

## VALORACIÓN DEL SUELO PÉLVICO EN CONSULTA

AUTORES	REVISORES	Fecha elaboración
Mariña Naveiro Fuentes Irene Idoia Valero Arroyo	María Isabel Valdivia Jiménez Manuel García de Lomas Barrionuevo	Febrero 2024
		Fecha revisión
		28 Febrero 2024

### ANAMNESIS

La disfunción del suelo pélvico (DSP) es una patología de calidad de vida, por lo que las expectativas de la paciente cobran especial atención. Un enfoque integral en el abordaje de estas disfunciones es esencial para proporcionar un tratamiento efectivo y personalizado. Para ello debe realizarse una anamnesis dirigida y detallada que nos ayude a valorar de forma global a la paciente. Esta evaluación debe ser sistemática para asegurar que no se pasen por alto aspectos fundamentales. A continuación, se detallan aquellos datos que resultan imprescindibles en una buena anamnesis en la consulta de suelo pélvico.

#### Motivo de consulta

En este apartado se debe recopilar la información específica que llevó a la paciente a buscar ayuda relacionada con las disfunciones del suelo pélvico (DSP). Se debe incluir el tiempo de evolución de la disfunción y su severidad. Esta sección es crucial ya que proporciona información de las expectativas de la paciente.

#### Antecedentes personales

Deben abordarse aquellos aspectos fundamentales de la historia clínica:

- **Edad:** el envejecimiento está asociado a un aumento progresivo de las DSP.
- **Peso y talla:** las pacientes con obesidad o sobrepeso tienen más riesgo de alteraciones del suelo pélvico, ya que es un factor agravante al aumentar la presión abdominal.
- **Enfermedades previas:** se debe indagar en aquellas enfermedades que pueden interferir o agravar las DSP como la diabetes, la hipertensión arterial, cardiopatías, insuficiencia renal, las enfermedades pulmonares crónicas o enfermedades del tejido conectivo.
- **Medicación actual:** se registrará la medicación actual de la paciente, incluyendo dosis y frecuencia, considerando que algunos medicamentos pueden contribuir a las DSP o presentar efectos secundarios relacionados con los síntomas. Al preguntar sobre ello podremos saber si modificar algún fármaco y si vamos a prescribir alguno, valorar las posibles interacciones entre ellos.

#### Antecedentes quirúrgicos

Se recogerán detalles sobre cualquier procedimiento quirúrgico previo que la paciente haya experimentado, sobre todos aquellos del área genitourinaria y digestiva, resaltando si tiene alguna otra intervención sobre el propio suelo pélvico, ya que éstos tienen un impacto en las DSP.

### Antecedentes obstétricos

Debe quedar reflejado el **número de partos**, si fueron **instrumentados** o no, el **peso del recién nacido** y la **edad materna en el primer parto**. Se sabe que son factores de riesgo para la DSP el número total de partos vaginales, los partos instrumentados, la macrosomía fetal y la edad materna avanzada en el primer parto.

### Estilo de vida

Conocer el estilo de vida de la paciente proporciona indicios sobre los posibles factores contribuyentes a las DSP. Se explorarán aspectos como la **profesión y actividad física** ya que aquellas personas que en el trabajo y/o al practicar deporte soporten mucho peso tendrán un mayor riesgo de padecer DSP. Además, es importante que queden reflejados ciertos hábitos que suponen factores de riesgo para padecer alteraciones de la función del suelo pélvico como: los **hábitos tóxicos** (alcohol y/o tabaco), el consumo de **café** y la **ingesta de líquidos** al día.

### Sintomatología

La sintomatología de la paciente constituye el eje central de la anamnesis en las DSP. A través de una descripción detallada de los síntomas podemos comprender el impacto físico, emocional y social que estas condiciones ejercen en su vida. Los síntomas se clasifican en cinco categorías principales que se detallan a continuación:

#### - Síntomas de prolapso de órganos pélvicos

El prolapso de órganos pélvicos (POP), en sus etapas iniciales, suele ser asintomático y cuando se manifiesta clínicamente lo hace en forma de sensación de bulto o peso en hipogastrio, suprapúbico o área genital. Estos síntomas pueden aparecer de forma aislada o asociada con otros síntomas de disfunción urinaria, defecatoria y/o sexual.

