

# UroImAgen

## Tratado de **Urología** en Imágenes

Reservados todos los derechos de los propietarios del copyright.

Prohibida la reproducción total o parcial de cualquiera de los contenidos de la obra.

© **Editores: Ángel Villar-Martín, Jesús Moreno Sierra, Jesús Salinas Casado**

© Los autores

© Editorial: LOKI & DIMAS

El contenido de esta publicación se presenta como un servicio a la profesión médica, reflejando las opiniones, conclusiones o hallazgos de los autores. Dichas opiniones, conclusiones o hallazgos no son necesariamente los de Almirall, por lo que no asume ninguna responsabilidad sobre la inclusión de los mismos en esta publicación.

**ISBN:** 978-84-940671-7-4

**Depósito legal:** M-24989-2013

Patrocinado por:



Soluciones pensando en ti

# PRINCIPIOS GENERALES DEL ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DEL SUELO PÉLVICO

CONCEPTO INTEGRAL ANATÓMICO DEL SUELO PÉLVICO .....	3
CAUSAS FISIOPATOLÓGICAS DE LA PATOLOGÍA DEL SUELO PÉLVICO .....	6
IMPORTANCIA DE UNA VISIÓN MULTIDISCIPLINAR UNIFICADA .....	7
IMPORTANCIA SOCIOECONÓMICA DE LA PATOLOGÍA DEL SUELO PÉLVICO .....	8
COMPONENTES DE LA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DEL SUELO PÉLVICO .....	10
FUNCIONAMIENTO DE LAS UNIDADES MULTIDISCIPLINARES EN SUELO PÉLVICO .....	11
ANAMNESIS .....	13
EXPLORACIÓN FÍSICA .....	14
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS .....	14

<b>CONCLUSIÓN .....</b>	<b>18</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>18</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>19</b>

# PRINCIPIOS GENERALES DEL ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DEL SUELO PÉLVICO

*M<sup>a</sup> José García Coret, Juan García Armengol, José Puche Plá, Marcos Bru-  
na Esteban, Francisco L. Villalba Ferrer, José Vicente Roig Vila.*

*Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Unidad de Coloproctología.  
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.*

## CONCEPTO INTEGRAL ANATÓMICO DEL SUELO PÉLVICO

El suelo pélvico es una de las estructuras más complejas del cuerpo humano. Está formado por una estructura ósea, músculos, ligamentos y tejido conectivo, sirviendo de sustento al aparato urinario y genital. Su localización, está al final del digestivo. Además de sujeción, forma el hiato urogenital y el anorrectal para dejar paso a la uretra, vagina y ano<sup>1,2</sup>. Está formado, en un 70 %, por tejido conjuntivo, y en un 30 %, por musculatura (el 80 % son fibras tipo I, lentas e idóneas para mantener un tono basal alto y el 20 % restante son fibras tipo II, de descarga rápida). Los músculos del periné son parietales y su función principal es la de sujeción.

Las vísceras pélvicas se sostienen por tres elementos:

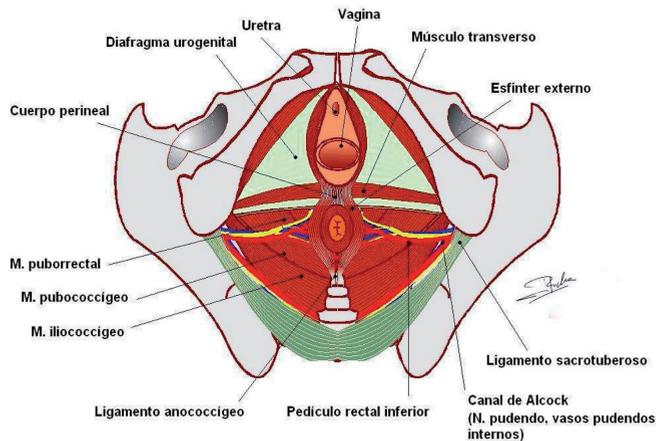
1. La fascia endopélvica.
2. Los elevadores del ano, que constriñen la luz de estos órganos.

