el insomnio, la ansiedad y la depresión.

Disponen de más evidencia científica como coadyuvantes en el dolor neuropático (nivel de evidencia 1a, grado de recomendación A) que en el dolor pélvico en general (nivel de evidencia 3, grado de recomendación C)[26] (tabla 2).

Pueden utilizarse los antidepresivos tricíclicos (amitriptilina) y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y norepinefrina (citalopram, duloxetina, venlafaxina).

©2021 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

Tabla 2. Fármacos utilizados para el tratamiento del dolor neuropático. Dosis y efectos secundarios

Categoría/fármaco	Dosis sugerida (guías)	Efectos secundarios
Antidepresivos tricíclicos		
Amitriptilina	Comenzar con dosis de 10-25 mg/día; puede incrementarse 10-25 mg cada 4-7 días si es bien tolerada. Dosis máxima: 150 mg/día. Fraccionar la dosis	Boca seca, somnolencia, mareo, visión borrosa, estreñimiento, arritmia (ECG en mayores de 40 años)
Nortriptilina		
Desipramina		
Imipramina		
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina/norepinefrina		
Duloxetina	Comenzar con dosis de 30 mg/día e incrementar hasta 60 mg/día en 2 tomas	Mareo, fatiga, náuseas, somnolencia, boca seca, estreñimiento
Venlafaxina	Comenzar con dosis de 37,5 mg/día e incrementar semanalmente hasta 75 mg. Dosis máxima: 225 mg/día	Sudoración, pérdida de peso, náuseas, boca seca, somnolencia, mareo, elevación de la presión arterial, arritmia
Anticonvulsivos		
Gabapentina	Comenzar con dosis de 300 mg/día e incrementar semanalmente hasta 900 mg/día. En el paciente anciano, comenzar con 100 mg/día	Mareo, somnolencia, visión borrosa, comportamiento hostil
Pregabalina	Comenzar con dosis de 75 mg en 2 tomas e incrementar semanalmente 75 mg. Dosis máxima: 300 mg/día	Ganancia de peso, somnolencia, mareo, visión borrosa, dificultad para pensar
Topiramato	Comenzar con 50 mg en 2 tomas e incrementar 50-100 mg semanalmente hasta los 200-400 mg/día en 2 dosis	Síntomas gastrointestinales, diarrea, pérdida de apetito y de peso, náuseas, mareo, parestesia, pérdida de concentración, somnolencia, fatiga
Agentes tópicos		
Parches de capsaicina al 8%	Comenzar la aplicación durante 60 minutos. No aplicar con una frecuencia superior a cada 3 meses	Dolor, exantema. Elevación de la presión arterial durante el tratamiento
Parches de lidocaína al 5%	Cortar el tamaño adecuado y aplicar sobre la piel hasta 12 h en periodos de 24 h	Irritación local, raros efectos de toxicidad sistémica (ligero mareo, adormecimiento, doble visión, bradicardia)

Las dosis de antidepresivos tricíclicos suelen ser inferiores a las empleadas en el tratamiento de la depresión endógena.

La amitriptilina se administra en una dosis inicial de 10 mg por la noche, con incrementos de 10 mg cada 5 × 7 días en ausencia de efecto o presencia de efectos secundarios; la dosis máxima es de 150 mg/día durante 6 semanas, con reevaluación posterior[20].

En cuanto a las contraindicaciones y precauciones, debe hacerse un empleo cuidadoso de estos fármacos en los pacientes con antecedentes cardiovasculares, dado que aumentan la posibilidad de que aparezcan arritmias, bloqueos, infarto de miocardio o accidente cerebrovascular; del mismo modo, en el hipotiroidismo incrementan el riesgo de toxicidad cardiovascular.

Por otra parte, elevan el riesgo de alteraciones psicóticas en sujetos con esquizofrenia y disminuyen el umbral convulsivo, por lo que hay que tener especial cuidado en los pacientes epilépticos.

Por sus efectos anticolinérgicos, no es aconsejable su uso en individuos con glaucoma de ángulo cerrado, ni en la hipertrofia prostática o cuando existan procesos obstructi-

©2021 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

vos de las vías urinarias, pues incrementan el riesgo de retención urinaria.

Se debe realizar un ajuste posológico en los pacientes con insuficiencia hepática y/o renal, ya que la disminución de los procesos metabólicos y/o su eliminación pueden aumentar el riesgo de toxicidad.

Se recomienda la suspensión escalonada de la medicación antidepresiva.

Anticonvulsivos

No tienen indicación en el dolor agudo[28].

Suelen usarse en combinación con los otros grupos terapéuticos en los casos de dolor crónico no oncológico y neuropático[27], raramente como primera elección.

La guía de práctica clínica de DPC de la European Association of Urology contempla su utilización en casos de contraindicación, efectos secundarios o fallo de tratamiento inicial con antidepresivos[20].

La pregabalina y la gabapentina son neuromoduladores selectivos del almacenamiento de neurotransmisores en varias regiones del cerebro y de la cadena lateral de la espina dorsal. Son útiles en pacientes con dolor neuropático, alodinia e hiperalgesia (nivel de evidencia 1a, grado de recomendación A).

En el caso de la pregabalina, se recomienda comenzar con una dosis de 75 mg/12 h, y luego incrementar cada semana una de las tomas 75 mg, hasta alcanzar un máximo de 300 mg/día. Se ha de informar a la paciente sobre la posible aparición de efectos secundarios, como somnolencia, ganancia de peso, sensación de mareo, visión borrosa y bradipsiquia, habitualmente bien tolerados.

Para una información más detallada sobre las interacciones de los distintos fármacos descritos, puede consultarse la siguiente página web: http://www.imedicinas.com/GPTage/Open.php?Y2FBMXNlMDQ%3D.

Estudio y tratamiento especializado de la paciente con dolor pélvico crónico

Atención por un equipo multidisciplinar

Estará indicada la derivación a un equipo profesional especializado en DPC en aquellos casos que se presenten con una mala evolución a los tratamientos iniciales, ausencia de hallazgos específicos que expliquen el cuadro doloroso y comorbilidad sintomática desde el inicio con evidente afectación psicológica de la paciente.

Estos equipos tienen que poder ofrecer un abordaje multidisciplinar; el objetivo es conseguir el mejor resultado en el menor tiempo posible, a fin de disminuir la temida morbilidad neurológica agregada de los dolores crónicos, que merma las posibilidades de curación completa de la patología. Para ello se ha de crear una red de trabajo y una vía que permita la mayor eficiencia en el diagnóstico temprano del dolor, basándose en el empleo de guías clínicas actualizadas y la optimización de pruebas diagnósticas por la mayor especialización del facultativo que la solicita.

Dentro de esta estructura de equipo se incluyen anestesiólogos de unidades de dolor, ginecólogos, urólogos, gastroenterólogos, coloproctólogos, fisioterapeutas, psicólogos clínicos, rehabilitadores y enfermería hospitalaria, siendo también precisa la colaboración de facultativos y enfermería de atención primaria para la captación y derivación de pacientes desde el primer nivel asistencial.

Mediante reuniones periódicas o sesiones clínicas específicas, podrán valorarse las necesidades o los avances concretos de los casos clínicos más complejos, evitándose de este modo uno de los factores más desfavorables en esta patología: el paso del tiempo sin un diagnóstico o tratamiento adecuado.