- **Síntomas vaginales:** Es característico que progrese a lo largo del día.
  - Síntomas de ocupación de espacio: sensación de bulto en vagina.
  - Presión pélvica: sensación de pesadez, dolor o disconfort.
  - Sangrado, secreción o infección.
- **Síntomas asociados** del tracto urinario inferior (TUI).
  - Síntomas de disfunción de vaciado.
  - Modificaciones para iniciar o conseguir micción o defecación: necesidad de reducción del prolapso, posición-dependiente, prensa abdominal.
  - Disuria o urgencia miccional.

#### - Síntomas de disfunción urinaria

La disfunción urinaria puede presentar síntomas en el llenado, síntomas sensitivos, de vaciado, incontinencia urinaria o síntomas de infección urinaria. Cuando la información de la paciente no es clara, el **diario miccional de 3 días** proporciona datos objetivos sobre los hábitos miccionales del paciente.

- **Síntomas de llenado:**
  - Polaquiuria (>7-8 micciones durante el día)
  - Nocturia (>1 micción nocturna). La micción nocturna puede estar alterada por otras

razones como el insomnio o la lactancia materna y no constituye nocturia. Debe diferenciarse de la poliuria nocturna (nicturia) que se trata de una superproducción nocturna de orina respecto a la diurna.

- Urgencia miccional: deseo súbito de orinar difícil de diferir.
- **Síntomas sensitivos:** Alteración de la sensibilidad normal durante el llenado vesical.
  - Sensación vesical aumentada. Sentimiento de sensación más temprana pero la micción puede ser pospuesta. No es igual a la urgencia.
  - Sensación miccional reducida. Poca sensación miccional, aunque tiene conciencia del llenado de la vejiga.
  - Sensación miccional ausente: Ausencia tanto de la sensación de llenado de la vejiga como del deseo definitivo de orinar.
- **Síntomas de vaciado:** dificultad inicial para la micción, micción entrecortada, tiempo de micción prolongado, goteo postmiccional, micción con prensa abdominal, chorro urinario disperso, sensación de vaciado incompleto, necesidad inmediata de volver a orinar, micción dependiente de la posición, dolor, retención con incapacidad de orinar a pesar de esfuerzo persistente.
- **Incontinencia urinaria (IU):** se define como la pérdida involuntaria de orina, que puede clasificarse en diversos tipos según el momento de su aparición.
  - Incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE): se produce cuando hay un aumento repentino de la presión intraabdominal, como al toser, estornudar, reírse, levantar peso o durante ejercicios físicos que impliquen este aumento de presión.
  - Incontinencia urinaria de urgencia (IUU): se manifiesta como una pérdida de orina repentina e involuntaria asociada a urgencia miccional.
  - Incontinencia urinaria mixta (IUM): cuando se producen las dos anteriores.
  - IU postural: Pérdida de orina con los cambios posturales (al levantarse), generalmente se asocia a la IUE e IUU.
  - IU postcoital, se asocia al coito o el orgasmo.
  - IU insensible: incontinencia sin que la mujer sea consciente de cómo ha ocurrido.
  - IU continua: pérdida continua e involuntaria de orina. Descartar fístulas urogenitales.
  - IU rebosamiento: atonia vesical u obstrucción a la salida.
  - IU funcional: en problemas cognitivos o de movilidad.
  - Enuresis nocturna: pérdida de orina durante el sueño.

Además del tipo de incontinencia debe recopilarse información sobre la frecuencia, la severidad, la evolución temporal, los factores precipitantes y agravantes, así como el impacto social y en la calidad de vida de la paciente. Preguntar por la cantidad de uso de absorbentes puede orientarnos sobre la severidad y afectación de la calidad de vida.

- **Infección del tracto urinario (ITU):** Bacteriuria y piuria normalmente acompañada de síntomas tales como sensación vesical incrementada, urgencia, frecuencia, disuria, incontinencia y/o dolor en el tracto urinario inferior.
  - Infección del tracto urinario recurrente (ITUr): por lo menos tres ITUs sintomáticas y médicamente diagnosticadas en los 12 meses anteriores. Las ITUs previas deben haber sido resueltas antes de que una nueva sea diagnosticada.
  - Otros síntomas relacionados: ej. hematuria, leucocituria, cateterización.

