

Tratamiento fisioterapéutico de la incontinencia urinaria femenina en una unidad de uroginecología

E. M. Medrano Sanchez. *Fisioterapeuta. H. U. Virgen Macarena. Sevilla.*

P. Campoy Martinez. *Urdlogo del H. U. Virgen del Rocío. Sevilla.*

A. Soltero Gonzalez. *Jefe de la Unidad de Uroginecología, Servicio de Urología del H. U. Virgen del Rocío. Sevilla.*

RESUMEN

En los últimos años, la Fisioterapia se considera fundamental dentro del tratamiento de las incontinencias de esfuerzo femeninas. Con este artículo pretendemos, por un lado, describir el funcionamiento de una unidad de Uroginecología, donde el fisioterapeuta trabaja en equipo con otros especialistas y, por otro lado, dar a conocer los resultados de nuestro tratamiento realizado a un grupo de 412 mujeres a lo largo de los últimos cuatro años. Presentamos unos resultados globales muy satisfactorios haciendo que las pacientes se ahorren, en muchos de los casos, la cirugía o, en el peor de los casos, llevándolas en mejores condiciones hacia la intervención quirúrgica.

Palabras clave: Incontinencia urinaria de esfuerzo. Fisioterapia. Suelo pélvico.

ABSTRACT

Over the last years, Physiotherapy is considered as fundamental within the female stress urinary incontinence treatment. With this article we intend, on the one hand, to describe the functioning of an Urogynecological unit, where the physiotherapist co-works with other specialists, and on the other hand, to present the therapy results on 412 women who have been treated throughout the last four years. We present very satisfactory global results making patients save themselves, in many of the cases, from the surgery or, in the worse of the cases, taking them in better conditions towards the operation.

Key Words: Stress urinary incontinence. Physiotherapy. Pelvic floor.

INTRODUCCIÓN

Las técnicas de reeducación del suelo pélvico como tratamiento de la incontinencia urinaria femenina de esfuerzo (IUE) se vienen imponiendo en estos últimos años después de que el ginecólogo Arnold Kegel demostrara hacia 1950 la estrecha relación que existía entre los escapes de orina y la hipotonía o debilidad de la musculatura perineal, desapareciendo o mejorando notablemente los síntomas cuando se practicaban ejercicios de refuerzo de estas estructuras [1].

Este tipo de tratamientos no alcanzó relevancia en su momento quizás porque no se terminaban de conocer bien los mecanismos fisiopatológicos de la IUE, no se tenía al alcance la tecnología que disponemos hoy en día y, por otro lado, quizás no estuvieran todavía bien definidas las distintas pautas y sistemáticas de tratamiento [2 y 3].

El conocimiento del papel que desempeña el suelo pélvico en los mecanismos de la continencia, como elemento de sostén de la unión uretrocervical, su implicación en el sistema esfinteriano estriado, así como las alteraciones neurológicas que conlleva las disfunciones graves de este, ha conseguido que se retome con gran interés aquellas técnicas que llevan a restablecer el estado de normofuncionalidad de estas estructuras como forma de tratamiento de las patologías secundarias a dichas alteraciones: incontinencia urinaria de esfuerzo, mixta, de urgencia, disfunciones sexuales, patologías ginecológicas y obstétricas y coloproctológicas [4].

Las distintas técnicas y pautas de tratamiento así como su puesta en marcha constituyen un apartado muy amplio y específico a desarrollar por un fisioterapeuta especializado en el tema y conocedor profundo de toda la patología derivada de los defectos funcionales del suelo pélvico. Nosotros tenemos ex-

periencia en ello y apostamos por esta fórmula [5].

El fisioterapeuta tiene como misión fundamental conseguir que la paciente tome conciencia de su perine, que conozca las estructuras básicas de su suelo pélvico y que logre aislar los grupos musculares que nos interesa fortalecer relajando la musculatura parasita y, por otro lado, despertar una fuerte motivación en la mujer, factor básico para el éxito de todo entrenamiento muscular.

FACTORES CONDICIONANTES DEL TRATAMIENTO

El éxito de un tratamiento reeducador va a estar condicionado por una serie de factores que conviene conocer:

— Grado de incontinencia: ni que decir tiene que el éxito irá en proporción inversa al grado de incontinencia, la alteración de las estructuras en la IUE grave será mayor y su recuperación, por tanto, más comprometida.

— Edad de la paciente: este parámetro no es excluyente, no hay límite de edad inferior ni superior para rehabilitar el suelo pélvico, si bien está claro que una mujer joven tiene más probabilidades de curación no solo por un mejor estado trófico de su musculatura y una mayor capacidad de respuesta sino también porque su capacidad de aprendizaje y motivación suelen ser mayores.

— Integridad esfinteriana: es básica en este tipo de tratamiento, en ocasiones un fracaso puede estar debido a un componente esfinteriano que puede haber pasado desapercibido en el estudio urológico inicial.

— Ausencia de antecedentes de cirugía o radioterapia pélvica: los mismos pueden conllevar un componente de denervación más o menos importante que puede hacer fracasar el tratamiento.

— Tipo de tratamiento: este ira dirigido en funcion del grade de incontinencia, tono muscular, integracion consciente del mismo y disponibilidad de tiempo para realizar los ejercicios.