Diagnóstico especializado del dolor pélvico crónico por un equipo multidisciplinar

Siempre que existan dudas tras la aplicación de la metodología diagnóstica básica, puede solicitarse la realización de pruebas complementarias, cuya indicación dependerá de la patología que se quiera descartar:

- Ecografía abdominal y endoanal: complementa la ecografía transvaginal ante sospecha de patología extraginecológica o con extensión fuera de la pelvis.
- Uretrocistoscopia: se realiza cuando se sospecha síndrome de dolor vesical/cistitis intersticial y síndrome uretral.
- Pielografía descendente: ante sospecha de patología de la vía excretora urológica.
- Tomografía axial computarizada abdominopélvica: en caso de sospecha de masas pélvicas y para la valoración de los órganos pélvicos.
- Resonancia magnética nuclear de la pelvis y la columna: aclara o complementa los hallazgos de otras pruebas de imagen en la zona pélvica, así como patología inflamatoria, neoplásica o morfológica en la columna vertebral sospechosa de daño medular o raíces y plexos nerviosos.
- Estudio electrofisiológico: se realiza si se sospecha lesión del nervio pudendo.
- Eco-Doppler de vasos pudendos: ante síntomas de lesión del nervio pudendo.
- Laparoscopia diagnóstica: ante la sospecha de una masa pélvica de etiología desconocida o ante una falta de

©2021 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

datos tras el examen y las pruebas básicas de imagen (el 40% de las laparoscopias diagnósticas se realizan por DPC y, de ellas, el 40% muestran una pelvis normal; de las que evidencian patología, el 85% muestran endometriosis o adherencias)[28,16].

Tratamiento especializado del dolor pélvico crónico por un equipo multidisciplinar

Psicoterapia

Es dirigida por profesional experto e incluye terapia conductual, terapias de grupo y *biofeedback*. Resulta especialmente útil en casos de DPC y en pacientes con patología psicológica franca o con historia pasada o actual de abusos sexuales. La integración del tratamiento psicológico al resto de tratamientos mejora los resultados (nivel de evidencia 1a, grado de recomendación A)[29].

Técnicas neuroablativas y bloqueos nerviosos

Estas técnicas pretenden reducir el dolor a través de la interrupción de las vías nerviosas periféricas. Pueden ser quirúrgicas (neurectomía presacra y ablación de los ligamentos uterosacros por vía laparoscópica) o no quirúrgicas (tratamientos neurolíticos con fenol, crioablación o termoablación).

Las técnicas laparoscópicas neuroablativas son técnicas de uso limitado en la práctica, bien por su dificultad técnica y alto grado de complicaciones[30], bien porque no han demostrado que su eficacia se mantenga en el tiempo[31]. La principal indicación sigue siendo la dismenorrea primaria y el dolor asociado a endometriosis pélvica resistente al tratamiento médico[32-34].

El bloqueo del plexo hipogástrico superior, a través de fluoroscopia o guiado mediante tomografía computarizada, puede reducir el dolor pélvico oncológico y no oncológico, disminuyendo su intensidad y el consumo de analgésicos, y mejorando los parámetros evaluados de calidad de vida.

El bloqueo del ganglio de Walter o ganglio impar de localización retroperitoneal en la cadena simpática prevertebral a nivel de la unión sacrococcígea permite controlar el dolor de la parte distal del recto, el ano, la uretra inferior, el tercio inferior de la vagina, y la vulva. La neurolisis se puede llevar a cabo mediante infiltración o por radiofrecuencia, y se considera un complemento del bloqueo del plexo hipogástrico en el dolor de tipo visceral, somático y neuropático procedente de estructuras perineales y pélvicas[35,36].

Con la neuromodulación sacra se dispone de experiencia en los casos de síndrome de dolor vesical/cistitis intersticial; fuera de esta indicación, sólo se emplea de forma ocasional[37,38].

Técnicas fisioterapéuticas

Su indicación fundamental es el dolor pélvico de tipo miofascial. Dado que este diagnóstico es clínico (basado en los hallazgos característicos en la historia y la exploración física, que incluyen la valoración de los ligamentos, las fascias y los músculos del abdomen y la pelvis), el tratamiento sólo será eficaz en caso de disfunción musculoesquelética específica con existencia y reconocimiento de puntos gatillo en la musculatura abdominal o pélvica[39].

Las similitudes del dolor en cuanto a su localización y los patrones cíclicos dificultan en gran medida la diferenciación entre el dolor de origen musculoesquelético y el dolor pélvico ginecológico, sobre todo si el clínico concede al segundo mayor importancia de la que tiene, prescindiendo del beneficio de una exploración física adecuada. Hay que señalar que este dolor disminuye habitualmente en reposo y cambia de intensidad y localización con las variaciones de postura y con actividades mecánicas específicas[40].

En estos casos las pacientes pueden beneficiarse de terapia física, comenzando por la reeducación de hábitos negativos y la corrección de las alteraciones biomecánicas (si existen), para seguir con técnicas de liberación miofascial (inducción fascial, estiramiento de músculos, masaje de la zona afectada) y reeducación muscular (ejercicios de Kegel, *biofeedback*...), asociadas a otras técnicas fisioterapéuticas como parte de un abordaje multidisciplinar[41-44].

En casos de DPC asociado a espasmo de fascículos del elevador del ano, se han comunicado buenos resultados tras la infiltración de toxina botulínica tipo A en la musculatura afectada, con la que se consigue una relajación inmediata y alivio del dolor. También se han utilizado inyecciones intravesicales de toxina botulínica en pacientes con síndrome de dolor vesical[45,46].

Otras técnicas que pueden utilizarse son los ultrasonidos, la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS) o electroestimulación de la musculatura contracturada o dolorosa mediante electrodos de superficie o electrodos de aplicación vaginal en caso de afectación del músculo elevador del ano. La neuromodulación sacra se ha aplicado con éxito en síndromes dolorosos complejos pélvicos y en dolor de tipo neuropático[47-50].

Resumen

El DPC es una patología de alta prevalencia que presenta:

- Afectación de estructuras con un mismo origen embriológico: el seno urogenital.
- Diferentes cuadros orgánicos con bases fisiopatológicas posiblemente similares.

©2021 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

- Comorbilidades asociadas (lo que puede llevar a la superposición de síntomas).
- Una etiología muchas veces desconocida.
- Una terminología confusa y variable.
- Un diagnóstico establecido muchas veces por exclusión, tras la realización de múltiples pruebas.
- Un tratamiento con múltiples posibilidades y resultados dispares.

En un elevado número de casos, no se identifica la causa fisiopatológica o daño subyacente al DPC. Ello contribuye a que muchas veces las pacientes sufran un verdadero peregrinaje de unos especialistas a otros, lo que conlleva importantes retrasos en el diagnóstico o el tratamiento de la patología, con una alta variabilidad en la práctica clínica.

El objetivo principal de la Sección de Suelo Pélvico de la SEGO con la elaboración del protocolo actual, así como con otras publicaciones previas, es facilitar el conocimiento de esta patología y contribuir a la adquisición de las habilidades necesarias para, mediante un abordaje multimodal (multidisciplinario y simultáneo), poder establecer lo más rápidamente posible un diagnóstico e instaurar un tratamiento etiológico o al menos sintomático (tratamiento del dolor) si no se conoce la causa específica[50].

De esta manera se favorece una adecuada prevención secundaria del DPC, mediante la identificación de los factores etiológicos que favorecen la cronificación, la sensibilización central-memoria del dolor y la repercusión psicobiofísica del problema.