#### - Síntomas de disfunción defecatoria

La disfunción defecatoria puede presentarse tanto por la dificultad de la evacuación como por la dificultad de continencia. La incontinencia podrá ser a gases, líquidos y/o sólidos. Debemos dejar reflejados en la anamnesis la presencia de los siguientes síntomas:

- **Estreñimiento:** defecación infrecuente o incompleta y/o necesidad de ayuda manual para mejorar la misma.
- **Urgencia fecal:** deseo repentino de defecar que es difícil de diferir.
- **Soiling (manchado) postdefecatorio:** ensuciado que se produce tras la defecación.
- **Incontinencia fecal:** pérdida involuntaria de gases, líquidos y/o sólidos. Al igual que en la IU debe recopilarse información sobre las características de la incontinencia (frecuencia, severidad, evolución temporal...)
- **Sensación de evacuación disminuida**
- **Prolapso rectal**
- **Sangrado o aumento de la mucosidad rectal**

#### - Síntomas de disfunción sexual

Los síntomas que las pacientes pueden referir son variados entre los que destacan la dispareunia o dolor durante el coito, imposibilidad o dificultad para la penetración, la sequedad vulvo-vaginal o incluso la IU durante las relaciones sexuales. Además, pueden presentar sensación de hiperlaxitud vaginal, falta de sensibilidad durante las relaciones coitales y la disminución de la libido.

#### - Dolor pélvico

Se solicitará a la paciente información sobre la intensidad, duración y factores desencadenantes específicos. Ver protocolo específico.

#### Cuestionarios

Los cuestionarios completados por el paciente son una herramienta valiosa en la práctica clínica, ofreciendo una perspectiva única del impacto clínico de la patología desde la experiencia del paciente. En la actualidad se dispone de numerosos formularios por lo cual es de suma importancia valorar individualmente cuál se adapta mejor al resultado deseado. A continuación, ponemos algunos ejemplos que consideramos de utilidad.

##### - Prolapso de órganos pélvicos

- ICIQ-VS: Compuesto por 14 ítems, evalúa el impacto de los síntomas vaginales, tanto del prolapso como de la disfunción sexual asociada, en la calidad de vida y los resultados del tratamiento.

##### - Disfunción urinaria

- ICIQ-SF: Detectar la IU a través de preguntas simples sobre la frecuencia, cantidad y afectación de la vida diaria.
- Test de Sandvik: Severidad clínica de la incontinencia y la clasifica desde leve hasta muy grave.

##### - Disfunción defecatoria

- Test de Wexner: Incontinencia a sólidos, líquidos y/o gases, clasificando la incontinencia en leve, moderada y grave.

- **Disfunción sexual**

- PISQ-IR: Evalúa la función sexual en mujeres con IU y/o POP.
- FSFI: Aborda 6 dominios de la disfunción sexual: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor.

- **Dolor pélvico**

- Índice de Lattinen: evalúa la intensidad y frecuencia del dolor, así como el consumo de analgésicos, grado de incapacidad y horas de sueño.

**Tabla I. ANAMNESIS Y SINTOMATOLOGÍA**

<b>ANAMNESIS</b>	
Motivo de consulta	Tiempo de evolución y severidad de la disfunción
Antecedentes personales	Edad, peso, talla, enfermedades previas, medicación actual,
Antecedentes obstétricos	Nº de partos, tipo de parto, peso del RN, edad materna en primer parto
Antecedentes familiares	Defectos congénitos del colágeno, antecedentes de prolapsos.
Estilo de vida	Profesión, actividad física, hábitos tóxicos, ingesta de líquidos/día
<b>SÍNTOMAS</b>	
POP	Síntomas vaginales y del tracto urinario inferior
Disfunción urinaria *Diario miccional 3 días	Síntomas de llenado, de vaciado, sensitivos e IU. Descartar siempre las ITUs.
Disfunción defecatoria	Estreñimiento, urgencia defecatoria, soiling postdefecatorio, incontinencia fecal, sensación de evacuación disminuido, prolapso rectal, sangrado o aumento de mucosidad.
Disfunción sexual	Dispareunia, imposibilidad/dificultad penetración, incontinencia durante las relaciones.
Dolor pélvico	Localización, intensidad, duración y factores desencadenantes específicos.