— Motivation: es un factor muy importante a tener en cuenta en cualquier proceso terapeutico, de ella va a depender un buen aprendizaje y la perseverancia en el cumplimiento del trabajo.

— Personal cualificado: introducido en este tipo de patologí'a, conocedor de las distintas tecnicas y su aplicacion, y sobre todo que sepa establecer una relation estrecha con la paciente, en un clima de trabajo cordial que ayude a estimular y motivar a la paciente.

— Protocolos de tratamiento y seguimiento de la paciente: al menos a corto y medio plazo, ello nos va a llevar no solo a conocer los resultados y valorar la evolution de éstos, sino que a su vez sirve como estímulo para que la paciente no abandone facilmente los ejercicios.

TIPOS DE EJERCICIOS

El suelo pelvico está conformado por una serie de estructuras musculares compuestas por dos tipos de fibras de diferente comportamiento según los requerimientos [6]:

— Fibras de contraction lenta, responsables del tono muscular que ayuda al soporte de los órganos de la cavidad pelvica.

— Fibras de contraction rapida, que participan activamente en el cierre de la uretra en los aumentos bruscos de la presion intrabdominal. Predominan a nivel del esfínter estriado voiuntario.

Todo programa de fisioterapia perineal debe ir encaminado a fortalecer ambos tipos

de fibras; contracciones mantenidas para fortalecer las primeras y contracciones fuertes y rapidas para potenciar las segundas. El conocimiento de estos hechos es basico para el planteamiento de un tratamiento conservador.

Los ejercicios de fortalecimiento del suelo pelvico los podemos dividir en dos grandes grupos, activos y pasivos, dependiendo de la participation voluntaria de la paciente en ellos.

EJERCICIOS TERAPÉUTICOS ACTIVOS

Aqui nos vamos a referir a aquellos que no van a ser asistidos por ningun tipo de control mecanico, lo que corresponderla en terminos corrientes a gimnasia perineal [7]. Constan de dos etapas:

— Tiempo de aprendizaje: con control digital se enseña a la paciente el reconocimiento y aislamiento de las estructuras musculares del suelo pelvico con las que posteriormente va a trabajar.

— Tiempo de trabajo: en la que una vez superada la anterior se procede a desarrollar una tabla de ejercicios con distintos cambios posturales que facilitan de menor a mayor esfuerzo el trabajo muscular.

Este tipo de ejercicios tiene la ventaja de que pasada la fase de aprendizaje, que seria individual, puede hacerse en grupo, pudiendo tratar más pacientes en menos tiempo, pero no se puede llevar un seguimiento estrecho sobre su correcta ejecucion, por lo cual los resultados no son todo lo alentadores que cabria esperar comparado con otras tecnicas asistidas mediante *feedback*. Además, al no precisar aparatos es el metodo más economico, es el ideal para trabajar en atencion pri-

maria y para desarrollar programas de profilaxis de la IUE y de recuperación del perine tras el parto, así como para tratar los casos más leves de incontinencia.

CINESITERAPIA CON *BIOFEEDBACK* ASISTIDO INSTRUMENTALMENTE

La introducción del *biofeedback* en las técnicas de reeducación uroginecológica ha constituido un avance muy significativo en la mejora de los resultados, mediante éste se consiguen aunar cada uno de los objetivos que debe seguir toda terapia [8 y 9]:

— Ayuda al reconocimiento de las estructuras del suelo pélvico.

— Facilitación del aislamiento de estas estructuras.

— Integración de éstas en los mecanismos conscientes.

— Facilitación del aprendizaje.

— Autoevaluación del trabajo que se realiza.

— Fuerte motivación para la paciente.

— Control por el fisioterapeuta del trabajo realizado.

De este modo conseguimos que la paciente se sienta integrada en el proceso de rehabilitación y asuma su corresponsabilidad en el tratamiento. El *biofeedback* lo podemos efectuar monitorizando el trabajo muscular mediante (figura 1):

— Sensores de presión intravaginal.

— Sensores de presión intrarrectal.