3. El efecto valvular por la angulación de estas estructuras.

La cavidad pelviana la componen:

- Cuatro huesos: los dos ilíacos, el sacro y el coxis.
- Cuatro articulaciones: dos sacroilíacas, la sacrocoxígea y la sínfisis pubiana.
- Ligamentos: el útero-sacro (que se origina en el útero y se inserta en S1-S2-S3), el que va del pubis a la parte anterior de la vejiga y el ligamento anocoxígeo.
- Musculatura, distribuida en tres planos:
  1. **Plano muscular superficial.** Formado por los músculos:
    - a. Bulbo-cavernoso (desde la sínfisis del pubis hasta su inserción en el núcleo fibroso central): tiene la función de mantener la erección del clítoris.
    - b. Isquiocavernoso (desde el isquion hasta su inserción en el ligamento suspensorio del clítoris): su función es mantener la erección.
    - c. Transverso superficial (desde el rafe tendinoso del periné hasta las tuberosidades isquiáticas).
    - d. Esfínter estriado del ano (por fuera del canal anal).
  2. **Plano muscular medio.** Lo forma el esfínter estriado de la uretra (que posee la función de realizar el cierre activo y pasivo) y el transverso profundo (desde el pubis y rama isquiopubiana hasta su inserción en el centro tendinoso. Su función es sujetar el núcleo fibroso).
  3. **Plano muscular profundo.** A su vez, dividido en:
    - a. Parte anterior: compuesta por el pubovaginal, con origen en el tercio inferior de la vagina y atravesándola, e inserción en el núcleo central fibroso y el puborrectal, con origen en el pubis e inserción en el canal rectal.

- b. Parte posterior: compuesto por el elevador del ano formado a su vez por tres fascículos: el pubocoxígeo, el ileocoxígeo y el isquiocoxígeo; siendo el más importante, el puborrectal o pubocoxígeo, que es un músculo grueso con forma de “U” y proporciona un cabestrillo al recto (**Figura 1**).



**Figura 1.** Anatomía del suelo de la pelvis, visión inferior.

Otra forma de describir el suelo pélvico es hablar de los niveles DeLancey, que, según el nivel lesionado, nos va a dar unas lesiones distintas<sup>3,4</sup>.

- Nivel I DeLancey o de suspensión: constituido por la fascia endopélvica, ligamentos uterosacos y ligamentos cardinales. Si se lesionan estos mecanismos suspensorios, se provoca prolapso uterino y/o vaginal y enterocele.
- Nivel II DeLancey o de inserción o sostén: a nivel de la porción media de la vagina. A través de conexiones con el arco tendinoso de la aponeurosis endopélvica, forma la fascia pubocervical. A este nivel, también está la fascia rectovaginal. Si se lesionan estos mecanismos de sostén se produce cistocele o rectocele.

- c. Nivel III DeLancey: el tercio inferior de la vagina se funde con el cuerpo perineal y está formado por los músculos transversos y los bulbocavernosos. Si se lesiona este nivel se provoca un rectocele bajo y prolapso vaginal.

## CAUSAS FISIOPATOLÓGICAS DE LA PATOLOGÍA DEL SUELO PÉLVICO

El suelo pélvico debe asegurar la continencia urinaria y fecal, a la vez que debe poder relajarse para permitir la micción, la defecación, el coito y el parto. Cualquier desequilibrio de la estática pelviana puede alterar una o varias de estas funciones<sup>5,6</sup>.

La etiología de los trastornos pélvicos puede ser<sup>7</sup>:

- Anomalías del tejido conectivo o defectos musculares o alteraciones de la cincha abdominal.
- Déficit estrogénico, que provoca una pérdida de la elasticidad e involución de los elementos de sostén.
- Embarazo y parto vaginal, por neurotmesis del pudendo, desgarros o lesiones esfinterianas.
- La cirugía previa directa, o la que provoque una modificación de la estática pelviana.
- Aumento de la presión intraabdominal.
- Origen embriológico (uretra corta, alteración sensitiva mucosa y cuerpo perineal acortado).

## IMPORTANCIA DE UNA VISIÓN MULTIDISCIPLINAR UNIFICADA

El suelo pélvico posee tres orificios y esto lleva a conflicto, porque cada uno de ellos posee su especialista y, hasta ahora, se trataba la patología de forma “vertical”, con el compartimiento anterior abordado por los urólogos, el medio y, a veces, el anterior, por los ginecólogos y el posterior, reservado a los cirujanos coloproctólogos. Durante los últimos años, se ha producido un cambio en la filosofía del manejo de estas enfermedades gracias a la aparición de la teoría integral, que da importancia no sólo a la estructura, sino a la fisiología y fisiopatología, haciendo que se tenga un concepto integrador “transversal”.