**EXPLORACIÓN FÍSICA.**

La exploración se realizará inicialmente en posición de litotomía, aunque en determinadas circunstancias, que se detallarán en el protocolo, puede ser aconsejable repetir la exploración en bipedestación.

**Inspección visual**

La primera parte del examen es una inspección visual de los genitales externos con la paciente en posición de litotomía. Se podrá observar si existe o no atrofia genital, desgarros perineales, lesiones dermatológicas, úlceras, tumoraciones, prolapso de la mucosa uretral o divertículos uretrales, secreciones vaginales, así como el tamaño del hiato genital, longitud y estado del periné.

### Exploración sistemática de genitales internos y prolapso de órganos pélvicos.

Debe realizarse una exploración sistemática de las paredes vaginales individualmente (compartimento apical, anterior o posterior) con valvas vaginales o bien con un espéculo desarticulado. Para las mediciones del sistema POP-Q podrá utilizarse una regla o un histerómetro marcado en centímetros. Se prefieren los términos prolapso del compartimento anterior, compartimento posterior o compartimento apical a los términos "cistocele", "rectocele" y "enterocele" porque la topografía vaginal no predice de manera fiable la ubicación de las vísceras asociadas en mujeres con POP.

La clasificación recomendada para cuantificar la gravedad del prolapso es **clasificación POP-Q** pues es más objetiva, más precisa y menos operador dependiente. Consiste en 9 mediciones que se rellenan en una tabla de 3x3. De estas mediciones, 3 se consideran estáticas (se miden en reposo) y las otras 6 son dinámicas (se miden mientras la paciente realiza un Valsalva).

La evaluación puede comenzarse midiendo los **tres puntos estáticos**, mediante una regla o histerómetro. Estos tres valores irán en la fila central de la tabla.

1. Hiato genital (HG): es la medida antero-posterior que va desde el meato uretral externo hasta la horquilla vulvar (cara posterior del himen).
2. Cuerpo perineal (CP): La medida entre la horquilla vulvar y el ano.
3. Longitud total de la vagina (LTV), con el prolapso reducido.

Se continúa con la medición de los **seis puntos dinámicos**, que deben evaluarse solicitando a la paciente que realice un Valsalva. De estos 6 puntos, dos corresponden al compartimento apical, dos al anterior y dos al posterior.

Las mediciones dinámicas se consideran en relación con el plano himenal que tendrá un valor 0. Los puntos dinámicos que se proyecten más allá del himen adquirirán valores positivos (+), mientras que los que queden por dentro del himen, en la vagina, se representarán con valores negativos (-). La distancia de estos puntos al himen se medirá en centímetros.

Comenzamos la evaluación con los puntos del **compartimento apical**, mediante un espéculo habitual.

1. C: corresponde con el cérvix o bien la cúpula vaginal en caso de estar la paciente histerectomizada.
2. D: corresponde con el Douglas, o fondo de saco vaginal posterior y es el lugar de inserción de los uterosacros al cérvix. Este punto permite diferenciar el prolapso uterino por fracaso de la suspensión y la elongación cervical. Se tratará de una elongación cervical, sin prolapso, cuando la diferencia entre el punto D y C sea  $> a 4$  cm (D bien suspendido, y sin embargo C prolapsado).

A continuación, desarticularemos el espéculo para medir los puntos del **compartimento anterior**. Introduciremos una de las valvas del espéculo en la vagina, presionando levemente la cara posterior de la vagina para aislar la visualización de la pared vaginal anterior. Para ver si existe un defecto paravaginal puede utilizarse una pinza de anillo abierta que corregiría el descenso de la pared vaginal anterior. Ambos puntos del compartimento anterior se definen como A y B, añadiendo a estas letras una "a" minúscula que corresponde a anterior.