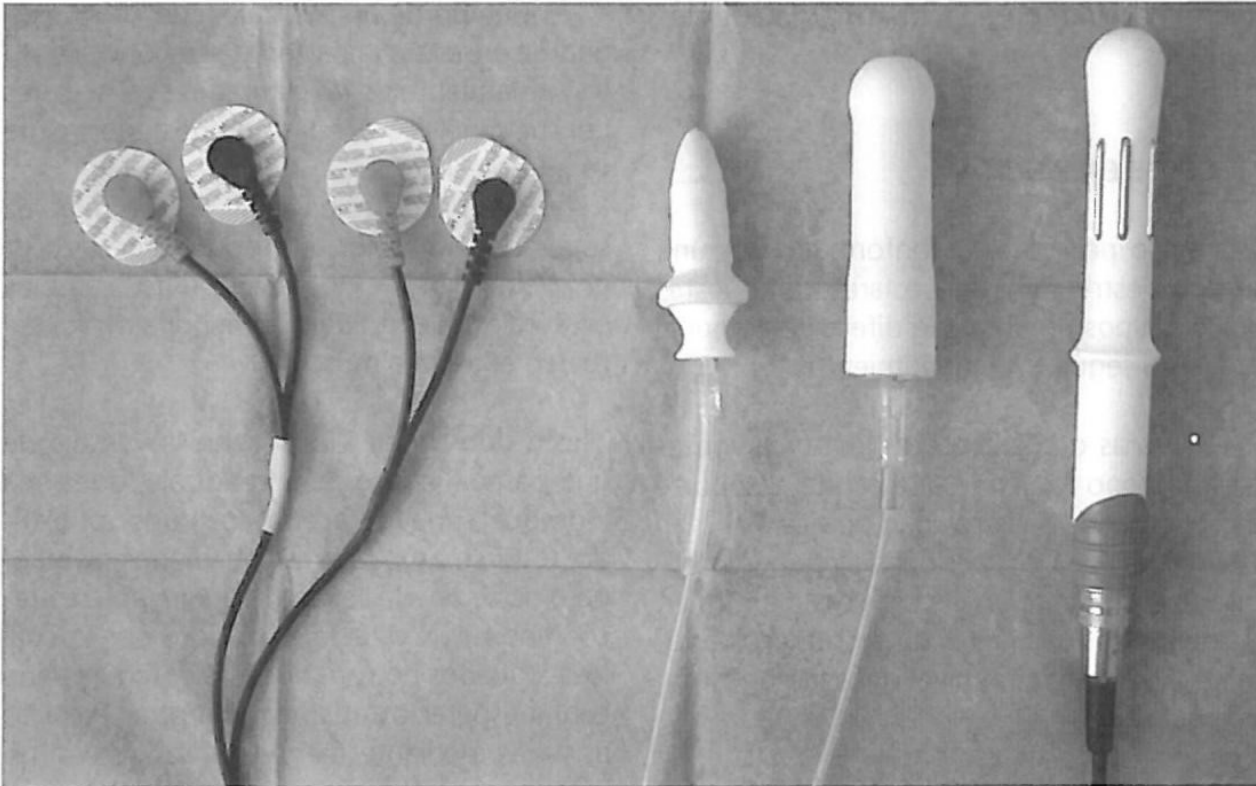


Fig. 1.

- Electromiografia (EMG) perineal.
- Presion y EMG asociadas.
- Apoyo y control EMG de musculatura parasita.

Todo ello se traduce en una serial grafica, acustica o ambas a la vez, que es percibida por la paciente al efectuar su trabajo. Mediante este tipo de cinesiterapia podemos efectuar un trabajo diferenciado para potenciar fibras de contraccibn lenta o rapida según convenga (figura 2).

Hoy en dia, dado el auge de estas terapias, existen en el mercado variados modelos de aparatos informatizados y algunos llevan incorporados los tres tipos de sensores, presion intravaginal, rectal y EMG. y ademas tienen tambien la posibilidad de aplicar electroestimulacibn.

El tratamiento mediante *biofeedback* se ha demostrado la más eficaz dentro de los distintos tipos, el trabajo es personalizado, ajustable a las necesidades de la paciente y a la evolucibn de su recuperacibn.

ELECTROSTIMULACIÓN FUNCIONAL

La utilizacibn de la electrostimulation como forma de tratamiento de la incontinencia urinaria en sus diversas formas viene efectuandose desde Caldwell [10 y 11] quien implanto los primeros estimuladores en 1963. Desde entonces muchos han sido los trabajos que se han realizado sobre las distintas formas de aplicacibn de la corriente electrica según las patologias.

En general hay dos pautas basicas de tratamiento en la IUE [10]:

- Pauta de larga duracibn. En esta se utilizan sensores vaginales o rectales, la estimulacibn seria por debajo del umbral de percpcibn, con sesiones de 6 a 20 horas, domiciliarias, con equipos portatiles y una duracibn media de 9 meses. Con esta pauta se consiguen resultados positivos en un 60-80% de las pacientes.

- Pauta de maxima estimulacibn. En esta se utiliza la maxima intensidad tolerable en