Los problemas de la “estática pelviana” afectan en más del 20 % de los casos a los 3 compartimientos (urinario, genital y digestivo), en forma de disfunción múltiple combinada, simultánea o sucesiva. Es sabido que la cirugía de una de ellas puede afectar al equilibrio de los otros<sup>5,6</sup>.

Se ha visto que el daño de estructuras neuro-músculo-conectivas del suelo pelviano es el nexo común en la génesis y el desarrollo de prolapsos, incontinencia urinaria o fecal, y disfunción defecatoria, urinaria o sexual.

Todo esto lleva con frecuencia a asociaciones de patología pélvica, con datos muy dispares en cuanto a las asociaciones de patologías pélvicas. Hay autores que refieren que la combinación de incontinencia fecal y urinaria alcanza en un corte transversal entre el 5,3-9,4 %<sup>8</sup>, y otros estudios<sup>1</sup> reflejan que la asociación de la incontinencia fecal con la incontinencia urinaria varía desde el 24 al 53 % y la asociación con el prolapso genital es del 7 al 22 %.

Kapoor<sup>9</sup>, en su trabajo, habla de una coexistencia de alteraciones genitourinarias y digestivas que alcanza el 60 % de los casos (15 % cistocele y rectocele, 15 % incontinencia anal y

urinaria, 13 % cistocele e incontinencia anal, 13 % rectocele e incontinencia urinaria, 8 % rectocele e histerocele). Por esta gran coexistencia de síntomas, es por lo que se necesita un equipo multidisciplinario que aborde a la vez todos los problemas del suelo pélvico. Ante la constatación de que el suelo de la pelvis se trata de una unidad anatómica y funcional, hay que crear unidades donde deben trabajar juntos varios especialistas. Hay equipos multidisciplinarios que también integran al enfermero del suelo pélvico, como esencial a la hora de mantener la relación del paciente con el resto del equipo. Además, el enfermero se encargará de que el paciente realice los ejercicios o tratamientos no quirúrgicos que indique el equipo<sup>9</sup>.

## IMPORTANCIA SOCIOECONÓMICA DE LA PATOLOGÍA DEL SUELO PÉLVICO

La importancia socioeconómica de esta patología es muy elevada. Epidemiológicamente, es difícil llevar a cabo una investigación de este tema, por ser considerado un tema que ocultan muchos enfermos y considerarlo como una patología normal en los pacientes con edad avanzada. Aún así, con algunos datos epidemiológicos que tenemos, se confirma que esta afección se está convirtiendo en un verdadero problema de salud pública<sup>10</sup>.

La incontinencia urinaria es la patología más frecuente, alcanzando entre un 34-57 % de las mujeres. La incontinencia fecal afecta al 11 % de la población mayor de 45 años. La incidencia puede llegar a ser del 20 % en los pacientes seleccionados con otras enfermedades gastrointestinales. El coste social de la incontinencia fecal es presumiblemente alto. Kamm atribuyó que la incontinencia fecal es la primera causa de necesidad de cuidados de enfermería domiciliarios en los ancianos<sup>11</sup>.

Todo esto conlleva un impacto económico muy elevado, más de 43 millones de euros se gastan anualmente en Cataluña en material absorbente<sup>12</sup>. El 80 % de mujeres con patología

del suelo pélvico presentan disfunción sexual. Las disfunciones del suelo pélvico, son problemas que deterioran la calidad de vida, limitan la autonomía y repercuten en el ámbito psicosocial, laboral, afectivo y sexual<sup>10,12,13</sup>.

En un estudio epidemiológico publicado en 2003, que se basaba en los datos del Departamento Nacional de Altas Clínicas, se estudiaron los procedimientos por prolapso pélvico y se concluyó que la cirugía por prolapso de algún órgano pélvico es más prevalente que la colecistectomía (2,2 frente a 1,61 cada 1.000 personas)<sup>5</sup>.