3. Aa: se encuentra en la cara anterior de la vagina, 3 cm por dentro del meato uretral externo, y corresponde con la unión uretrovesical. Esta medida podrá oscilar entre -3 y +3.

4. Ba: De la distancia de vagina que queda entre punto Aa y el fondo de saco vaginal anterior, debemos valorar el punto más declive en Valsalva. Si no hay prolapso se fija en -3cm por definición. Pero podrá oscilar entre -3 y la longitud total de la vagina en positivo, cuando el prolapso es total.

Cambiamos la valva del espéculo y presionamos levemente la pared vaginal anterior para visualizar los puntos del **compartimento posterior**, que serán dos puntos análogos a los anteriores, pero a las letras A y B se le añadirá una “p” de posterior.

5. Ap: Se encuentra en la cara posterior de la vagina, 3 cm por dentro de la horquilla vulvar. Puede oscilar entre -3 cm y +3 cm.
6. Bp: Al igual que el punto Ba, observaremos la parte de la cara posterior de vagina que está entre el punto Ap y el fondo de saco vaginal posterior. Pediremos a la paciente que haga un Valsalva y mediremos de esa parte cuál es el punto más declive. Al igual que el punto Ba, si no hay prolapso se fija en -3cm por definición. También podrá oscilar entre -3 y la longitud total de la vagina en positivo.

La tabla POP-Q quedaría del siguiente modo:

<b>DINÁMICAS</b> Anterior y apical	<b>Aa</b> (cara anterior de vagina, 3 cm por dentro del himen)	<b>Ba</b> (cara anterior de vagina, desde Aa a fondo saco anterior)	<b>C</b> (cérvix o cúpula)
<b>ESTÁTICAS</b>	<b>HG</b> (hiato genital)	<b>CP</b> (cuerpo perineal)	<b>LTV</b> (longitud total de la vagina)
<b>DINÁMICAS</b> Posterior y Douglas	<b>Ap</b> (cara posterior de vagina, 3 cm por dentro del himen)	<b>Bp</b> (cara posterior de vagina, desde Ap hasta fondo saco posterior)	<b>D</b> (Douglas o fondo de saco vaginal posterior)

Estadio POP-Q. Para definir el estadio nos fijaremos sólo en los 6 puntos dinámicos.

- Estadio 0: no hay prolapso. Todos los puntos Aa, Ba, Ap, Bp están en -3cm. Y los puntos C y D están entre la LTV y La LTV-2 (en negativo).
- Estadio 1: No cumple criterios de estadio 0 y el punto más declive está superior a -1cm.
- Estadio 2: El punto más declive oscila entre -1cm y +1cm, ambos incluidos.
- Estadio 3: El punto más declive se encuentra más allá de +1cm y podrá llegar hasta la LTV-2cm (en positivo)
- Estadio 4: Eversión total de la vagina. El punto más declive está más allá de la LTV-2cm.

Además de definir el estadio, debe detallarse cual de los 6 puntos dinámicos es el más declive, para saber a que compartimento corresponde el prolapso.

### Tacto vaginal para la valoración muscular

Tras la medición del prolapso se realizará un tacto vaginal pidiendo a la paciente que contraiga la musculatura del suelo pélvico alrededor de los dedos. La intensidad de la contracción se evaluará con el Test de Oxford desde 0 (ausencia de contracción) a 5 (contracción fuerte). Además, el tacto vaginal podrá evaluar posibles defectos y asimetrías del elevador del ano. Así mismo, debe evaluarse la

capacidad de relajación de la musculatura, para descartar una hipertonía del músculo elevador que puede cursar con dolor.

### Test de Oxford

Grado	Respuesta muscular	Descripción
0	Ninguna	Ninguna
1	Parpadeos	Movimientos temblorosos de la musculatura
2	Débil	Débil presión de la musculatura
3	Moderado	Incremento de presión y leve elevación de la pared vaginal posterior
4	Bien	Aprietones firmes de los dedos y elevación de pared posterior con resistencia moderada
5	Fuerte	Sujección con fuerza de los dedos

### Exploración ano-rectal

El tacto rectal o rectovaginal permite:

- Valorar la integridad del cuerpo perineal.
- Detectar un rectocele y diferenciar entre un rectocele alto y un enterocele.