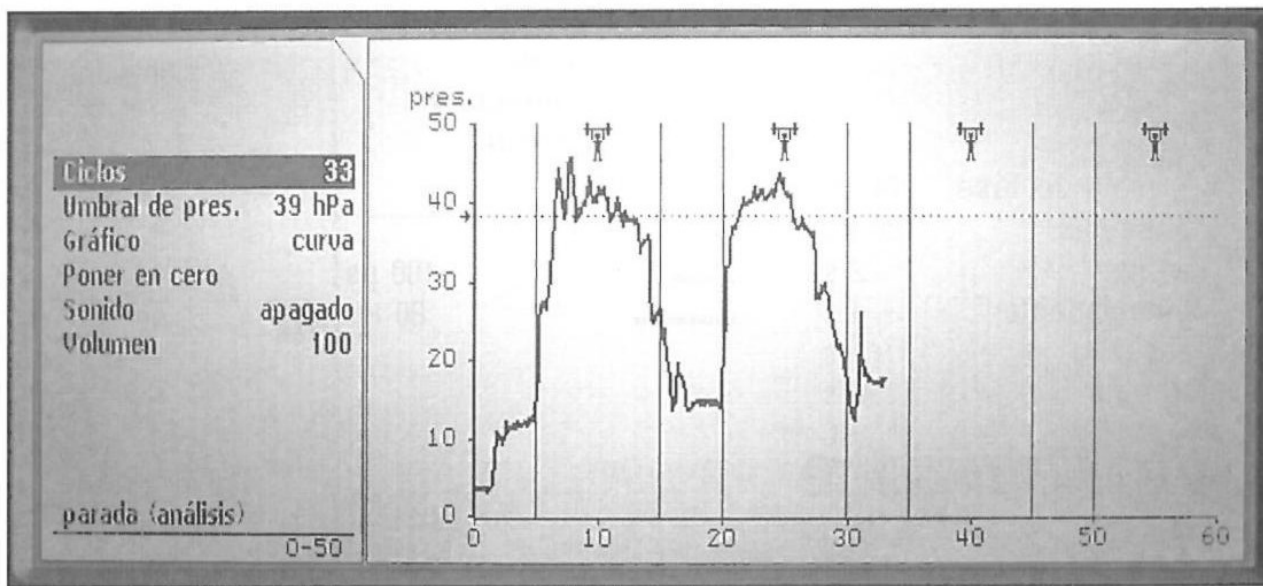


Fig. 2.

sesiones de 15 a 20 minutos y una duración de 10 a 20 días. Su principal inconveniente es que la intensidad a la que son más eficaces es mayor y algo molesta, aunque con electrodos intravaginales o intrarrectales la tolerancia es mucho mayor. Con estas pautas se obtienen curaciones entre el 12 y 31% y mejorías entre 16 y 33% (figura 3).

Las pautas de tratamiento son enormemente variadas y los resultados comunicados son, en ocasiones, discordantes, quizás principalmente por la forma de medir o de denominar éxito y fracaso; no hay acuerdo en las indicaciones ni consenso en el método ideal, ante toda esta controversia nosotros somos de la opinión de seguir la máxima fisioterapeuta: «cuando hay respuesta contractil muscular, aunque sea pobre, el mejor resultado se obtiene con la rehabilitación activa». Por ello aconsejamos que en la IUE, la electrostimulación deba utilizarse principalmente en los casos de hipotonía muscular perineal grave en la que la paciente prácticamente no

tiene sensaciones propioceptivas de la contracción; cuando estas se obtienen, pasamos directamente a los ejercicios activos mediante *biofeedback*.

La electroestimulación se puede emplear también en aquellas pacientes a las que les resulta difícil integrar su perineo en el esquema corporal y son incapaces de realizar una contracción porque no reconocen la musculatura del suelo pélvico, de esta manera pujan en lugar de contraer o utilizan exclusivamente musculatura agonista o parasita como glúteos o adductores; en estos casos aplicamos electroestimulación e invitamos a la paciente a contraer los músculos en el momento en que perciben el impulso eléctrico, de este modo se va despertando las sensaciones propioceptivas de contracción.

CONOS VAGINALES

Este tipo de tratamiento fue preconizado por Plevnik en 1985 y se fundamenta en el

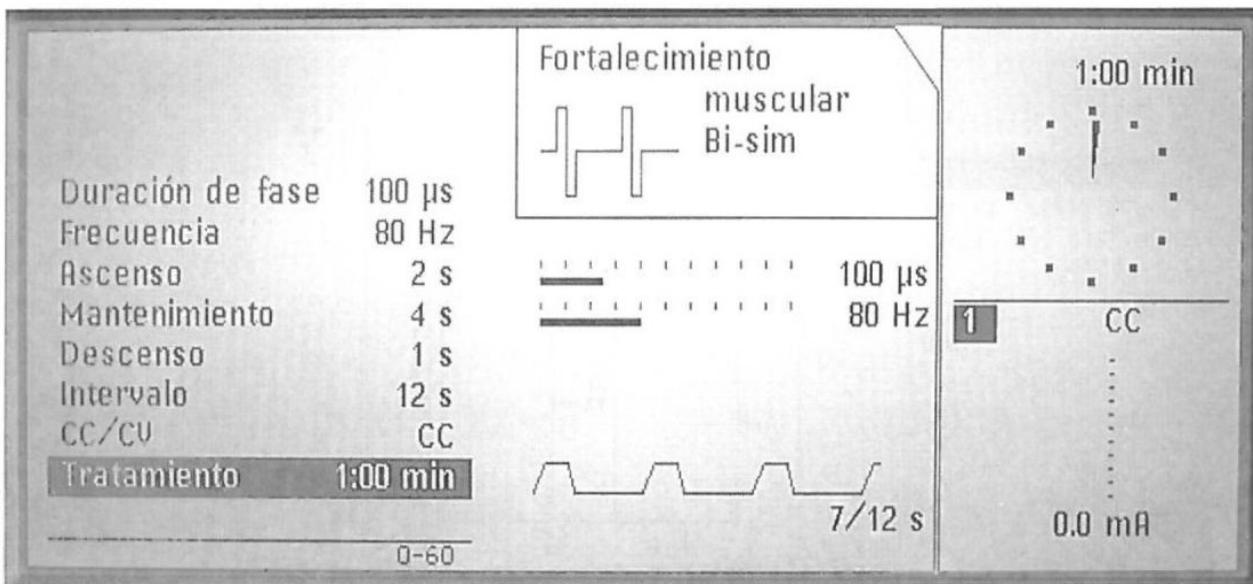


Fig. 3.