El incremento de las expectativas de vida de la población y el mantenimiento de un elevado estado de salud, está ocasionando una demanda creciente de atención sanitaria en los países desarrollados<sup>14</sup>.

Se ha estimado que alguna de las tres afecciones perineales más frecuentes: incontinencia urinaria, incontinencia fecal y prolapsos pélvicos, pueden afectar hasta un tercio de las mujeres adultas<sup>14</sup>. Pese a ello, son problemas poco abordados desde atención primaria, pues se interroga poco sobre ellos, no se llega al diagnóstico etiológico y se ofrecen sólo medidas paliativas (absorbentes), además, no suelen ser motivo de consulta en los servicios de rehabilitación<sup>12</sup>.

Tendríamos que prestarle más interés a esta patología ya que conlleva un aislamiento social de los pacientes que la padecen. Así, Rothbarth *et al*<sup>15</sup> demostraron que el tener en la escala Wexner más de nueve puntos se asoció con una disminución importante en la calidad de vida, con la necesidad de utilizar pañal y mayor aislamiento social.

## COMPONENTES DE LA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DEL SUELO PÉLVICO

Hay publicaciones que señalan que, en esta unidad, se deben incluir distintos especialistas y personal no médico como son<sup>1</sup> (**Tabla 1**):

- Ginecólogo.
- Urólogo.
- Cirujano coloproctólogo.
- Gastroenterólogo.
- Fisioterapeuta.
- Especialista en disfunciones sexuales.
- Psicólogo.
- Enfermero del suelo pélvico.

TABLA 1. Componentes de la unidad multidisciplinaria
Ginecólogo
Urólogo
Cirujano coloproctólogo
Gastroenterólogo
Fisioterapeuta
Especialista en disfunciones sexuales
Psicólogo
Enfermero del suelo pélvico
Radiólogo
Anestesista de la Unidad del dolor

Nosotros también incluiríamos en esta unidad a un radiólogo experto en exploraciones del suelo pélvico y a un anestesista de la unidad del dolor, para el tratamiento de las proctalgiias idiopáticas que no responden a la analgesia convencional.

La comunicación entre los miembros de la unidad es muy importante y debe ser fluida. Se pretende, en la primera visita del paciente, realizar una buena anamnesis para definir claramente la o las patologías que tiene y para pedir las exploraciones complementarias pertinentes. Tras esto, se deberían presentar los casos en sesiones, sobre todo los casos complejos, y decidir qué tratamiento es mejor para el paciente, si el quirúrgico, el tratamiento médico o rehabilitador. Willy Davila<sup>1</sup> propone que la primera visita la realice un enfermero entrenado en patología del suelo pélvico para definir qué patología pélvica prevalece y remitir al especialista adecuado para exploración y pedir pruebas complementarias. Con esto, se ve de forma integral la patología y el paciente se evita varias consultas con los distintos especialistas.

## FUNCIONAMIENTO DE LAS UNIDADES MULTIDISCIPLINARES EN SUELO PÉLVICO

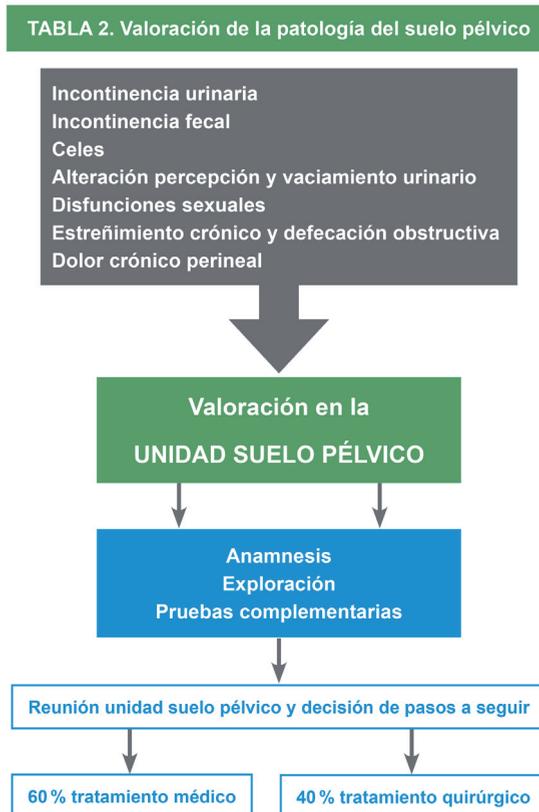
En la patología del suelo pélvico se incluyen enfermedades como<sup>16</sup>:

- La incontinencia urinaria.
- La incontinencia fecal.
- El prolapso de órganos pélvicos (celes).
- Las alteraciones de la percepción y del vaciamiento del tracto urinario.
- El estreñimiento crónico y la defecación obstructiva.
- Las disfunciones sexuales.
- Varios síndromes de dolor crónico del área perineal.