ANEXO 1

¿Qué entendemos por dolor pélvico?

La región pélvica puede ser asiento de una gran variedad de procesos dolorosos, tanto en lo que respecta a su manifestación en el tiempo (agudo, subagudo o crónico) como en relación con los diversos órganos o sistemas posiblemente implicados (urológico, ginecológico, musculoesquelético y el propio sistema nervioso somático o autónomo), pudiendo establecerse fenómenos de multifocalidad, sinergia, interferencia o desarrollo de respuestas dolorosas anormales, sobre todo en aquellos casos en que el dolor no se resuelve a corto plazo y se cronifica.

El dolor localizado en la parte baja del abdomen y la región pélvica y perineal puede ser una señal de advertencia de lesión tisular aguda o crónica de los órganos contenidos, o puede haberse convertido en una afección crónica en la que ya no podamos encontrar patología identificable por sensibilización del sistema nervioso y memoria del dolor, convirtiéndose el dolor en una enfermedad en sí misma[2].

Dolor pélvico agudo

Cualquier dolor pélvico en la mujer es causa habitual de consulta, siendo los ginecólogos frecuentemente requeridos para realizar diagnósticos diferenciales. Sin embargo, el componente fundamental cuando el proceso es agudo es identificar con rapidez la presencia de condiciones que amenazan la vida y, por lo tanto, exigen una intervención quirúrgica inmediata, como la hemorragia grave de ruptura de un embarazo ectópico o una perforación apendicular inminente.

El dolor agudo se define como un dolor de inicio brusco, intenso y localizado, normalmente de duración limitada y que puede asociarse a una serie de cambios fisiológicos (sudoración, taquicardia, hipertensión arterial, etc.); lo más importante, tanto para el paciente como para el médico, es conseguir un alivio rápido del dolor y obtener una potencia analgésica adecuada una vez que se inicia el tratamiento. El dolor agudo está constituido por una compleja constelación de experiencias sensoriales, perceptuales y emocionales desagradables; a ello se le suma una respuesta de estrés a la agresión dolorosa, que se traduce en la puesta en marcha de una serie de reacciones neurovegetativas de defensa que pueden acompañarse, a su vez, de un cuadro de ansiedad. Este cuadro varía según la naturaleza de la agresión y de la propia estructuración psicológica del individuo[3].

El dolor agudo se produce tras la activación de neuronas sensitivas primarias o nociceptores ante un estímulo o una lesión potencialmente perjudicial, lo que alerta al organismo de una lesión (o posible lesión) y desencadena respuestas vegetativas encaminadas a reparar el daño; habitualmente la sensación desaparece en un tiempo breve. Se trata de una respuesta de tipo adaptativo del sistema nervioso normal. Si persiste la estimulación de nuevos receptores, el dolor agudo puede perdurar pero no tiene por qué cronificarse, resolviéndose puntualmente por la misma vía descrita. La intensidad del síntoma doloroso agudo acostumbra a ser proporcional al daño tisular y el diagnóstico causal suele realizarse con facilidad mediante la anamnesis, la exploración física y pruebas de imagen. En general existe una relación causal bien definida, y el tratamiento suele ser más efectivo que en los casos de dolor crónico (en cambio, en el dolor crónico o persistente se pierde la finalidad del dolor, lo que representa una alteración del procesamiento nervioso)[4].

Gran parte de los casos de dolor pélvico agudo en ginecología los solucionará el profesional que reciba a la paciente (muchas veces de urgencia), centrándose en descartar procesos inflamatorios, funcionales (ovulatorios, torsión de órganos), complicaciones del embarazo, etc., y sin necesidad de intermediación o valoración por otros especialistas.

©2021 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

Este axioma también es válido para los dolores agudos de causa urológica o gastroenterológica.

Proceso de transición de un dolor pélvico agudo a crónico

Lo que parece claro es que, una vez pasada la fase aguda del dolor y tras haber administrado el tratamiento analgésico y etiológico del cuadro causal, cualquier dolor persistente debe alertar y llevar a la búsqueda sistemática de errores en el diagnóstico inicial (replanteamiento diagnóstico), al diagnóstico de nuevas complicaciones o insuficiencia del tratamiento analgésico; el objetivo es reconducir la situación hacia la curación y evitar la estimulación continua y anómala de las vías del dolor. Al ser la señal dolorosa mediada y transmitida por el sistema nervioso, con el paso del tiempo la persistencia del estímulo doloroso o la propia alteración de la señal hacen que el diagnóstico sea más complejo y que en ocasiones el tratamiento no sea satisfactorio en cuanto a cese del dolor. El dolor es una sensación subjetiva, que siempre es diferente de unos individuos a otros, e incluso en un mismo individuo a igualdad de estímulo doloroso.

Debido a las características de la transmisión de la señal dolorosa y la complejidad inherente a las redes de transmisión, la elaboración de la sensación dolorosa y su integración a nivel del córtex, ésta puede alterarse en caso de persistencia del estímulo que provoca el dolor inicialmente (estímulo nociceptivo), pudiendo llegar a mantenerse la situación del dolor, incluso permanentemente, después de haber desaparecido la causa original. Sabemos que el dolor es una sensación que puede llegar a percibirse incluso en ausencia de un órgano o una parte del cuerpo, como sucede en los casos de «miembro fantasma».

Cuando hablamos de dolor crónico en el que llega a producirse sensibilización periférica o central, pueden aparecer síntomas como la alodinia e hiperalgesia. Estos cuadros también pueden desarrollarse por daño neuropático, sin que tenga que ser un dolor de tipo crónico.

La hiperalgesia es una percepción de dolor incrementado o intenso ante estímulos que normalmente producen dolor. La alodinia es una respuesta dolorosa ante un estímulo que habitualmente no es doloroso. El dolor espontáneo es el que aparece en ausencia de estímulos.

Dolor pélvico crónico

El contexto clínico del dolor pélvico agudo y del dolor pélvico crónico (DPC) es muy diferente y, por tanto, el consumo de recursos diagnósticos y terapéuticos también lo suele ser.

El DPC se define como aquel «dolor no cíclico de al menos 6 meses de duración localizado en la pelvis anatómica, la zona lumbosacra, las nalgas, la pared abdominal anterior o por debajo del ombligo, y que es lo suficientemente severo para causar incapacidad funcional o requerir atención médica» (ACOG).

Es un problema que tiene un impacto significativo en la calidad de vida de las pacientes. Muchos trastornos urológicos, gastrointestinales o ginecológicos pueden ser causas aisladas o asociadas de DPC y a menudo propician un dilema diagnóstico en la consulta ginecológica o general. El DPC a menudo coexiste con otras patologías orgánicas, y tiene importantes implicaciones psicológicas, derivadas en muchos casos de las diferencias socioculturales y de género en la percepción del dolor. Tiende a considerarse como un síndrome, más que como un signo, ya que induce modificaciones psicológicas, biológicas, sociales, laborales y de la esfera sexual que requieren un abordaje amplio por equipos multidisciplinares.

Seis meses de dolor es un estándar común para enfermedades crónicas y, por lo tanto, de una manera arbitraria se ha utilizado para definir el DPC[5], siendo el momento a partir del cual los cambios emocionales y de comportamiento observados en pacientes con DPC se hacen clínicamente relevantes[6].