hecho de que al introducir un dispositivo de peso variable en la vagina se consigue una contracción refleja a la que se le puede añadir otra de carácter voluntario que intenta evitar que dicho dispositivo se caiga, logrando con ello una recuperación del tono muscular [11 y 12],

La sistemática de trabajo es muy simple, se dispone de una serie de dispositivos intravaginales de menor a mayor peso que son introducidos durante unos 15 minutos, dos veces al día, en bipedestación y andando, intentando conseguir que no se caiga; cuando esto se logra, se pasa al inmediato superior en peso. Se consigue con ello una recuperación notable del tono muscular aunque no llamativa. La experiencia demuestra que sus mejores resultados se obtienen en pacientes que no han rehabilitado su perine con anterioridad, con incontinencias leves y musculatura con un tono basal aceptable. Es aconsejable como medio de recuperación postparto. Tiene la ventaja de que es un tipo de tratamiento que se ejecuta en domicilio y puede utilizarse también como sistema de valoración perineal previo a otro tipo de tratamiento [13 y 14],

MATERIAL Y MÉTODOS

Desde noviembre de 1997 hasta enero del 2002 han sido tratadas con fisioterapia perineal 412 mujeres con incontinencia urinaria. La edad media fue de 49,7 años con una desviación de 10,3 y un rango de 14 a 72 años. Un total de 189 (45,9%) mujeres presentaba una incontinencia de esfuerzo mientras que 223 (54,1%) tenían además un mayor o menor componente de urgencia y padecían, por tanto, una incontinencia urinaria mixta, no tratamos con este programa incontinencias de urgencia; 136 (33%) pacientes tenían una

incontinencia leve, 201 (48,8%) mujeres una incontinencia moderada y 75 (18,2%) mujeres una incontinencia grave, la incontinencia se clasificó según su gravedad atendiendo al número de escapes y de absorbentes al día.

El tratamiento se desarrolló en una unidad especializada en uroginecología donde contábamos con un equipo complejo provisto de sistemas de BFB visual y auditivo, además de programas de electroestimulación funcional y electromiografía con electrodos de contacto.

MÉTODO DE VALORACIÓN DEL SUELO PÉLVICO

Para la valoración del estado muscular del perine colocamos a la paciente en decubito supino, piernas ligeramente flexionadas y actitud de máxima relajación.

— Valoración digital. Introduciendo los dedos índice y medio con las primeras falanges ligeramente flexionadas y con la palma de la mano mirando hacia abajo, se intenta comprobar el grado de plegamiento de las paredes de la vagina sobre los mismos, capacidad de distensión de sus paredes al hecho de separación de los dedos. Comprobamos existencia o no de asimetrías.

A continuación se procede a valorar la capacidad de la musculatura invitando a la paciente a que contraiga la misma alrededor de los dedos, una contracción rápida repetida tres o cuatro veces y seguidamente otra, manteniendo la contracción durante 4-5 segundos. De este modo valoramos potencia de contracción y resistencia. En estas contracciones se tiene en cuenta también la capacidad para desplazar los dedos del explorador hacia arriba y a su vez la participación o no de musculatura agonista en el momento de la contracción.

Esta exploración es de suma importancia ya que nos va a proporcionar las directrices para encauzar el entrenamiento y enfoque del tratamiento posterior, mediante ella obtendremos información sobre tono basal y la fuerza contractil de la musculatura, duración de la contracción, movilidad de los dedos a la contracción y capacidad de aislamiento de la musculatura.

Todos estos parámetros son puntuables de 0 a 5, siendo el cero la falta total de respuesta y 5 la máxima. De este modo la puntuación total nos orienta en cuanto a expectativas de respuesta al trabajo de reeducación [15],

— Valoración con perineómetro (figura 4). Se suele realizar mediante sensor de presión intravaginal, o intrarrectal en mujeres vírgenes o con estrechez vaginal. Se mide el tono basal estando en reposo la musculatura y después a máxima contracción, ordenando ejecutar de 3 a 4 contracciones fuertes con el fin de averiguar el valor medio. Un parámetro importante es la diferencia entre presión máxima y basal, y la denominamos presión diferencial, que es tomada como la capacidad contractil de la musculatura y a partir de la cual se empezarán a ejecutar los ejercicios. La presión diferencial adquiere importancia porque salva el sesgo de colocación del aparato y de posicionamiento de las piernas de la paciente pues observamos que según colocase las piernas y apretase más o menos el sensor, la presión basal en una misma paciente era variable; la presión diferencial no está sujeta a estas variaciones.

