

EN PROFUNDIDAD

Suelo pélvico: frecuente no significa normal

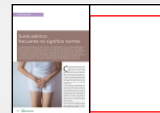
LAS PÉRDIDAS DE ORINA, EL PROLAPSO, EL DOLOR PÉLVICO O LAS ALTERACIONES DE LA FUNCIÓN SEXUAL E INTESTINAL SIGUEN OCULTÁNDOSE CON DEMASIADA FRECUENCIA TRAS LA EDAD, EL EMBARAZO, EL PARTO O LA MENOPAUSIA. FRENTE A LA RESIGNACIÓN, FISIOTERAPIA, EDUCACIÓN SANITARIA, TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS Y NUEVAS ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS OFRECEN RESPUESTAS CADA VEZ MÁS PERSONALIZADAS. LA FARMACIA COMUNITARIA OCUPA UNA POSICIÓN PRIVILEGIADA PARA DETECTAR ANTES EL PROBLEMA Y DIRIGIR AL PACIENTE HACIA EL PROFESIONAL ADECUADO.



Comprar absorbentes durante meses. Dejar de correr por miedo a una pérdida de orina. Buscar siempre dónde está el baño antes de salir de casa. Levantarse varias veces cada noche. Reducir el agua para intentar controlar la urgencia. Evitar las relaciones sexuales por dolor o molestias. Son pequeñas adaptaciones que pueden ir instalándose progresivamente en la vida cotidiana hasta que el paciente termina asumiendo como normal una situación que no debería serlo.

La incontinencia urinaria es probablemente la cara más conocida de las disfunciones del suelo pélvico, pero no la única. Este conjunto de músculos y tejidos participa en la continencia urinaria y fecal, la función sexual y el soporte de los órganos pélvicos. Cuando algo falla, las manifestaciones pueden abarcar desde las pérdidas de orina hasta el estreñimiento, la incontinencia anal, el prolapso de los órganos pélvicos, el dolor o las molestias durante las relaciones sexuales.

El silencio persiste ante el problema. *“La incontinencia urinaria continúa estando rodeada de estigma, vergüenza y normalización”*, advierte **Manuel Ramón Bernal Pacheco**, enfermero



experto en continencia y cuidado del suelo pélvico del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga y USC Urólogos QuirónSalud Málaga. El paciente va modificando sus hábitos para adaptarse y el trastorno puede permanecer oculto durante años, con consecuencias sobre "la autoestima, el sueño, la actividad física y la sexualidad", además de limitar progresivamente su autonomía y, por ende, su calidad de vida.

En las mujeres, el embarazo y el parto, la menopausia, la obesidad y el envejecimiento elevan el riesgo. Eso no convierte sus consecuencias en inevitables. **María Isabel Valdivia Jiménez**, presidenta de la Sección de Suelo Pélvico de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), enumera entre las patologías más frecuentes la incontinencia urinaria, el prolapso de los órganos pélvicos, la incontinencia anal y el dolor pélvico o durante las relaciones sexuales. "El suelo pélvico continúa siendo una gran asignatura pendiente en la salud de la mujer", resume.

Un problema no solo femenino

La identificación del suelo pélvico con embarazo y maternidad ha contribuido a dejar en segundo plano a los hombres. Sin embargo, ellos tampoco están al margen. **María Eugenia Zegrí**, coordinadora nacional del Grupo de Trabajo de Residentes y Urólogos Jóvenes de la Asociación Española de Urología (AEU), alude a datos de las guías europeas de urología. La incontinencia afecta aproximadamente al 11 % de los varones de entre 60 y 64 años y hasta al 31 % de los mayores de 85. No existe, tampoco en ellos, una única incontinencia. Puede ser de esfuerzo, cuando las pérdidas aparecen al toser, estornudar o realizar ejercicio; de urgencia, asociada a una necesidad imperiosa de orinar; o mixta, cuando concurren ambos mecanismos. La cirugía prostática y la radioterapia pélvica constituyen situaciones especialmente relevantes, aunque las pérdidas pueden estar relacionadas igualmente con enfermedades neurológicas, alteraciones vesicales, infecciones urinarias o trastornos metabólicos.