Para el buen funcionamiento de las unidades del suelo pélvico hay que protocolizar la actuación a seguir. No todos los tratamientos deben ser quirúrgicos, Kappor<sup>9</sup>, en su unidad del suelo pélvico, tiene un manejo conservador en el 60 % de los pacientes.

Los pasos a seguir, como en toda historia clínica, serían (**Tabla 2**):

- La anamnesis.
- La exploración física.
- Las pruebas complementarias.



## ANAMNESIS

La anamnesis<sup>17,18</sup> tiene que ser exhaustiva.

Constituye la primera evaluación acerca del motivo de la consulta, interrogando sobre la totalidad de las funciones perianales, para poder diagnosticar todas las patologías del suelo pélvico que suelen coexistir y tratarlas a la vez. También es importante, para luego tomar decisiones, evaluar qué repercusión tiene en la vida del paciente esta patología. Todos estos datos se reflejaran en un formulario protocolizado.

Los antecedentes que más nos interesan para la patología del suelo pélvico son:

- **Antecedentes médicos:** es importante para la patología del suelo pélvico hacer hincapié en alteraciones ginecológicas, quirúrgicas o neurológicas. También, valorar la patología respiratoria que aumente la presión intraabdominal y preguntar sobre el hábito defecatorio, si es estreñido y precisa muchos esfuerzos. No hay que olvidar valorar la patología psicológica asociada.

Hay que saber qué medicamentos toma el paciente, pues muchos medicamentos pueden dar trastornos (diuréticos, antihipertensivos, vasodilatadores, neurolépticos, miorrelajantes, y antidepresivos).

- **Antecedentes obstétricos de la paciente:** número de partos, peso de los fetos al nacer, si fueron partos instrumentados, desgarros o episiotomías amplias.
- **Profesión y actividades deportivas** que realiza: todas aquellas profesiones donde se permanece muchas horas de pie, y especialmente las que requieren el transporte de cargas, son las que suponen un mayor factor de riesgo perineal.

Otro factor muy importante es la actividad deportiva que desarrolla la paciente, la frecuencia y la intensidad de entrenamiento. En general, todos aquellos deportes que provoquen un aumento importante de la presión intraabdominal, suponen un factor de riesgo perineal.

## EXPLORACIÓN FÍSICA

La exploración física<sup>17,18</sup> hay que realizarla de todo el suelo pélvico y el abdomen. La exploración del suelo pélvico debe realizarse en reposo y con realización de cierto esfuerzo. Primero, se realizará una exploración visual para valorar el estado de la piel, la coloración (da una idea de la troficidad vulvovaginal, signo principal del nivel de estrógenos), el diámetro de apertura vaginal, la distancia ano-vulvar y la existencia de cicatrices perianales que provoquen deformidades.

También, con esta exploración se evaluará el tono de la musculatura perineal, la movilidad del coxis, la parte anterior y posterior de la vagina y la uretra. Asimismo, se realizarán test específicos para identificar el tipo y grado de incontinencia urinaria.

Hay que hacer una valoración de la estática de los órganos de la pelvis para apreciar la existencia de algún tipo de prolapso de los órganos pélvicos y cuantificar su estadio.

Se realizará una valoración más allá del periné<sup>19</sup>, ya que es importante evaluar también la musculatura abdominal y lumbar (ver si existe diástasis de rectos, hiperlordosis, el estado del *psoas* ilíaco y del diafragma). Así, observamos si existe hiperpresión abdominal y la funcionalidad de la cincha abdominal. Hay que saber que cualquiera de estos factores va a provocar unas variaciones en las direcciones de las fuerzas y provoca que el suelo pélvico pierda capacidad de sostén. Con la valoración neurológica, evidenciaremos posibles lesiones periféricas parciales, a través de reflejos y sensibilidad cutánea.