— Valoración con conos. Un tercer sistema de valoración del suelo pélvico son los conos vaginales, mediante el empleo de estos dispositivos se define tono basal como el cono de mayor peso que la paciente es capaz de soportar durante un minuto sin que se le escape y sin efectuar contracción y se denomina fuerza contractil al máximo cono que es

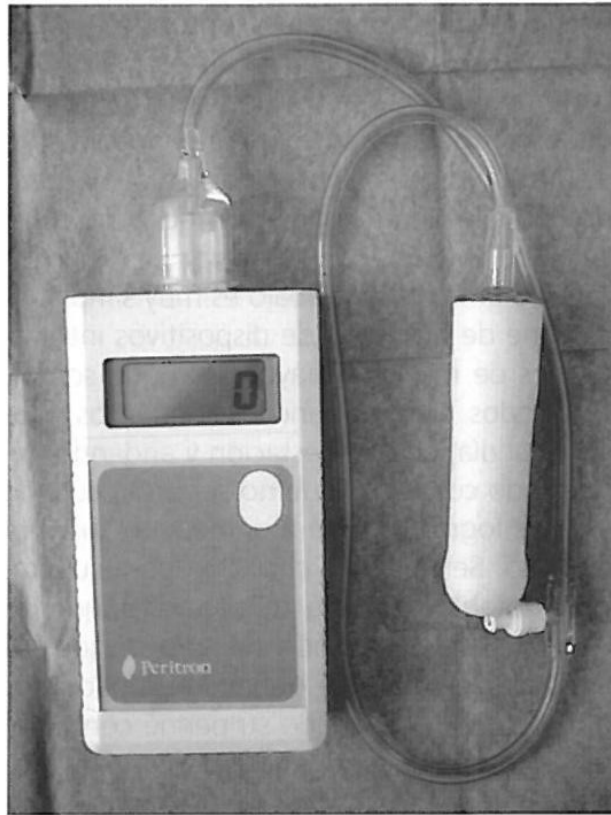


Fig. 4.

capaz de sostener durante un minuto pudiendo contraer su musculatura pélvica.

— Valoración con electromiografía. Actualmente en desuso por su escasa reproducibilidad, consiste en medir la fuerza perineal mediante el registro tomado por unos electrodos colocados en el suelo pélvico [16 y 17],

MÉTODO DE TRATAMIENTO

Nuestro método de tratamiento consta de tres fases, a saber:

— Fase informativa. Explicación comprensible del porqué de su alteración, de la relación de ésta con la estructura anatómica de su pelvis, de qué es lo que pretendemos en-

senarle y qué tipo de ejercicios tendrá que realizar. Empezamos a sensibilizarla en la importancia que va a tener en el buen resultado tanto su colaboración como su dedicación en la práctica de los ejercicios, de este modo vamos despertando su motivación y su responsabilidad en el trabajo. En esta fase, que abarca la primera sesión o primera cita en la Unidad y que comienza inmediatamente después de la valoración del suelo pélvico, la paciente aprenderá el ejercicio básico, al principio con control digital, posteriormente con perineómetro conectado a un software con *biofeedback* acústico y visual. Si en esta fase se comprueba la participación de musculatura agonista, se monitorizan mediante electromiografía estos grupos musculares a fin de ayudar a la comprensión de su aislamiento.

— **Fase de tratamiento.** Una vez establecidos los parámetros de valoración del suelo pélvico estaremos en condiciones de iniciar el tratamiento. En general no deberíamos hablar de tratamiento como tal, aunque este está implícito, sino de fase de aprendizaje. Esta consiste en una sesión de unos 20 a 30 minutos semanales durante unas seis semanas aproximadamente en las que intentamos conseguir:

1. Un correcto aprendizaje.
2. Aislamiento perfecto de la musculatura.
3. Progresión en la respuesta muscular.
4. Trabajo con fibras de contracción rápida y lenta.
5. Seguimiento del trabajo.
6. Desarrollo del reflejo de bloqueo perineal.

A la paciente se le adiestra para que el trabajo desarrollado lo efectúe en su domicilio 2 o 3 veces al día durante unos 15 a 20 minutos, facilitándole un diario de trabajo que

nos oriente sobre su cumplimiento y a su vez la incentive. Este parámetro de cumplimiento durante la fase de aprendizaje es vital para terminar de valorar el grado de motivación ya que de su posterior seguimiento dependerá en gran medida el resultado. En algunas ocasiones no debemos hablar de fracaso de la rehabilitación sino de fracaso de la paciente, de ahí la importancia que tiene el interés que hay que despertar y la selección de las pacientes candidatas a este tipo de tratamiento.

— **Fase de seguimiento.** Una vez concluida la fase de entrenamiento y comprobada su buena ejecución y cumplimiento la paciente es revisada y evaluada en intervalos de 1, 3, 6 y 12 meses, en los cuales se valoran resultados en cuanto al síntoma incontinencia, evolución de la fuerza muscular, del reflejo de bloqueo perineal, es decir de la contracción rápida y simultánea del perineo con los esfuerzos abdominales, necesidad de utilización de protectores, número, grado de satisfacción por el resultado en cuanto a los síntomas, evolución de la fuerza muscular, cumplimiento del trabajo, grado de satisfacción, etc.

RESULTADOS

Se define éxito como la ausencia de escapes a los esfuerzos y de utilización de absorbentes; si tiene incontinencia por urgencia no se considera fracaso, pero si utiliza absorbentes por cualquier motivo, el resultado no es considerado éxito. Se considera un resultado aceptable una clara disminución en el número de escapes y en el número de absorbentes, si cualquiera de los dos parámetros no ha disminuido, el resultado no es aceptable. Se considera fracaso el resto de los casos que no cumplen las premisas anteriores. El abandono del tratamiento por malos resultados fue considerado fracaso. Si la causa no pudo ser

aclarada, la paciente no entró en el estudio (23 casos).