El DPC se presenta en la consulta con un amplio abanico de formas, localizaciones, intensidades, consecuencias psicológicas y tiempos de evolución; en cualquier caso, siempre conviene poner en marcha lo antes posible el protocolo diagnóstico y terapéutico del DPC, incluso en las pacientes que consultan antes de los 6 meses de permanencia de síntomas.

Prevalencia del dolor pélvico crónico

Los estudios epidemiológicos han documentado que los síndromes de DPC urogenital en varones y mujeres constituyen una patología muy prevalente; tanto es así que alrededor del 15% de las mujeres en edad reproductiva sufren DPC[5,7-9].

Conocer la prevalencia del DPC es importante de cara a tomar medidas desde la perspectiva de la salud pública: es necesario diseñar estrategias que permitan su identificación temprana, mediante un abordaje multidisciplinario de los posibles casos, y con ello reducir la carga de enfermedad que representa el DPC y minimizar el deterioro en la calidad de vida de la población femenina.

Comorbilidades en el dolor pélvico crónico

Se estima que el 25-50% de las mujeres con DPC que reciben atención médica tienen más de un diagnóstico, y que muchos de estos cuadros comparten características con otros cuadros somáticos funcionales, generalizados o localizados fuera de la pelvis[10].

©2021 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

Las pacientes con más de un sistema orgánico implicado en el DPC tienen mayor dolor que las que presentan síntomas derivados de un solo sistema[11].

ANEXO 2. TRASTORNOS UROLÓGICOS, GASTROINTESTINALES O GINECOLÓGICOS QUE PUEDEN SER CAUSA AISLADA O ASOCIADA DE DOLOR PÉLVICO CRÓNICO

- **Causas ginecológicas:** dismenorrea primaria y secundaria, síndrome premenstrual, endometriosis-adenomiosis, enfermedad inflamatoria pélvica cronificada, síndrome de ovario remanente, adherencias posquirúrgicas, vulvovaginitis, vestibulitis, vulvodinia, bartolinitis crónica, complicaciones posquirúrgicas de los genitales externos (episiorrafia, colporrafias), prolapso de órganos pélvicos o varices pélvicas.
- **Causas urológicas:** síndrome de dolor vesical/cistitis intersticial, disinergias y síndrome uretral.
- **Causas gastrointestinales:** síndrome del intestino irritable, enfermedades inflamatorias intestinales (enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa...), adherencias posquirúrgicas densas, enfermedad diverticular, endometriosis intestinal, isquemia intestinal, cáncer colorrectal, enfermedad celiaca y proctalgias.
- **Trastornos musculoesqueléticos:** neuralgia del pudendo, fibromialgias, síndrome miofascial de la pared abdominal, síndrome miofascial del elevador del ano, síndrome del músculo piriforme, neuralgia del nervio ilioinguinal, iliohipogástrico o genitofemoral, dolor lumbosacro, dolor perineal posparto y coccigodinia.
- **Otros:** depresión, hiperalgesias, trastornos psicosomáticos, disfunción psicosexual (incluidos los abusos sexuales, pasados o actuales) y porfiria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Foley KM, Posner JB. Pain and its management. En: Cecil Textbook of Medicine, 18.ª ed. Filadelfia: WB Saunders, 1988; 104-112.
2. Montero-Homs J. Dolor nociceptivo, dolor neuropático y memoria de dolor. Neurología. 2009; 24(6): 419-422.
3. Sociedad Española del Dolor: www.portalsedolor.es/areastemáticas
4. Engeler D, Baranowski AP, Elneil S, Hughes J, Messelink EJ, Oliveira P, et al. Guidelines on Chronic Pelvic Pain. European Association of Urology, 2012.
5. Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Jenkinson CP, Dawes MG, Barlow DH, et al. The community prevalence of chronic pelvic pain in women and associated illness behaviour. Br J Gen Pract. 2001; 51(468): 541-547.
6. Williams RE, Hartmann KE, Steege JF. Documenting the current definitions of chronic pelvic pain: implications for research. Obstet Gynecol. 2004; 103(4): 686-691.
7. Mathias SD, Kuppermann M, Liberman RF, Lipschutz RC, Steege JF. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. Obstet Gynecol. 1996; 87(3): 321-327.
8. Stones RW, Price C. Health services for women with chronic pelvic pain. J R Soc Med. 2002; 95(11): 531-535.
9. Latthe P, Lathe M, Say L, Gülmezoglu M, Khan KS. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. BMC Publ Health. 2006; 6: 177.
10. Warren JW, Morozov V, Howard FM. Could chronic pelvic pain be a functional somatic syndrome? Am J Obstet Gynecol. 2011; 205(3): 199.e1-199.e5.
11. Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Jenkinson CP, Dawes MG, Barlow DH, et al. Chronic pelvic pain in the community –symptoms, investigations, and diagnoses. Am J Obstet Gynecol. 2001; 184(6): 1.149-1.155.
12. Vercellini P, Daguati R, Abbiati A. Chronic pelvic pain. En: Arici A, Seli E, eds. Non-Invasive Management of Gynecologic Disorders. Londres: Informa Healthcare Publishing Group, 2008; 33-51.
13. Howard FM. Chronic pelvic pain. Obstet Gynecol. 2003; 101(3): 594-611.
14. Merskey H, Bogduk N. Classification of Chronic Pain. Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms. IASP Press, 2002.
15. Prendergast SA, Weiss JM. Screening for musculoskeletal causes of pelvic pain. Clin Obstet Gynecol. 2003; 46(4): 773.
16. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). The Initial Management of Chronic Pelvic Pain. Green-top Guideline n. 41. RCOG, mayo de 2012.
17. Price D, McGrath P, Rafii A, Buckingham B. The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain. Pain. 1983; 17(1): 45-56.
18. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: an updated literature review. J Psychosom Res. 2002; 52(2): 69-77.
19. De la Calle. Recomendaciones sobre el empleo de escalas en el dolor neuropático de la SED. Disponible en: http://dn.areastematicas.com/recomendaciones
20. Fall M, Baranowski AP, Elneil S, Engeler D, Hughes J, Messelink EJ, et al.; European Association of Urology. EAU guidelines on chronic pelvic pain. Eur Urol. 2010; 57(1): 35-48.
21. Labat JJ, Riant T, Robert R, Amarenco G, Lefaucheur JP, Rigaud J. Diagnostic criteria for pudendal neuralgia by pudendal nerve entrapment (Nantes criteria). Neurourol Urodyn. 2008; 27(4): 306-310.
22. Pleguezuelos E, Merí A, Guirao Ll, Moreno E, Pérez ME, Sanz P. Atlas de puntos clave musculares en la práctica clínica. Buenos Aires-Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2008.
23. Ruiz-Arranz JL, Alfonso Venzalá I, Villalón Ogayar J. Síndrome del músculo piramidal. Diagnóstico y tratamiento. Presentación de 14 casos. Rev Esp Cir Ortop Traumatol. 2008; 52(6): 359-365.
24. Eisenberg E, McNicol E, Carr DB. Opioids for neuropathic pain. Cochrane Database Syst Rev. 2006; (3): CD006146.
25. Bajwa ZH, Simopoulus TT, Pal J, Kraemer JJ, Chopra P, Nagda JV, et al. Low and therapeutic doses of antidepressants are associated with similar response in the context of multimodal treatment of pain. Pain Physician. 2009; 12(5): 893-900.
26. Saarto T, Wiffen PJ. Antidepressants for neuropathic pain. Cochrane Database Syst Rev. 2007; (4): CD005454.
27. Wiffen P, Collins S, McQuay H, Carroll D, Jadad A, Moore A. Anticonvulsant drugs for acute and chronic pain. Cochrane Database Syst Rev. 2005; (3): CD001133.
28. Mollo M, Bautrant E, Rossi-Seignert AK, Collet S, Boyer R, Thiers-Bautrant D. Evaluation of diagnostic accuracy of colour duplex scanning, compared to electromyography, diagnostic score and surgical outcomes, in pudendal neuralgia by entrapment: a prospective study on 96 patients. Pain. 2009; 142(1-2): 159-163.
29. Vercellini P, Somigliana E, Viganò P, Abbiati A, Barbara G, Fedele L. Chronic pelvic pain in women: etiology, pathogenesis and