"Es importante romper con la idea de que las pérdidas de orina son algo inevitable del envejecimiento o exclusivamente femenino", subraya Zegrí. Determinar qué tipo de incontinencia presenta el paciente y cuál es su origen resulta decisivo porque las respuestas terapéuticas son diferentes. Una realidad que la fisioterapia conoce bien. **Natalia Ruiz**, fisioterapeuta especialista en suelo pélvico y uroginecología de Clínica Cemtro, se encuentra todavía en consulta con la idea de que el suelo pélvico es "solo 'cosa de mujeres' o, peor aún, solo 'cosa de después del parto'". La realidad incluye problemas como la incontinencia posterior a una prostatectomía y obliga a incorporar al varón a la prevención, la detección y la rehabilitación.

Ni resignarse ni hacer Kegel sin más

Si una creencia persiste entre los pacientes es que un suelo pélvico sano equivale necesariamente a un suelo pélvico fuerte. Y de ahí se ha pasado a otra simplificación, pensar que ante cualquier problema la respuesta son los ejercicios de Kegel.

"Los Kegel son una herramienta válida, no un dogma", puntualiza Ruiz. No todas las personas necesitan fortalecer la musculatura. Algunas presentan hipertonía, es decir, un suelo pélvico excesivamente tenso, y realizar contracciones de forma indiscriminada puede alimentar esa tensión y contribuir al dolor durante las relaciones sexuales, al estreñimiento o incluso al empeoramiento de la incontinencia.

A ello se une la posibilidad de ejecutar mal los ejercicios. Ruiz cifra en "hasta un 30-40 %" el porcentaje de mujeres que, cuando intentan realizar una contracción únicamente a partir de una indicación verbal y sin supervisión, terminan efectuando una maniobra de Valsalva y empujando hacia abajo en lugar de contraer hacia arriba. Insiste en que, "antes de recomendar cualquier ejercicio, hace falta una valoración funcional".

En ese sentido, defiende que la fisioterapia especializada permite conocer cómo contrae y relaja la musculatura cada paciente y establecer una intervención adaptada. El entrenamiento muscular puede combinarse con reeducación postural, trabajo respiratorio, técnicas manuales o *biofeedback*. En la incontinencia urinaria de esfuerzo, Ruiz destaca tasas de mejora o resolución superiores al 70 % en numerosos estudios.

Pero el resultado no se mide exclusivamente en mililitros de orina perdidos. "Hablamos de mujeres que recuperan la confianza para hacer deporte, para reírse sin miedo, para volver a tener relaciones sexuales sin dolor", recalca. El verdadero resultado se encuentra en recuperar aquello que el problema había ido arrebatando.

Hábitos que cuentan

La rehabilitación forma parte de un abordaje conservador mucho más amplio. Peso saludable, actividad física, prevención del estreñimiento, hidratación adecuada, manejo de la presión abdominal y buenos hábitos miccionales pueden influir en los síntomas y en su evolución. Bernal Pacheco alerta tanto contra aguantar sistemáticamente la orina durante periodos excesivos como contra el extremo contrario, acudir continuamente al baño "por si acaso". Tampoco reducir drásticamente la ingesta de líquidos constituye una buena estrategia frente a las pérdidas. Una hidratación insuficiente favorece el estreñimiento y concentra la orina, lo que puede incrementar en determinadas personas la urgencia y el malestar vesical.

La tos crónica y el tabaquismo son otros factores sobre los que intervenir, al igual que los esfuerzos repetidos durante la defecación. El propósito es actuar antes de que la contención de las pérdidas se convierta en la única respuesta. Bernal Pacheco hace hincapié en que "el absorbente debe entenderse como un recurso de apoyo dentro de un plan individualizado de cuidados, y no como el tratamiento de la incontinencia".

Su elección debe adaptarse al volumen y tipo de pérdidas, la anatomía, la autonomía y las preferencias de cada persona. Utilizarlos correctamente, cambiarlos con la frecuencia adecuada y cuidar la piel ayudan a evitar problemas dermatológicos y preservar el confort. Pero la atención no puede acabar ahí.