De las 412 pacientes tratadas en estos cuatro años, en el seguimiento a un mes, tenemos 189 (45,9%) casos que han sido un éxito, 160 (38,8%) casos con resultado aceptable y 63 (15,3%) casos fracasados. En el seguimiento a un año, cumplimentado por 271 pacientes, 21 casos no acudieron a revisiones y no se pudo contactar con ellas por lo que no han sido incluidas, las pacientes en las que se indicó cirugía de su incontinencia por fracaso de la fisioterapia son incluidas como fracaso aunque no completaron su seguimiento a un año. Tuvimos 105 (38,7%) éxitos, 108 (39,8%) resultados aceptables y 58 (21,5%) fracasos.

Desglosados estos resultados por grado de gravedad de la incontinencia, en la incontinencia leve, hemos observado 101 (74,2%) casos con éxito del tratamiento, 33 (24,2%) casos con resultado aceptable y 2 (1,6%) fracasos. Para la incontinencia moderada tuvimos 86 (42,7%) éxitos, 103 (51,2%) casos aceptables y 12 (6,1%) fracasos y para la incontinencia grave, 2 (2,6%) éxitos, 24 (32%) casos aceptables y 49 (65,4%) fracasos (tabla 1).

De las 412 mujeres que siguieron el programa de fisioterapia, 263 (63,8%) pacientes trabajaban adecuadamente, es decir, aislaban bien los elevadores del ano, 115 (27,9%) trabajaban regular, es decir, utilizaban alguna musculatura accesoria a pesar del periodo

de aprendizaje y 34 (8,3%) eran incapaces de comprender los ejercicios, o utilizaban múltiples músculos agonistas en lugar o a la vez de contraer la musculatura vaginal. A 58 (14%) mujeres se les aplicó electroestimulación previamente a la entrada en programa de fortalecimiento muscular.

De las 271 pacientes revisadas a un año, 226 (83,3%) mujeres seguían haciendo los ejercicios con regularidad al menos dos veces en semana y 45 (16,6%) reconocían no acordarse o haber perdido el interés. Aun no estamos en condiciones de contestar a las cuestiones de cómo influye la forma de trabajar y el mantenimiento de los ejercicios a largo plazo en los resultados así como de poder desglosar la forma de trabajar por edades o el cumplimiento a largo plazo según resultados a corto plazo o según gravedad de la incontinencia, el nivel sociocultural también debería ser tenido en cuenta. Para responder a estas interesantes preguntas tenemos en marcha un estudio multivariante y próximamente podremos ofrecer lo que esperamos que sean atractivas respuestas.

Si analizamos los resultados de nuestras pacientes una vez retiradas las enfermas que no lograron trabajar bien, es decir, solo estudiamos las 263 enfermas que trabajaban adecuadamente, las cifras se decantan a nuestro favor, el 95% de las mujeres con incontinencia leve curan, el 56% de las que tienen incontinencia moderada y el 5,5% de las que tienen incontinencia grave.

TABLA 1. Resultados de la rehabilitación perineal

	Éxitos	Aceptables	Fracasos	Total casos
Leve	101 (74,2%)	33 (24,2%)	2 (1,6%)	136
Moderada	86 (42,7%)	103 (51,2%)	12 (6,1%)	201
Grave	2 (2,6%)	24 (32%)	49 (65,4%)	75
Total resultados	189	160	63	412

De las 412 mujeres tratadas, antes de comenzar los ejercicios, 349 (84,7%) pacientes nos confesaron que estaban dispuestas a operarse para quedarse secas y 63 (15,3%) no les merecía la pena; al terminar el programa, 314 (76,2%) mujeres declaraban que actualmente no les merecía la pena operarse y 98 (23,8%) mujeres estaban dispuestas a operarse para quedarse secas.

DISCUSIÓN

Nunca insistiremos lo suficiente en que las claves para el éxito de la fisioterapia del periné es la motivación de la mujer, nosotros enseñamos pero ella es la que trabaja y la que se cura, si no hay voluntad, si no hay constancia, no habra resultados. Además, no hay que olvidar que para que los resultados permanezcan en el tiempo, la paciente debe dedicar un mínimo tiempo semanal a mantener su tono perineal; de esta forma, los resultados parecen mantenerse. Autores con una experiencia más larga lo confirman [18]. Otro aspecto fundamental es el trabajo conjunto entre fisioterapeutas, ginecólogos y urólogos. Todos deben aunar esfuerzos y caminar en la misma dirección; en algunos hospitales, por su idiosincrasia particular hemos observado una tremenda dispersión en el manejo de la incontinencia, la tratan diferentes servicios y de diferentes formas, esto crea confusión y empeora los resultados; los distintos profesionales deben trabajar unidos, atender simultáneamente cada problema específico que plantee la mujer, operar conjuntamente, corregir el tratamiento de común acuerdo.