©2021 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

diagnostic approach. Gynecol Endocrinol. 2009; 25(3): 149-158.
30. Morley SJ, Eccleston C, Williams A. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. Pain. 1999; 80(1-2): 1-13.
31. Lee TT, Yang LC. Pelvic denervation procedures: a current reappraisal. Int J Gynaecol Obstet. 2008; 101(3): 304-308.
32. Kwok A, Lam A, Ford R. Laparoscopic presacral neurectomy: a review. Obstet Gynecol Surv. 2001; 56(2): 99-104.
33. Daniels J, Gray R, Hills RK, Latthe P, Buckley L, Gupta J, et al. Laparoscopic uterosacral nerve ablation for alleviating chronic pelvic pain. A randomized crontolled trial. JAMA. 2009; 302(9): 955-961.
34. Cortiñas M, Muñoz T, Vara C, Salmerón J, García-Villalba F. Eficacia del bloqueo del ganglio impar en dolor pélvico y perineal de etiología ginecológica. Clin Invest Ginecol Obstet. 2011; 38(3): 95-99.
35. Walters A, Muhleman M, Osiro S, Bubb K, Snosek M, Shoja MM, et al. One is the loneliest number: a review of the ganglion impar and its relation to pelvic pain syndromes. Clin Anat. 2013 Jan 21. Doi: 10.1002/ca.22193.
36. Nair AR, Klapper A, Kushnerik V, Margulis I, Del Priore G. Spinal cord stimulator for the treatment of a woman with vulvovaginal burning and deep pelvic pain. Obstet Gynecol. 2008; 111(2 Pt 2): 545-547.
37. Marcelissen T, Van Kerrebroeck P, De Wachter S. Sacral neuromodulation as a treatment for neuropathic clitoral pain after abdominal hysterectomy. Int Urogynecol J. 2010; 21(10): 1.305-1.307.
38. Díaz-Mohedano E, Barón-López FJ, Pineda-Galán C. Consideración etiológica, diagnóstica y terapéutica del componente miofascial en el dolor pélvico crónico. Actas Urol Esp. 2011; 35(10): 610-614.
39. Rosenthal RH. Aspectos psicológicos y dolor pélvico. En: Ling FW, ed. Tratamiento actual para el dolor pélvico crónico. Clínicas de ginecología y obstetricia. México DF: Interamericana, 1993; 4: 601-618.
40. Hughes SS, Goldstein MN, Hicks DG, Pellegrini VD Jr. Extrapelvic compression of the sciatic nerve. An unusual cause of pain about the hip: report of five cases. J Bone Joint Surg Am. 1992; 74(10): 1.553-1.559.
41. Ruiz-Arranz JL, Alfonso Venzalá I, Villalón Ogayar J. Síndrome del músculo piramidal. Diagnóstico y tratamiento. Presentación de 14 casos. Rev Esp Cir Ortop Traumatol. 2008; 52(6): 359-365.
42. FitzGerald MP, Kotarinos R. Rehabilitation of the short pelvic floor. II: Treatment of the patient with the short pelvic floor. Int Urogynecol J. 2003; 14(4): 269-275.
43. FitzGerald MP, Anderson RU, Potts J, Payne CK, Peters KM, Clemens JQ, et al. Randomized multicenter feasibility trial of myofascial physical therapy for the treatment of urological chronic pelvic pain syndromes. J Urol. 2009; 182(2): 570-580.
44. Abbott JA, Jarvis SK, Lyons SD, Thomson A, Vancaille TG. Botulinum toxin type A for chronic pain and pelvic floor spasm in women: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2006; 108(4): 915-923.
45. Liu HT, Kuo HC. Intravesical botulinum toxin A injections plus hydrodistension can reduce nerve growth factor production and control bladder pain in interstitial cystitis. Urology. 2007; 70(3): 463-468.
46. FitzGerald MP, Kotarinos R. Rehabilitation of the short pelvic floor. I: Background and patient evaluation. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2003; 14(4): 261-268.
47. Rosenbaum TY, Owens A. The role of pelvic floor physical therapy in the treatment of pelvic and genital pain-related sexual dysfunction (CME). J Sex Med. 2008; 5(3): 513-523.
48. De Oliveira Bernardes N, Bahamondes L. Intravaginal electrical stimulation for the treatment of chronic pelvic pain. J Reprod Med. 2005; 50(4): 267-272.
49. Kemler MA, Barendse GA, Van Kleef M, De Vet HC, Rijks CP, Furnée CA, et al. Spinal cord stimulation in patients with chronic reflex sympathetic dystrophy. N Engl J Med. 2000; 343(9): 618-624.
50. Nohales FJ, Bonillo MA, Izquierdo R. Dolor pélvico crónico en la práctica uroginecológica. Suelo Pélvico. 2012; 8(1): 9-24.

©2021 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

SUELO PÉLVICO
REVISTA ESPAÑOLA SOBRE MEDICINA DEL SUELO PÉLVICO DE LA MUJER Y CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA

NORMAS PARA LA PRESENTACIÓN DE ORIGINALES

Envío de manuscritos

- Los trabajos se remitirán por correo electrónico o en soporte digital junto con una copia impresa a *Revista Suelo Pélvico*, Secretaría de Redacción, Aribau, 185-187, 2.ª planta, 08021 Barcelona (suelopelvico@edicionesmayo.es).
- Los trabajos, que sólo se aceptarán si no han sido previamente publicados, admitidos para publicación o si no están siendo sometidos a evaluación en otra revista, serán revisados y evaluados para su aceptación. Los originales admitidos quedarán en propiedad de la revista y no podrán ser reimpresos sin permiso de *Suelo Pélvico. Revista Española sobre Medicina del Suelo Pélvico de la Mujer y Cirugía Reconstructiva.*

Secciones de la revista

- **Editorial:** redactado por un autor invitado sobre un tema de candente actualidad y cuya extensión no superará los 2 folios DIN A4 (en arial 12 a 1,5 espacios de interlineado).
- **Actualización práctica:** revisiones amplias sobre un tema de actualidad, donde el autor estudia el tema y revisa la bibliografía escrita hasta la fecha sobre éste. Extensión orientativa del texto: 16 DIN A4 (en arial 12 a 1,5 espacios de interlineado) más 2 tablas y 2 figuras (en caso de añadir más tablas o figuras, deberá reducirse el espacio destinado al texto).
- **Originales:** trabajos de tipo prospectivo, de investigación clínica, farmacológica o microbiológica, y las contribuciones originales sobre etiología, fisiopatología, anatomía patológica, epidemiología, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Extensión orientativa del texto: 16 DIN A4 (en arial 12 a 1,5 espacios de interlineado) más 2 tablas y 2 figuras (en caso de añadir más tablas o figuras, deberá reducirse el espacio destinado al texto).
- **Literatura médica comentada:** comentarios de artículos originales publicados en revistas internacionales. Extensión orientativa del texto: 1 DIN A4 (en arial 12 a 1,5 espacios de interlineado).
- **Casos clínicos:** originales sobre experiencias, estudios clínicos o casos clínicos de particular interés. Extensión orientativa del texto: 6 DIN A4 (en arial 12 a 1,5 espacios de interlineado) más 2 tablas y 2 figuras (en caso de añadir más tablas o figuras, deberá reducirse el espacio destinado al texto).
- **Estado de la cuestión:** comentario de las últimas novedades y avances en un tema determinado. Extensión orientativa del texto: 6 DIN A4 (en arial 12 a 1,5 espacios de interlineado) más 2 tablas y 2 figuras (en caso de añadir más tablas o figuras, deberá reducirse el espacio destinado al texto).
- **Crítica bibliográfica:** reseñas o comentarios de libros de reciente publicación. Extensión orientativa: 2 DIN A4 (en arial 12 a 1,5 espacios de interlineado).