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

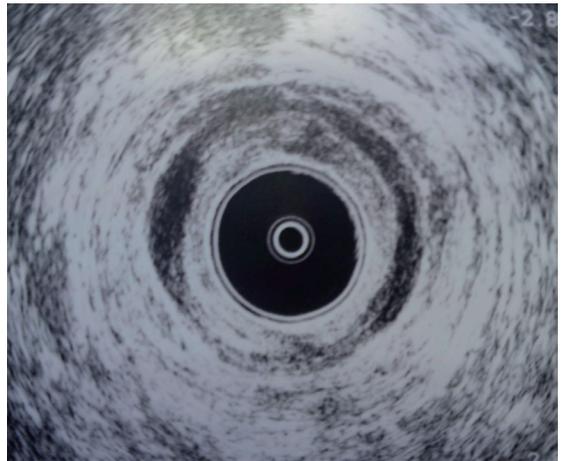
Las **pruebas complementarias** que se van a solicitar dependen de la patología sospechada. Hay que resaltar que muchas de estas patologías van asociadas y habrá que pedirle todas las pruebas necesarias para estudiar bien a la paciente, saber interpretarlas y decidir qué

tratamiento es mejor en cada caso, ya que, a veces, el arreglo del defecto morfológico no hace que se solucione la alteración funcional y, por tanto, no mejora la clínica<sup>20</sup>.

- La **urodinamia** es importante en pacientes con historia de disfunción urinaria y en pacientes con prolapso combinados o grandes. Hay que realizar este estudio con el prolapso reducido para descartar una incontinencia urinaria oculta, frecuente en estos pacientes que, paradójicamente, presentan síntomas obstructivos urinarios. En pacientes con incontinencia severa, también hay que realizar estudio urodinámico para adoptar decisiones terapéuticas y valorar los factores causantes de la incontinencia. Hay que realizar un estudio urodinámico en celes grandes para diagnosticar incontinencias urinarias ocultas.

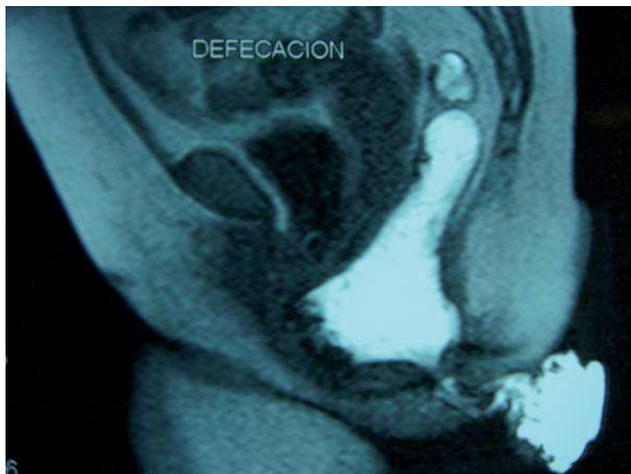
Las técnicas urodinámicas utilizadas de forma más habitual en la incontinencia urinaria son: flujometría, cistomanometría, estudios de presión detrusor/flujo miccional, el perfil de presión uretral, la electromiografía perineal y la videocistouretrografía. Siendo esta última la ideal, ya que permite una valoración integral (anatómica y funcional) del tracto urinario inferior observando lo que ocurre, tanto durante el llenado como durante el vaciado vesical<sup>21</sup>.

- La **ecografía endoanal** nos da la integridad o no del aparato esfinteriano anal. Es útil en la incontinencia fecal y en la patología que precise ver la anatomía esfinteriana (**Figura 2**).



**Figura 2.** Imagen de ecografía endoanal con defectos parcheados de esfínter anal interno en paciente con incontinencia anal tras dilatación anal por fisura anal.

- Los **test electrofisiológicos** se indican para valorar el funcionamiento de los músculos y nervios de la pelvis. Se solicita en cuadros dolorosos perineales, en la incontinencia anal y en los celes.
- La **manometría anorrectal** sirve para valorar las presiones de ambos esfínteres anales. Se solicita en cuadros dolorosos perineales, en la incontinencia anal y en los celes.
- La **videodefecografía, o defecografía por resonancia magnética nuclear dinámica**, se emplea para constatar la tendencia de la cara anterior del recto a protruir con el esfuerzo defecatorio en casos de prolapso combinados. Estos estudios son útiles para el estudio del estreñimiento y la defecación obstructiva<sup>22</sup> y, además de para diagnosticar los celes, sirve para descartar un enterocele, una invaginación interna o una defecación obstructiva funcional (**Figura 3**).