Antes de llegar a la cirugía

La evolución en el abordaje de las disfunciones del suelo pélvico ha reforzado precisamente las alternativas conservadoras y la individualización. Valdivia Jiménez incide en que el manejo debe comenzar con entrenamiento y rehabilitación del suelo pélvico, terapias conductuales y educación y, según el trastorno, puede incorporar *biofeedback*, estimulación eléctrica o dispositivos.

La cirugía queda reservada para determinados pacientes. "La tendencia actual no es intervenir quirúrgicamente hallazgos anatómicos aislados en ausencia de correlación funcional o clínica", precisa. Un rectocele, por ejemplo, no suele requerir por sí mismo una intervención quirúrgica. La decisión debe tener en cuenta la gravedad, la posible obstrucción funcional y, fundamentalmente, la existencia de síntomas clínicamente relevantes.

En urología, el abanico terapéutico también se ha ampliado. Cuando predominan la vejiga

EN PROFUNDIDAD

hiperactiva o la incontinencia de urgencia, las medidas conductuales y el entrenamiento vesical pueden acompañarse de tratamientos farmacológicos, entre ellos antimuscarínicos y agonistas beta-3. La estimulación del nervio tibial posterior es otra de las alternativas disponibles y, en casos seleccionados y refractarios, se dispone de la inyección intravesical de toxina botulínica A y la neuromodulación sacra.

"Cada vez disponemos de más opciones y podemos avanzar de manera escalonada", manifiesta Zegri. Medidas conductuales, rehabilitación, medicamentos y procedimientos intervencionistas pueden combinarse atendiendo a las características y preferencias de cada paciente.

La menopausia amplía la mirada

En determinadas etapas de la vida de la mujer, los síntomas urinarios tampoco deben analizarse de forma aislada. En la peri y posmenopausia pueden formar parte del síndrome genitourinario de la menopausia, en el que coexisten manifestaciones genitales, sexuales y urinarias. **Ariana Cornet**, ginecóloga y Medical Advisor de Laboratorios Pierre Fabre, se detiene en las consultas que aparecen durante la perimenopausia y la menopausia por sequedad vaginal, escozor o sensación de pesadez pélvica, junto a las pérdidas de orina.

Los cambios hormonales repercuten en los tejidos de la zona. Existen alternativas hormonales y no hormonales y, nuevamente, el mensaje pasa por abandonar la resignación. De hecho, afirma que *"la incontinencia urinaria es frecuente, pero no es normal ni inevitable. Tiene tratamiento y se puede mejorar significativamente"*.

El mismo principio sirve para el embarazo y el posparto. La prevención, la recuperación perineal y la identificación precoz de síntomas permiten intervenir cuando todavía no han terminado condicionando las actividades habituales. Para Cornet, uno de los principales obstáculos continúa

siendo normalizar el síntoma y, precisamente por ello, *"la farmacia puede ser el espacio donde se rompa ese silencio"*.

Una consulta que empieza en el mostrador

Muchas de estas historias no comienzan en una consulta especializada. Empiezan cuando alguien entra en una farmacia y pide un absorbente. O un laxante. Un lubricante. Un hidratante vaginal. O comenta casi de pasada que se levanta cuatro veces cada noche para ir al baño. Ahí aparece una oportunidad para preguntar.

Leire Andraca Iturbe, farmacéutica comunitaria en Barakaldo (Bizkaia) y miembro del Grupo de Trabajo de Salud de la Mujer de la Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria (SEFAC), observa cómo muchos pacientes han ido adaptando su vida al síntoma antes de solicitar ayuda. Sostiene que *"esa normalización hace que exista una ventana importante para la detección oportunista desde la farmacia"*.

Urgencia, aumento de la frecuencia, nicturia, pérdidas con el esfuerzo, goteo posmiccional, dificultad para comenzar a orinar, menor fuerza del chorro o sensación de vaciado incompleto son algunas de las manifestaciones sobre las que puede preguntar el farmacéutico. En el hombre, Andraca Iturbe recomienda no atribuir automáticamente cualquier síntoma urinario a la próstata.

La farmacia cuenta asimismo con herramientas que pueden ayudar a objetivar la situación. Entre ellas se encuentran el *International Prostate Symptom Score (IPSS)* para los síntomas del tracto urinario inferior en el varón, cuestionarios específicos de incontinencia y el diario miccional. Este último posibilita registrar durante varios días horarios y volúmenes de micción, líquidos ingeridos, urgencias, pérdidas y las circunstancias en las que aparecen.