Podemos terminar resumiendo que la reeducación del suelo pélvico puede curar la incontinencia, proporcionando una sexualidad más satisfactoria, una reincorporación a la vida social, una mejora de la calidad de vida

con aumento de autoestima y autoconfianza y esto lo hace con menos dinero, menos incomodidad, menos dolor, menos hospitalización, sin efectos secundarios, con una alta aceptación por parte de las pacientes y sin perjuicio de los resultados globales finales.

CONCLUSIONES

La Fisioterapia perineal es muy eficaz siempre que la indicación sea correcta y que el fisioterapeuta esté especializado e integrado en un equipo multidisciplinar. Además, debe existir un programa de tratamiento bien protocolarizado si se desea sacar el máximo provecho. Existen experiencias previas a la nuestra que fracasaron por no existir un equipo y una unidad especializados y dedicados de forma exclusiva a este problema.

La Fisioterapia perineal cura la IUE, especialmente en sus formas leves y moderadas. No obstante, es conveniente que las pacientes con formas graves que se vayan a intervenir quirúrgicamente se sometan a nuestro tratamiento con vistas a una mejor recuperación postoperatoria.

La Fisioterapia perineal mejora la calidad de vida de la paciente. En ocasiones la IUE ocasiona una merma en la autoestima y genera complejos, por lo que al curar la IUE estamos reforzando su personalidad.

La Fisioterapia perineal ahorra intervenciones quirúrgicas y un considerable gasto hospitalario, sin olvidar la descongestión en quirófanos y acortamiento de otras listas de espera.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kegel AH. Progressive resistance exercise in the functional restoration of perineal mus-

- cle. Am J Obstet Gynecol, 56: 238-248, 1948.
2. Nygaard I, Kreder K, Lepic M y cols.: Efficacy of pelvic floor muscle exercises in women with stress, urge and mixed urinary incontinence. Am J Obstet Gynecol, 174: 120-125, 1996.
 3. Bourcier A, Juras J.: Nonsurgical therapy for stress incontinence. Urol Clin North Am, 22: 613-627, 1995.
 4. Hay-Smith Esc, Bo K, Berghmans Lem, Hendrikg Hjm, De Bier A, Van Waalwijk.: Pelvis floor muscle training for urinary incontinence. Cochrane Incontinence Group. Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 1, 2002.
 5. Medina Ra, Campoy P, Ramirez A, Soltero A.: *Manejo de la incontinentia urinaria de esfuerzo femenina en una unidad especializada.* Aetas Urol, 22:94-102, 1998.
 6. Janssen Cc, Lagro Janssen Al, Felling AJ. The effects of physiotherapy for female urinary incontinence: individual compared with group treatment. BJU Int, 87:201-206, 2001.
 7. Serra L. Fisioterapia perineal. En: Tratado de reeducacibn urogineproctologica. Salinas J, Rapariz M. 263-292. Graficas Santer SL. Madrid, 1997.
 8. Bourcier, A. Physical therapy for female pelvic floor disorders. Curr Op Obstet Gynecol, 6: 331-335, 1994.
 9. Berghmans LCM, Frederiks RA, de BIE EH y cols, efficacy of biofeedback, when included with pelvic floor muscle exercise treatment, for genuine stress incontinence. Neur Urodyn, 115: 37-52, 1996.
 10. Hunskaar S, Emery S, Jeyaseelan S. Electrical stimulation for urinary incontinence in woman. Cochrane Incontinence Group. Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 1,2002.
 11. Esteban M, Salinas J, Verdejo C, Ramirez JC, Resel L. Estudio prospectivo de rehabilitation perineoesfinteriana mediante conos vaginales en la incontinentia urinaria de esfuerzo femenina. Toco-Gyn Pract, 55: 440-450, 1996.
 12. BO K. Vaginal weight cones. Theoretical framework. Effect on pelvic floor muscle strength and female stress urinary incontinence. Acta Obstet Gynecol Scand, 74: 87-92, 1995.
 13. Peathe AB, Plevnik S, Stanton SL. Vaginal cones: a conservative method of treating genuine stress incontinence. Br J Obstet Gynec, 95: 1049-1053, 1998.
 14. Pieber D, Zivkovic F, Tamussino K, Ralph G, Lippiitt G, Fauland B. Pelvic floor exercise alone or with vaginal cones for the treatment of mild to moderate stress urinary incontinence in premenopausal women. Int Urogynecol J, 6: 14-17, 1995.
 15. Brink CA, Sampselle CM, Wells TJ, Diokno AC, Gillis GL. A digital test for pelvic muscle strength in older women with urinary incontinence. Nursing Research, 38:196-199, 1989.
 16. BO K, Kvarstein B, Hagen R, Larsen S. Pelvic floor muscle exercise for the treatment of female stress urinary incontinence: I. Reliability of vaginal pressure measurements of pelvic floor muscle strength. Neurourol Urodyn, 9:471-477, 1990.
 17. Bo K, Kvarstein B, Hagen R, Larsen S. Pelvic floor muscle exercise for the treatment of female stress urinary incontinence: II. Validity of vaginal pressure measurements of pelvic floor muscle strength and the necessity of supplementary methods for control of correct contraction. Neurourol Urodyn, 9:479-487, 1990.
 18. Cammu H, van Nylén M, Amy JJ. A 10 year follow-up after Kegel pelvic floor muscle exercises for genuine stress incontinence. BJU Int, 85: 655-658, 20.