Presentación y estructura de los trabajos

- Los trabajos deberán ser mecanografiados a 1,5 espacios de interlineado (en arial 12), en folios DIN A4 por una sola cara, con un margen no inferior a 25 mm, y con todas las páginas numeradas correlativamente en el margen superior derecho.
- En la primera página o *portada* se incluirán, por este orden: 1. Título del artículo. 2. Nombre de los autores y sus afiliaciones institucionales. 3. Nombre, dirección postal, números de teléfono y fax y dirección electrónica del autor responsable de la correspondencia. 4. Número total de figuras y tablas.
- En la *segunda página* se incluirán: *Resumen* (máximo 150 palabras) en inglés y español. *Palabras clave*: entre 3 y 6 palabras clave en inglés y español que identifiquen el trabajo y permitan su indexación.
- Los diferentes apartados y subapartados en los que se estructure el artículo deberán numerarse con números arábigos de modo que reflejen la jerarquía correspondiente.
- *Referencias bibliográficas.* Los artículos deberán incluir referencias bibliográficas que se presentarán según el orden de aparición en el texto. Las referencias en el texto se harán en números arábigos y entre paréntesis. Los títulos de las revistas deben abreviarse conforme al estilo del *Index Medicus*. En cuanto al formato de las citas, se seguirán las normas de Vancouver (pueden consultarse en http://www.fisterra.com/recursos_web/mbe/vancouver.asp).
- **Ilustraciones.** Las fotografías sólo podrán publicarse en blanco y negro. Si se utilizan fotografías de personas identificables, es necesario tener la autorización para su publicación. Las figuras deben numerarse correlativamente según el orden de aparición en el texto (en el texto deberán aparecer citadas entre paréntesis). Si las figuras no son originales, debe mencionarse la fuente original y presentar la autorización escrita del propietario del *copyright*. Las microfotografías deberían tener indicadores internos de escala. *Ilustraciones digitales.* Deben utilizarse los formatos jpg de mínima compresión o tiff, con una resolución mínima de 300 dpi (puntos por pulgada). Las figuras e ilustraciones deben presentarse siempre en ficheros independientes al del texto y en ningún caso insertarlas en archivos de Word. *Leyendas de las ilustraciones.* Hay que mecanografiar las leyendas de las ilustraciones en una página aparte, con los números arábigos correspondientes a las ilustraciones. Cuando se usan símbolos, flechas, números o letras para identificar partes de las figuras, deberán identificarse y explicarse claramente en la leyenda.
- **Tablas.** Se mecanografiarán en hoja aparte, numerándose por orden de aparición en el texto y acompañadas de un breve título. No hay que utilizar líneas verticales ni horizontales. Al pie de la tabla se desarrollarán las abreviaturas utilizadas, pudiéndose incluir asimismo otras cuestiones explicativas, fuentes, etc.
- **Abreviaturas y símbolos.** Deben utilizarse los menos posibles, adaptándose a la nomenclatura internacional. Excepto en las unidades de medida, en el resto de los casos las abreviaturas deberán ir precedidas del nombre completo entre paréntesis la primera vez que se utilicen en el texto.