Para detectar un enterocele puede realizarse un examen rectovaginal con la paciente de pie, en la que puede palparse el intestino en el fondo de saco vaginal posterior entre el pulgar y el índice. Hoy en día con la ecografía transperineal este paso puede obviarse.

### Exploración neuromuscular

Podemos explorar la sensibilidad perineal, así como los reflejos anal y bulbocavernoso. Este apartado se desarrollará con más detalle en el protocolo de dolor pélvico crónico.

### Exploración de la incontinencia urinaria

1. **Test de esfuerzo** con la vejiga llena (entre 200-300ml) para descartar IUE. Debe explorarse en decúbito y en bipedestación. En este momento también puede evaluarse la movilidad de la uretra mediante inspección.
2. **Test de esfuerzo con el prolapso reducido**, en caso de que exista, para ver si aparece una incontinencia urinaria oculta.
3. En caso de evidenciar una IUE, puede realizarse el **test de Bonney**: fijar ambos lados de la uretra con unas pinzas o con los dedos índice y medio separados colocados en ambos fondos de sacos laterales de la vagina para ver si la IUE se resuelve (simulando una fijación de la misma o reducción de la hiper movilidad).
4. Tras esta exploración solicitar que la paciente orine y medir la **orina residual** mediante ecografía para descartar una disfunción de vaciado. Se considera normal por debajo de 50-100ml, aunque no existe un punto de corte internacionalmente aceptado.
5. Si la paciente en la anamnesis refería principalmente IU de urgencia, solicitar siempre **sedimento y urocultivo**, para descartar patología orgánica.
6. El **estudio urodinámico** no es necesario realizarlo en todos los casos. Estaría indicado en casos de incontinencia urinaria mixta, casos de fracaso del tratamiento inicial, complicaciones de cirugía o síntomas complejos.

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

### Ecografía ginecológica

Realizar una ecografía ginecológica transvaginal habitual para descartar patología orgánica a nivel de útero y ovarios. También puede verse la vejiga y evaluar si existe patología en su interior.

**Sedimento y urocultivo:** Ver apartado anterior.

**Estudio urodinámico:** Ver apartado anterior.

### Diario miccional

Los diarios miccionales de 3 días pueden ser útiles para determinar si la IU está asociada a una ingesta elevada de líquidos y proporcionan una medida de la gravedad del problema. Así mismo, también identifican la capacidad máxima de la vejiga y el intervalo de tiempo que la mujer puede esperar razonablemente entre micciones, una medida que puede ser utilizada para guiar el entrenamiento de la vejiga. Actualmente, podemos encontrar versiones online de diario miccional o en Apps para facilitar su aplicación.

La mayoría de estudios utilizan un diario de micción de 3 días para evaluar la IU y los resultados del tratamiento, aunque hay una mejor adherencia con un diario de 24 horas. La frecuencia normal de micción es menor de 8 veces al día y 1 por la noche, con volúmenes totales de menos de 1800ml por 24 horas.

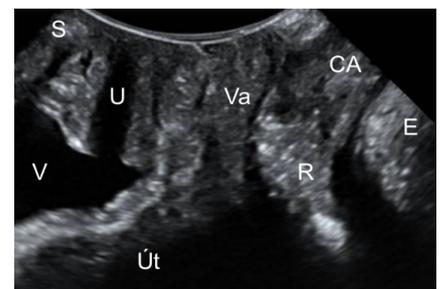
### Ecografía del suelo pélvico

El estudio ecográfico 2D del suelo pélvico puede realizarlo cualquier ginecólogo en la consulta de Ginecología general, aportándonos información extra que puede ser de utilidad para realizar un buen diagnóstico e individualizar el tratamiento. En este protocolo, sólo se detallará la evaluación y sistemática que puede realizar cualquier ginecólogo general en su consulta con su ecógrafo 2D. Para una información más completa de ecografía del suelo pélvico y para la visualización de más imágenes, recomendamos la lectura de un protocolo específico de ecografía del suelo pélvico.