**Figura 3.** Imagen de defecografía con RNM pélvica dinámica que visualiza rectocele anterior de 48,4 mm en la defecación. Vaciado incompleto del contraste contenido en rectocele que requiere la evacuación manual (diagnóstico de defecación obstructiva).

- El **tiempo de tránsito colónico** mediante marcadores radioopacos, para objetivar el tiempo que tardan los marcadores en recorrer el marco cólico. Es útil en la defecación obstructiva y en el estreñimiento.
- El **test de expulsión de balón**, para descartar anismo y valorar la sensibilidad, la distensibilidad y la elasticidad rectales.
- La **radiografía simple de abdomen** permite diagnosticar la litiasis en vejiga que causa la incontinencia urinaria de urgencia, sobre todo, en pacientes con hipertrofia benigna de próstata.
- La **urografía intravenosa** sirve para valorar la morfología y el correcto funcionamiento de las vías urinarias altas.
- La **ecografía vesicoprostática y renal** permite diagnosticar la litiasis, los tumores vesicales, mide la próstata, determina el nivel de obstrucción y sirve para determinar del volumen residual postmiccional.

En las unidades multidisciplinarias se debe realizar una labor de prevención de patología pélvica, además de enseñar y tratar. Así, previo a comenzar el tratamiento quirúrgico o médico con cualquier paciente, sea masculino o femenino, se debe<sup>19</sup>:

- Informar acerca de qué es el periné, cómo se utiliza, qué es el suelo pélvico, así como cualquier cuestión o duda que se formule.
- Educación sanitaria, medidas higiénico-dietéticas.
- Enseñar la autoexploración y saber rellenar el diario miccional y/o defecatorio.
- Prevención de disfunciones del suelo pélvico, de complicaciones durante y después del embarazo, circulatorias, etc. Enseñarle a realizar ejercicios del suelo pélvico.
- Valoración por psicólogos y psiquiatras, ya que existe una alta prevalencia de los trastornos psicológicos y la comorbilidad psiquiátrica en los pacientes con enfermedades del suelo pélvico<sup>19</sup>.

## CONCLUSIÓN

Es importante hacer hincapié en la frecuencia de posibles asociaciones de estas patologías desde la triple vertiente urológica, ginecológica y coloproctológica.

Por todo ello, será necesario estudiar conjuntamente todos los casos, valorar en una unidad multidisciplinar las distintas opciones terapéuticas médicas o quirúrgicas con el fin de obtener la mejoría funcional del paciente, sin necesidad de empeñarse sistemáticamente en arreglar defectos anatómicos que, a veces, no mejoran la funcionalidad.

## RESUMEN

El suelo pélvico incluye el final del tracto urinario, ginecológico y digestivo, además de ser una estructura neuromuscular de sujeción. La patología del suelo pélvico engloba muchas disfunciones que, hasta el momento actual, eran abordadas por distintos especialistas (ginecólogos, urólogos y coloproctólogos), según la patología afectara a uno u otro compartimento. Con gran frecuencia, se asocian estas patologías y convendría diagnosticarlas y tratarlas de forma conjunta en una unidad multidisciplinar, protocolizando todos los pasos a seguir en estos pacientes.