©2021 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

Betmiga®
mirabegrón 50mg

▼Este medicamento está sujeto a seguimiento adicional, lo que agilizará la detección de nueva información sobre su seguridad. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas. Ver la sección 4.8, en la que se incluye información sobre cómo notificarlas. **1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO.** Betmiga 50 mg comprimidos de liberación prolongada. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** Cada comprimido contiene 50 mg de mirabegrón. Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección 5.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA.** Comprimido de liberación prolongada. Comprimido marrón, ovalado, marcado con el logotipo de la compañía y «355» en el mismo lado. **4. DATOS CLÍNICOS. 4.1 Indicaciones terapéuticas.** Tratamiento sintomático de la urgencia, aumento de la frecuencia de micción y/o incontinencia de urgencia que puede producirse en pacientes adultos con síndrome de vejiga hiperactiva (VH). **4.2 Posología y forma de administración.** *Posología. Adultos* (incluidos pacientes de edad avanzada) La dosis recomendada es de 50 mg una vez al día con o sin alimentos. *Poblaciones especiales. Insuficiencia renal y hepática*. Betmiga no se ha estudiado en pacientes con enfermedad renal en fase terminal (TFG < 15 ml/min/1,73 m^2 o pacientes que requieren hemodiálisis) o insuficiencia hepática grave (Child-Pugh Clase C) y, por tanto, no se recomienda su uso en estas poblaciones de pacientes (ver secciones 4.4). A continuación se incluyen las dosis diarias recomendadas en pacientes con insuficiencia renal o hepática en ausencia y en presencia de inhibidores potentes del CYP3A (ver secciones 4.4 y 4.5): **Inhibidores potentes del CYP3A**[3]: Sin inhibidor. *Insuficiencia renal*[1]. Leve 50 mg, moderada 50 mg y grave 25 mg. *Insuficiencia hepática*[2]. Leve 50 mg y moderada 25 mg. Con inhibidor. *Insuficiencia renal*[1]. Leve 25 mg, moderada 25 mg y grave no recomendado. *Insuficiencia hepática*[2]. Leve 25 mg y moderada no recomendado. [1] Leve: TFG de 60 a 89 ml/min/1,73 m^2; moderada: TFG de 30 a 59 ml/min/1,73 m^2; grave: TFG de 15 a 29 ml/min/1,73 m^2. [2] Leve: Child-Pugh Clase A; Moderada: Child-Pugh Clase B. [3] Inhibidores potentes del CYP3A ver sección 4.5. *Sexo*. No es necesario ajustar la dosis en función del sexo. *Población pediátrica.* No se ha establecido todavía la seguridad y eficacia de mirabegrón en niños menores de 18 años. No se dispone de datos. *Forma de administración.* El comprimido debe tomarse una vez al día, con líquido, debe tragarse entero sin masticar, partir ni machacar. **4.3 Contraindicaciones.** Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes incluidos en la sección 5.1. **4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo.** *Insuficiencia renal.* No se ha estudiado Betmiga en pacientes con enfermedad renal en fase terminal (TFG < 15 ml/min/1,73 m^2 o pacientes que requieren hemodiálisis) y, por tanto, no se recomienda su uso en esta población de pacientes. Los datos son limitados en pacientes con insuficiencia renal grave (TFG 15 a 29 ml/min/1,73 m^2); en base a un estudio farmacocinético se recomienda en esta población una reducción de la dosis a 25 mg. No se recomienda el uso de Betmiga en pacientes con insuficiencia renal grave (TFG de 15 a 29 ml/min/1,73 m^2) que reciben de forma concomitante inhibidores potentes del CYP3A (ver sección 4.5). *Insuficiencia hepática.* No se ha estudiado Betmiga en pacientes con insuficiencia hepática grave (Child-Pugh Clase C) y, por tanto, no se recomienda su uso en esta población de pacientes. No se recomienda el uso de Betmiga en pacientes con insuficiencia hepática moderada (Child-Pugh Clase B) que reciben de forma concomitante inhibidores potentes del CYP3A (ver sección 4.5). *Hipertensión.* No se ha evaluado Betmiga en pacientes con hipertensión grave no controlada (presión arterial sistólica ≥ 180 mm Hg y/o presión arterial diastólica ≥ 110 mm Hg); por tanto no se recomienda su uso en esta población de pacientes. Los datos son limitados en pacientes con hipertensión en estadío 2 (presión arterial sistólica ≥ 160 mm Hg o presión arterial diastólica ≥ 100 mm Hg). *Pacientes con prolongación congénita o adquirida del intervalo QT.* Mirabegrón, a dosis terapéuticas, no ha demostrado prolongación del intervalo QT clínicamente relevante en los ensayos clínicos. Sin embargo, ya que en estos ensayos no se incluyeron pacientes con antecedentes de prolongación del intervalo QT o pacientes que estuvieran tomando medicamentos que se sabe que prolongan el intervalo QT, se desconoce el efecto de mirabegrón en estos pacientes. Se debe tener precaución cuando se administre mirabegrón en estos pacientes. **4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** *Datos in vitro.* Mirabegrón se transporta y se metaboliza a través de múltiples vías. Mirabegrón es un sustrato para citocromo P450 (CYP) 3A4, CYP2D6, butirilcolinesterasa, uridina difosfato-glucuronosiltranferasas (UGT), transportador de flujo de glicoproteína P (P-gp) y de los transportadores de influjo de los cationes orgánicos (OCT) OCT1, OCT2 y OCT3. Los estudios de mirabegrón en microsomas hepáticos humanos y enzimas CYP humanas recombinantes mostraron que mirabegrón es un inhibidor moderado y tiempo dependiente de CYP2D6 y un inhibidor débil del CYP3A. Mirabegrón inhibía el transporte de fármacos mediado por P-gp a concentraciones elevadas. *Datos in vivo. Polimorfismo de CYP2D6*. El polimorfismo genético del CYP2D6 tiene un mínimo impacto sobre la exposición media del plasma a mirabegrón. No se prevé la interacción de mirabegrón con un inhibidor conocido del CYP2D6, y no fue estudiada. No es necesario ajustar la dosis de mirabegrón cuando se administra con inhibidores del CYP2D6 o en pacientes que son metabolizadores lentos del CYP2D6. *Interacciones farmacológicas.* El efecto de los fármacos administrados conjuntamente sobre la farmacocinética de mirabegrón y el efecto de mirabegrón sobre la farmacocinética de otros medicamentos fue estudiado en estudios de dosis única y de dosis múltiples. La mayoría de las interacciones farmacológicas fueron estudiadas usando una dosis de 100 mg de mirabegrón administrados como comprimidos con formulación de sistema oral de absorción controlada (OCAS). En los estudios de interacción de mirabegrón con metoprolol y con metformina se usaron 160 mg de mirabegrón de liberación inmediata (IR). No se esperan interacciones farmacológicas clínicamente relevantes entre mirabegrón y los medicamentos que inhiban, induzcan o sean sustrato para una de las isoenzimas de CYP o transportadores, excepto en el caso del efecto inhibidor de mirabegrón sobre el metabolismo de los sustratos del CYP2D6. *Efecto de los inhibidores enzimáticos.* En voluntarios sanos, la exposición de Mirabegrón (AUC) se incrementó 1,8 veces en presencia del potente inhibidor del CYP3A/P-gp, ketoconazol. No se requiere ajuste de dosis cuando Betmiga se combina con inhibidores del citocromo CYP3A y/o P-gp. Sin embargo, en pacientes con insuficiencia renal leve a moderada (TFG de 30 a 89 ml/min/1,73 m^2) o insuficiencia hepática leve (Child Pugh Clase A) que reciben de forma concomitante inhibidores potentes del CYP3A tales como itraconazol, ketoconazol, ritonavir y claritromicina, la dosis recomendada es de 25 mg una vez al día con o sin alimentos (ver sección 4.2). No se recomienda Betmiga en pacientes con insuficiencia renal grave (TFG de 15 a 29 ml/min/1,73 m^2) o en pacientes con insuficiencia hepática moderada (Child Pugh Clase B) que reciban de forma concomitante inhibidores potentes del CYP3A (ver secciones 4.2 y 4.4). *Efectos de los inductores enzimáticos.* Las sustancias que son inductores del CYP3A o P-gp disminuyen las concentraciones plasmáticas de mirabegrón. No se requiere ajuste de dosis para mirabegrón cuando se administre con dosis terapéuticas de rifampicina u otros inductores del CYP3A o P-gp. *Efecto de mirabegrón sobre los sustratos CYP2D6.* En voluntarios sanos, la potencia inhibitoria de mirabegrón sobre CYP2D6 es moderada y la actividad del CYP2D6 se recupera dentro de los 15 días siguientes a la interrupción del tratamiento con mirabegrón. La administración de dosis múltiples de mirabegrón IR una vez al día resultó en un incremento del 90% en la $C_{máx}$ y en un incremento del 229% en el AUC de un dosis única de metoprolol. La administración de dosis múltiples de mirabegrón una vez al día resultó en un incremento del 79% en la $C_{máx}$ y en un incremento del 241% en el AUC de una dosis única de desipramina. Se recomienda precaución si mirabegrón se administra de forma concomitante con medicamentos que tienen un estrecho margen terapéutico y que sean metabolizados de forma significativa por el CYP2D6, tales como, tioridazina, antiarrítmicos Tipo 1C (por ejemplo, flecainida, propafenona) y antidepresivos tricíclicos (por ejemplo, imipramina, desipramina). También se recomienda precaución si mirabegrón se administra de forma concomitante con sustratos del CYP2D6 que son dosificados individualmente. *Efecto de mirabegrón en los transportadores.