Este estudio se evalúa en el **plano medio-sagital**, que se obtiene colocando el transductor en el periné sin mucha presión, sobre la sínfisis del pubis, con ambos labios menores a los lados del transductor. Es imprescindible enfundar correctamente el transductor para evitar que quede alguna burbuja entre la funda y el transductor pues podrá dar falsas imágenes.



La imagen ecográfica debe incluir de delante a atrás, la sínfisis del pubis, la uretra y vejiga, la vagina y cérvix, el recto y canal anal y el músculo elevador. Para optimizar la imagen ecográfica es importante tener el mayor ángulo de adquisición que permita el ecógrafo y que exista profundidad de imagen suficiente para visualizar todos los órganos pélvicos. Pueden utilizarse dos focos, frecuencias altas y optimizar a continuación la imagen con la ganancia y el rango dinámico.

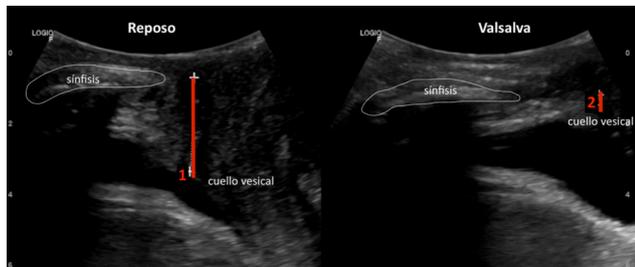


S: sínfisis, U: uretra, V: vejiga, Va: vagina, Út: útero, CA: canal anal, R: recto, E: elevador

Se comienza la exploración ecográfica con la vejiga llena (200-300ml). Puede realizarse tras evaluar el POPQ y ver si existe IUE en la exploración física.

**1. Valoración de la IUE.** Existen dos parámetros que ayudarán a identificar la IUE, la hipermovilidad uretral y el déficit esfinteriano.

- **Hiperactividad uretral**, que puede ser objetivada de forma directa por ecografía. Existen diferentes distancias y ángulos para el estudio de la IUE. Las dos más recomendadas son:
  - Distancia cuello vesical-sífnis: diferencia de la distancia vertical entre el cuello vesical y línea horizontal que pasa por el margen postero-inferior de la sífnis púlica, en Valsalva y reposo. Una diferencia >25mm se considera un parámetro de hiperactividad uretral.
  - Ángulo uretrovesical posterior: Ángulo entre la uretra proximal y la pared vesical posterior. No hay consenso, pero en general un ángulo superior a 120-140° en Valsalva se considera un parámetro de hiperactividad uretral.



Distancia cuello vesical-sífnis: Diferencia entre distancia 2 y 1 >25mm



Ángulo uretrovesical posterior en Valsalva >140°

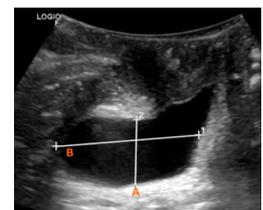
- **Déficit uretral intrínseco**, puede objetivarse de forma indirecta visualizando una embudización del cuello vesical al realizar el esfuerzo. No es patognomónico de déficit esfinteriano pero sí un factor de severidad de IU.



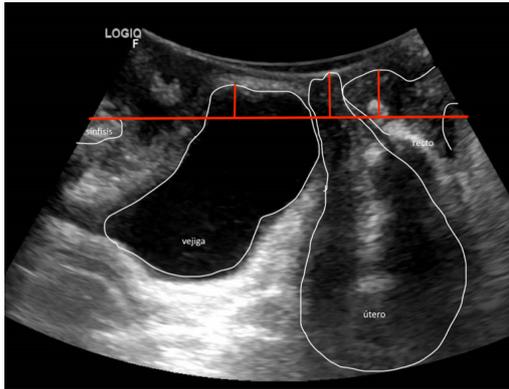
A continuación, se solicitaría a la paciente realizar una micción, para continuar el estudio ecográfico con la vejiga vacía. Sería también recomendable, para una mejor evaluación, que el recto esté vacío

**2. Valorar la pared vesical, el grosor** de la misma y si existen **lesiones endocavitarias**. El grosor del detrusor >5mm se ha asociado a una hiperactividad del mismo, pero su valor como prueba diagnóstica está muy cuestionado. Esta medida debe realizarse tras la micción.