"Nuestra función no es establecer un diagnóstico etiológico desde la farmacia, sino detectar, cuantificar la repercusión, identificar signos de alarma, realizar una primera intervención sanitaria y realizar una derivación adecuada si fuera necesario", delimita Andraca Iturbe. La finalidad no es diagnosticar desde el mostrador.

Saber cuándo derivar

Sangre en la orina, dolor pélvico o vesical persistente, retención urinaria, infecciones recurrentes, dificultades importantes para iniciar la micción o vaciar la vejiga, incontinencia de aparición brusca o síntomas neurológicos nuevos requieren valoración médica. Cornet

QUÉ PUEDE HACER LA FARMACIA ANTE UNA CONSULTA

Una petición aparentemente rutinaria puede descubrir un problema que lleva tiempo oculto. Leire Andraca Iturbe propone aprovechar consultas como la adquisición reiterada de absorbentes, lubricantes o laxantes, la nocturia, la urgencia, el estreñimiento o las molestias genitales. *"El absorbente resuelve una necesidad inmediata, pero no necesariamente aborda la causa del problema"*, dice. Unas pocas preguntas pueden ayudar a conocer desde cuándo existen los síntomas, en qué situaciones aparecen y hasta qué punto interfieren en la vida cotidiana.

La primera respuesta puede empezar por los hábitos. Hidratación adecuada, prevención del estreñimiento, control del peso y evitar acudir sistemáticamente al baño *"por si acaso"* forman parte de la educación sanitaria. Natalia Ruiz incluye entre los hábitos protectores *"aprender a gestionar la presión abdominal al levantar peso"* y recuerda la importancia de mantenerse activo. Manuel Ramón Bernal Pacheco advierte, por su parte, de que *"no debemos recomendar reducir drásticamente la ingesta de líquidos para evitar las pérdidas"*, ya que una hidratación insuficiente puede favorecer el estreñimiento y aumentar en algunas personas la urgencia y el malestar vesical.

La farmacia puede ayudar igualmente a identificar cuándo hace falta avanzar en la valoración. María Eugenia Zegri es clara al respecto: *"Si las pérdidas de orina se repiten o empiezan a condicionar la vida del paciente, hay que consultar"*. María Isabel Valdivia Jiménez incorpora otros síntomas y avisa de que *"perder orina al toser, reír o hacer ejercicio, notar un bulto o sensación de peso en la vagina, tener dificultad para controlar los gases o las heces, sufrir dolor persistente en la pelvis o durante las relaciones sexuales"* son señales que merecen una valoración profesional.

Hay situaciones que requieren una derivación especialmente rápida. Hematuria, retención urinaria, fiebre asociada a síntomas urinarios, dolor pélvico intenso o súbito y determinados prolapsos se encuentran entre ellas. Para Ariana Cornet, *"una detección oportuna puede marcar una gran diferencia en el pronóstico de la persona que padece el problema de salud"*. La función de la farmacia no es diagnosticar, sino preguntar, educar, detectar señales de alarma y facilitar que el paciente llegue al profesional adecuado antes de pasar años limitándose a contener los síntomas.

EN PROFUNDIDAD

incorpora entre las situaciones que precisan especial atención la fiebre acompañada de síntomas urinarios, el dolor pélvico intenso o súbito y el prolapso genital visible cuando provoca molestias importantes o dificultades para orinar o defecar.

Pero la intensidad clínica no es el único criterio. Dejar de salir, abandonar el ejercicio, dormir mal o limitar la sexualidad indica que el trastorno ya está repercutiendo significativamente sobre la persona.

La fisioterapia especializada, por su parte, puede intervenir en la incontinencia de esfuerzo o mixta, el embarazo y el posparto, determinados cuadros de dolor o disfunción pélvica y la recuperación después de una cirugía prostática. El punto de partida vuelve a ser la evaluación, no la prescripción indiscriminada de ejercicios.