* Mirabegrón es un inhibidor débil de P-gp. Mirabegrón aumentó la $C_{máx}$ y el AUC hasta un 29% y 27% respectivamente, de la digoxina, sustrato de P-gp en voluntarios sanos. Para los pacientes que están iniciando una combinación de Betmiga y digoxina, debería prescribirse inicialmente la menor dosis de digoxina. Las concentraciones séricas de digoxina deben monitorizarse y utilizarse para valorar la dosis de digoxina con la que se obtiene el efecto clínico deseado. Se debería considerar el potencial de mirabegrón para la inhibición de P-gp cuando se combina Betmiga con sustratos P-gp sensibles como por ejemplo dabigatran. *Otras interacciones.* No se han observado interacciones clínicamente relevantes cuando se administra mirabegrón de forma concomitante con dosis terapéuticas de solifenacina, tamsulosina, warfarina, metformina o un anticonceptivo oral combinado que contenga etinilestradiol y levonorgestrel. No se recomienda ajuste de dosis. El aumento de la exposición a mirabegrón debido a las interacciones farmacológicas puede estar asociado con aumentos en la frecuencia del pulso. **4.6 Fertilidad, embarazo y lactancia.** *Embarazo*. Hay datos limitados relativos al uso de mirabegrón en mujeres embarazadas. Los estudios realizados en animales han mostrado toxicidad para la reproducción. No se recomienda utilizar Betmiga durante el embarazo, ni en mujeres en edad fértil que no estén utilizando métodos anticonceptivos. *Lactancia*. Mirabegrón se excreta en la leche de roedores y, por tanto, se espera que esté presente en la leche humana. No se han realizado estudios para evaluar el impacto de mirabegrón sobre la producción de leche en humanos, su presencia en la leche materna humana o sus efectos sobre el lactante. Mirabegrón no debe administrarse durante la lactancia. *Fertilidad*. No se observaron efectos relacionados con el tratamiento de mirabegrón sobre la fertilidad en animales. No se ha establecido el efecto de mirabegrón sobre la fertilidad humana. **4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** La influencia de Betmiga sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante. **4.8 Reacciones adversas.** *Resumen del perfil de seguridad.* La seguridad de mirabegrón se evaluó en 8.433 pacientes con VH, de los cuales 5.648 recibieron al menos una dosis de mirabegrón en el programa de desarrollo clínico fase 2/3 y 622 pacientes recibieron mirabegrón al menos durante 1 año (365 días). En los tres estudios controlados con placebo, doble ciego fase 3 de 12 semanas de duración, el 88% de los pacientes completó el tratamiento con mirabegrón y el 4% abandonó el estudio debido a acontecimientos adversos. La mayoría de las reacciones adversas fueron de intensidad leve a moderada. La mayoría de las reacciones adversas frecuentes referidas por los pacientes tratados con 50 mg de mirabegrón durante los tres estudios controlados con placebo, doble ciego fase 3 de 12 semanas de duración son taquicardia e infecciones del tracto urinario. La frecuencia de taquicardia fue del 1,2% en los pacientes que recibieron 50 mg de mirabegrón. La taquicardia indujo al abandono en el 0,1% de los pacientes tratados con 50 mg de mirabegrón. La frecuencia de infecciones del tracto urinario fue del 2,9% en pacientes tratados con 50 mg de mirabegrón. Las infecciones del tracto urinario no indujeron la retirada de ninguno de los pacientes tratados con 50 mg de mirabegrón. Entre las reacciones adversas graves se incluía la fibrilación auricular (0,2%). Las reacciones adversas observadas durante el estudio con control activo (antimuscarínico) de 1 año de duración (largo plazo) fueron similares en tipo e intensidad a las observadas en los tres estudios controlados con placebo, doble ciego fase 3 de 12 semanas de duración. A continuación se reflejan las reacciones adversas observadas con mirabegrón en los tres estudios controlados con placebo, doble ciego fase 3 de 12 semanas de duración. La frecuencia de las reacciones adversas se define como sigue: muy frecuentes (≥1/10); frecuentes (≥1/100 a <1/10); poco frecuentes (≥1/1.000 a <1/100); raras (≥1/10.000 a <1/1.000); muy raras (<1/10.000). Dentro de cada grupo de frecuencia, las reacciones adversas se presentan en orden decreciente de gravedad. **Clasificación de órganos del sistema MedDRA**. Infecciones e infestaciones. *Frecuentes*. Infección del tracto urinario. *Poco frecuentes*. Infección vaginal y cistitis. Trastornos oculares. *Raras*. Edema de párpados. Trastornos cardiacos. *Frecuentes*. Taquicardia. *Poco frecuentes*. Palpitación y fibrilación auricular. Trastornos gastrointestinales. *Poco frecuentes*. Dispepsia y gastritis. *Raras*. Edema labial. Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo. *Poco frecuentes*. Urticaria, erupción, erupción macular, erupción papular y prurito. *Raras*. Vasculitis leucocitoclástica y púrpura. Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo. *Poco frecuentes*. Hinchazón de las articulaciones. Trastornos del aparato reproductor y de la mama. *Poco frecuentes*. Prurito vulvovaginal. Exploraciones complementarias. *Poco frecuentes*. Aumento de la presión arterial, aumento niveles de GGT, aumento niveles de AST y aumento niveles de ALT. Notificación de sospechas de reacciones adversas. Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano: www.notificaRAM.es. **4.9 Sobredosis.** Mirabegrón se ha administrado a voluntarios sanos a dosis únicas de hasta 400 mg. A esta dosis, entre los acontecimientos adversos notificados se incluyeron palpitaciones (1 de 6 sujetos) y aumentos de la frecuencia del pulso que excedía de 100 latidos por minuto (lpm) (3 de 6 sujetos). Dosis múltiples de mirabegrón de hasta 300 mg diarios durante 10 días mostraron aumentos en la frecuencia del pulso y en la presión arterial sistólica cuando se administraban a voluntarios sanos. El tratamiento de la sobredosis debe ser sintomático y complementario. En caso de sobredosis, se recomienda realizar un seguimiento de la frecuencia del pulso, la presión arterial y el ECG. **5. DATOS FARMACÉUTICOS. 5.1 Lista de excipientes.** *Núcleo del comprimido:* macrogoles, hidroxipropilcelulosa, butilhidroxitolueno, estearato de magnesio. *Recubrimiento:* hipromelosa, macrogol, óxido de hierro amarillo (E172). **5.2 Incompatibilidades.** *No procede.* **5.3 Periodo de validez.** 3 años. Periodo de validez después de la primera apertura del frasco: 6 meses **5.4 Precauciones especiales de conservación.** No requiere condiciones especiales de conservación. **5.5 Naturaleza y contenido del envase.** Blísteres Alu-Alu en cajas que contienen 10, 20, 30, 50, 60, 90, 100 ó 200 comprimidos. Frascos de HDPE con tapones de seguridad de polipropileno (PP) y gel de sílice desecante que contienen 90 comprimidos. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. **5.6 Precauciones especiales de eliminación.** La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él se realizará de acuerdo con la normativa local. **6. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Astellas Pharma Europe B.V. Sylviusweg 62. 2333 BE Leiden. Países Bajos. **7. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Eu/1/12/809/008–014; EU/1/12/809/017; EU/1/12/809/018. **8. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN.** Fecha de la primera autorización 20/diciembre/2012. **9. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** Enero/2014. **10. PRESENTACIONES Y PRECIO DE VENTA AL PÚBLICO.** Betmiga 50 mg. 30 comprimidos de liberación prolongada. PVP: 43,38 Euros; PVP IVA (4%): 45,12 Euros. Con receta médica. Financiado por la Seguridad Social. Aportación normal. Para más información consulte la ficha técnica completa. La información detallada de este medicamento está disponible en la página web de la Agencia Europea de Medicamentos http://www.ema.europa.eu/

BET-14ANUNCIO Fecha Elaboración:02/14

astellas
Leading Light for Life

▼ Este medicamento está sujeto a seguimiento adicional, es prioritaria la notificación de sospechas de reacciones adversas asociadas a este medicamento.

HA LLEGADO EL MOMENTO DE PENSAR EN ALGO MÁS

El **primer agonista del receptor adrenérgico ß3** para el tratamiento de la vejiga hiperactiva

Betmiga®
mirabegrón 50mg
Un nuevo comienzo en VH

astellas
Leading Light for Life

BET-14REV.SUELOPELV1