**3. Control del volumen vesical:** Se podrá valorar el residuo postmiccional para descartar que exista alguna disfunción de vaciado. La fórmula aprobada para la imagen transperineal es la siguiente:  $A(\text{cm}) \times B(\text{cm}) \times 5,6\text{ml}$ . A y B son las dimensiones máximas de la vejiga medidos perpendicularmente.



**4. Valoración ecográfica de los prolapsos de órganos pélvicos.** Se realiza en el plano medio sagital, con una mínima presión y solicitando a la paciente que realice un Valsalva. El punto de referencia será el borde posteroinferior de la sífnis púlica. Permite la evaluación de los tres compartimentos simultáneamente.



Prolaso multicompartimental

- **Compartimento anterior:** Un descenso **mayor de 10 mm** por debajo del borde postero-inferior de la sínfisis púbica es un buen predictor de prolapso. Sirve para el diagnóstico diferencial de:
  - Cistocele aislado: descenso de la vejiga >10mm bajo la sínfisis, pero conservando un ángulo uretrovesical <140°. Esta patología se asocia con disfunción del vaciado, sin asociación a IUE y con avulsiones del elevador.
- Cistouretrocele: descenso de la vejiga >10 mm y con un ángulo uretrovesical >140°. Esta patología tiene una fuerte asociación con la IUE.
- **Compartimento medio:** Un descenso **mayor de 15 mm** por debajo de la sínfisis del pubis. Además, permite realizar el diagnóstico diferencial entre:
  - Elongación cervical sin prolapso uterino y prolapso uterino: Debe medirse la distancia pubis-fondo uterino en reposo y Valsalva. Cuando la diferencia de estas dos medidas es >15 mm es más probable que exista un descenso del útero, sin embargo, si es <15 mm se tratará con mayor probabilidad de una elongación cervical.
- **Compartimento posterior:** Un descenso **mayor de 15 mm** la ampolla rectal por debajo de la sínfisis. Esta ecografía también permite realizar un diagnóstico diferencial entre:
  - Verdadero rectocele: discontinuidad de la parte anterior de la capa muscular anorrectal, con una herniación >10mm
  - Enterocele: Se visualizan asas intestinales (con movimientos peristálticos) que descienden por debajo de la sínfisis.
  - Periné deficiente: Desciende toda la ampolla rectal y su contenido por debajo de la sínfisis

5. Otra indicación de la ecografía transperineal 2D, puede ser la evaluación de los **implantes de suelo pélvico y bandas antiincontinencia** que se verán más hiperrefringentes en ecografía.

La ecografía 2D permite ver si la malla no está colocada en su sitio o si lesiona algún órgano pélvico y es de especial interés para evaluar si los slings suburetrales están colocados correctamente. Para más información ver protocolo correspondiente.



6. Se puede proseguir la evaluación de la patología del suelo pélvico con el estudio del **músculo elevador del ano** y el hiato urogenital, así como el **esfínter del ano**. Para este estudio precisamos de un ecógrafo con sonda 3D, no disponible en todas las consultas de ginecología general, por lo que no será detallada en este protocolo, remitiendo a los lectores al protocolo específico.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Bo K, Frawley HC, Haylen BT, Abramov Y, Almeida FG, Berghmans B, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/ Internacional Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecology J.* 2017; 28: 191-213.

España-Pons M et al. Pelvic floor symptoms and severity of pelvic organ prolapse in women seeking care for pelvic floor problems. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology.* 2014; 177; 141-145.

Haylen BT, Maher CF, Barber MD, Camargo S, Dandolu V, Digesu A, et al. An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic organ prolapse (POP). *Int Urogynecol J.* 2016; 27:165-194.

Muir TW, Stepp KJ, Barber MD. Adoption of the pelvic organ prolapse quantification system in peer-reviewed literature. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;189:1632

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Prolapso de los órganos pélvicos. *Prog Obstet Ginecol* 2020; 63:54-59.

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Diagnóstico de la incontinencia urinaria. *Prog Obstet Ginecol* 2019; 62:79-91.