



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 242/1924 - DOCTORA: TENGO PÉRDIDAS DE ORINA DESDE EL PARTO

S. Quintana Cabieces<sup>a</sup>, V. González Novoa<sup>b</sup>, N. Rivero Sánchez<sup>c</sup>, E. Vejo Puente<sup>d</sup>, L. Campo Alegría<sup>e</sup> y A. Villaverde Llana<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Rehabilitación. Médico de Familia. Hospital Universitario Valdecilla. Santander. Cantabria. <sup>b</sup>FEA Rehabilitación. Hospital Universitario Valdecilla. Santander. Cantabria. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gamonal Antigua. Burgos. <sup>d</sup>Médico Residente de Farmacología. Médico de Familia. Hospital Universitario Valdecilla. Santander. Cantabria. <sup>e</sup>Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario de Burgos. <sup>f</sup>Médico de Familia. SUAP Miranda Este. Miranda de Ebro. Burgos.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 34 años. Acude a nuestra consulta de atención primaria, refiriendo pérdidas de orina en relación con esfuerzos moderados (tos, carrera, salto) y con cierto componente de urgencia. Antecedentes obstétricos: G1A0P1. Hace 4 meses tuvo un parto eutóxico, que precisó fórceps, el bebé peso 3.960 g, y sufrió un desgarro grado II.

**Exploración y pruebas complementarias:** Abdomen: hipertonia diafragmática bilateral, diástasis de rectos. Exploración ginecológica: propiocepción perineal conservada, núcleo central del periné no doloroso, no descenso con el Valsalva. Se objetivan pequeña pérdida en forma de gotitas con la tos. Sensibilidad conservada, no dolor a la palpación en vagina. Balance muscular: pubovaginal 2/5 y bulbocavernoso 3/5, fáscicas coordinadas, tónicas que mantiene 3 segundos. Realiza sinergias abdominales y glúteas. No se observan prolapsos. Tacto rectal: anodino. Ecografías normales.

**Juicio clínico:** Incontinencia urinaria mixta.

**Diagnóstico diferencial:** Incontinencia urinaria de esfuerzo. Incontinencia urinaria de urgencia. Infección urinaria recurrente.

**Comentario final:** La incidencia de la incontinencia urinaria está en aumento, el parto es un factor establecido de riesgo de IUE y IUM entre las mujeres jóvenes, principalmente el parto vaginal. También el embarazo es factor de riesgo en sí mismo 31-42% de las embarazadas tienen IUE y en 51% de ellas persiste algún grado de IU postparto. Sin embargo, el 60% de las mujeres estarán asintomáticas 12 meses después del parto y de la reparación del desgarro del esfínter anal. Es un problema de salud que afecta la calidad de vida de la paciente de forma importante. Debe indicarse siempre que sea posible tratamiento conservador debido a la mejoría observada con estos programas. El programa de rehabilitación del suelo pélvico incluye: medidas educacionales: evitar bebidas estimulantes, pautas antiestreñimiento, evitar deportes de impacto. Ejercicios de propiocepción y trabajo de la musculatura perineal, de forma coordinada, evitando sinergias. Sonda vaginal para electroestimulación mediante biofeedback. Técnicas de relajación. Ejercicios hipopresivos. La paciente siguió un programa individualizado con el que notó franca mejoría de su clínica.

### Bibliografía

1. Hay-Smith EJ, Herderschee R, Dumoulin C, Herbison GP Comparisons of approaches to pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women Cochrane Database Syst Rev. 2011.
2. Aksac B, et al. Biofeedback and pelvis floor exercises for the rehabilitation of urinary stress incontinence. Gynecol Obstet Invest. 2003;56(1):23-7.

**Palabras clave:** Polaquiuria. Urgencia. Suelo pélvico.