Estas disfunciones pélvicas se pueden dar de forma combinada, simultánea o sucesiva, en los distintos compartimentos, y la cirugía de una de ellas puede afectar al equilibrio de los otros. Ante la constatación de que el suelo de la pelvis se trata de una unidad anatómica y funcional, hay que crear unidades multidisciplinarias donde deben trabajar juntos varios especialistas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Willy Davila G. *Concept of the pelvis floor as a unit.* in: Willy Davila G, Ghoniem GM, Wexner SD (editors). *Pelvis floor dysfunction a multidisciplinary approach.* London; 2008, Cap. 1. p. 3-6.
2. Riccetto C, Palma P, Tarazona A. *Aplicaciones clínicas de la teoría integral de la continencia.* *Actas Urol. Esp.* 2005; 29(1):31-40.
3. DeLancey JO. *Anatomy and biomechanics of genital prolapse.* *Clinical Obstet. Gynecol.* 1993; 36(4):897-909.
4. Enríquez-Navascués JM, Elósegui JL, Apeztegui F, Placer C, Múgica JA, Goena JI, Aguirrezabaldegui L. *Tratamiento quirúrgico del rectocele y el enterocele: una visión integrada de las afecciones del compartimento vaginal posterior.* *Cir. Esp.* 2005; 78, Suppl.3:66-71.
5. Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL. *Epidemiology of surgically managed pelvic organ and urinary incontinence.* *Obstet. Gynecol.* 1997; 89(4):501-506.
6. Villet R. *Prise en charge chirurgicale uniciste des troubles de la statique pelvienne.* *Acta Endoscópica* 2002; 32:311-320.
7. Maher C, Baessler K, Glazener CM, Adams EJ, Hagen S. *Surgical management of pelvic organ prolapse in women.* *The Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2004; 4:CD004014.
8. Eva UF, Gun W, Preben K. *Prevalence of urinary and fecal incontinence and symptoms of genital prolapse in women.* *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2003; 82(3):280-286.
9. Kapoor DS, Sultan AH, Thakarr R, Abulafi MA, Swift RI, Ness W. *Management of complex pelvic floor disorders in a multidisciplinary pelvic floor clinic.* *Colorectal Disease.* 2008; 10(2):118-123.

10. *Biamonti M. La incontinencia, todo lo que siempre has querido saber. París. Notes Health Care. Octubre. 2005.*
11. *Kamm MA. Faecal incontinence. BMJ. 1998; 316(7130):528-532.*
12. *Maña González M, Mesas Sáez A. Incontinencia urinaria en la mujer: plan de cuidados de enfermería. Enfermería clínica 2002; 12(5):244-248.*
13. *Vila Coll MA, Gallardo Guerra MJ. Incontinencia urinaria, una visión desde la Atención Primaria. Semergen 2005; 31(6):270-283.*
14. *Ragué JM. Trastornos del suelo pélvico. Cir. Esp. 2005; 77(5):254-257.*
15. *Rothbarth J, Bernelman WA, Meijerink WJ, Stiggelbout AM, Zwinderman AH, Buyze-Westerweel ME, Delemarre JB. What is the impact of fecal incontinence on quality of life? Dis. Colon Rectum 2001; 44(1): 67-71.*
16. *Spence-Jones C, Kamm MA, Henry MM, Hudson CN. Bowel dysfunction: a pathogenetic factor in uterovaginal prolapse and stress urinary incontinente. Br. J. Obstet. Gynaecol. 1994; 101(2):147-52.*
17. *Martínez Bustelo S, Ferri Morales A, Patiño Núñez S, Viñas Diz S, Martínez Rodríguez A. Entrevista clínica y valoración funcional del suelo pélvico. Fisioterapia 2004; 26(5):266-280.*
18. *Arcas Patricio MA, Gálvez Domínguez DM, León Castro JC, et al. Manual de Fisioterapia. Traumatología, Afecciones Cardiovasculares y otros Campos de Actuación Módulo III. Murcia. Editorial MAD, Noviembre, 2004.*
19. *Pemberton J, Swash M, Henry M (editors). Reviewed by P Denis. The pelvic floor: Its function and disorders. Philadelphia: WB Saunders; Gut. 2003; 52(3):457.*
20. *Kahn MA, Stanton SL. Posterior colporrhaphy: it's effects on bowell and sexual function. Br. J. Obstet. Gynaecol. 1997; 104(1):82-86.*

21. *Luengo S, San José LA, Villar A, Redondo E, Moreno J, Mohamed Z, Resel L. Valoración urodinámica clásica en el diagnóstico y seguimiento de la incontinencia urinaria. Clínicas Urológicas de la Complutense. 2000; 8:149-163.*
22. *García Armengol J, Moro D, Ruiz MD, et al. Defecación obstructiva. Métodos diagnósticos y tratamiento. Cir. Esp. 2005; 78(3): 59-65.*

Patrocinado por:



Soluciones pensando en ti