"El paciente no llega dividido por especialidades, y su problema tampoco lo está", razona Ruiz. De ahí que fisioterapia, enfermería, Atención Primaria (AP), farmacia comunitaria, ginecología y urología deban funcionar como partes de un mismo recorrido.

Valdivia Jiménez llama la atención sobre la complejidad de los trastornos multicompartimentales, que pueden afectar simultáneamente a vejiga, intestino, órganos pélvicos y dolor. Una visión limitada a una única especialidad puede dejar comorbilidades sin detectar. La coordinación facilita, por el contrario, el acceso temprano a tratamientos conservadores y mejora tanto la adherencia como el seguimiento.

Bernal Pacheco lo plantea en términos similares. *"El objetivo no es que todos hagamos lo mismo, sino que exista una red asistencial coordinada, con criterios claros de actuación y derivación",* declara. El paciente debería percibir un único proceso asistencial aunque en él participen distintos profesionales.

Una farmacia más asistencial

La accesibilidad y el contacto continuado conceden a la farmacia una posición singular dentro de esa red. Para Zegrí, el farmacéutico puede preguntar por urgencia, frecuencia, nocturia o pérdidas cuando alguien solicita absorbentes, detectar señales de alarma, evitar que el síntoma se normalice y reforzar las medidas indicadas y la adherencia a los tratamientos.

Cornet reclama del mismo modo protocolos coordinados de derivación, educación sanitaria, prevención en etapas como embarazo, posparto o menopausia y seguimiento. Sintetiza que *"la farmacia no solo dispensa medicamentos: acompaña, educa y previene".*

Andraca Iturbe añade a estas posibilidades el seguimiento farmacoterapéutico. Revisar la medicación puede ayudar a detectar coincidencias entre el comienzo o empeoramiento de determinados síntomas y un nuevo tratamiento, controlar efectividad y seguridad y vigilar efectos adversos que terminen comprometiendo la adherencia. En las personas mayores, la carga anticolinérgica adquiere especial relevancia.

La privacidad resulta igualmente indispensable. Preguntar con naturalidad por micción, deposiciones o sexualidad puede abrir una conversación que el paciente llevaba mucho tiempo evitando. Normalizar hablar del suelo pélvico no significa normalizar sus síntomas. *"La farmacia comunitaria no debería ser únicamente el lugar donde una persona adquiere un absorbente, un lubricante o un laxante. Puede ser el lugar donde, a partir de esa demanda aparentemente sencilla, se detecte un problema de suelo pélvico que llevaba meses o años condicionando su calidad de vida",* concluye Andraca Iturbe. Porque esa es probablemente la idea que atraviesa todas las disciplinas implicadas. Tener pérdidas de orina, dolor, un prolapso o cualquier otra disfunción del suelo pélvico puede ser frecuente. Aceptarlo en silencio como parte inevitable de cumplir años, ser madre, atravesar la menopausia o someterse a una cirugía no debería serlo. ✚

SUELO PÉLVICO: FRECUENTE NO ES NORMAL

La disfunción del suelo pélvico es tratable y no debe aceptarse como una parte normal del envejecimiento o la maternidad.

La incontinencia no es inevitable

No es una consecuencia normal del parto, la menopausia o la edad; es una patología con solución.



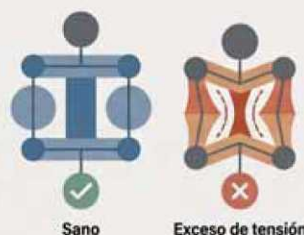
También afecta a los hombres

Hasta el 31% de los varones mayores de 85 años sufren incontinencia, a menudo tras cirugías prostáticas.



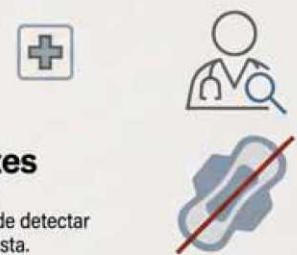
Más fuerza no siempre es mejor

Un suelo pélvico sano no es necesariamente uno fuerte; el exceso de tensión (hipertonía) también causa dolor y disfunción.



Consulta antes de usar absorbentes

El absorbente es un apoyo, no el tratamiento; el farmacéutico puede detectar el problema y derivar al especialista.



Elaboración con inteligencia artificial