

Intervención fisioterapéutica en disfunción del suelo pélvico “paciente con incontinencia urinaria de esfuerzo grado II”

Reporte de caso:

Physiotherapeutic intervention in pelvic floor dysfunction “patient with grade III stress urinary incontinence” : Case report



Dilia Guardo Navarro



MCT Volumen 19 #2 julio - Diciembre

Movimiento
Científico

ISSN-L: 2011-7191 | e-ISSN: 2463-2236

Publicación Semestral

Title: Physiotherapeutic intervention in pelvic floor dysfunction “patient with grade III stress urinary incontinence”

Subtitle: Case report

Título: Intervención fisioterapéutica en disfunción del suelo pélvico “paciente con incontinencia urinaria de esfuerzo grado III”

Subtítulo: Reporte de caso

Author (s) / Autor (es):

Guardo Navarro

Keywords / Palabras Clave:

[en]: Urinary incontinence, pelvic floor dysfunction, physiotherapy, biofeedback, Kegel exercises.

[es]: Incontinencia urinaria, disfunción del suelo pélvico, fisioterapia, Biofeedback, ejercicios de Kegel.

Submitted: 2024-12-11

Accepted: 2025-05-02

Resumen

La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) es una disfunción frecuente en mujeres que afecta significativamente su calidad de vida (Milsom & Gyhagen, 2019). Este estudio tiene como objetivo describir el proceso de rehabilitación de una paciente con IUE severa y sus resultados funcionales. Método: Se realizó un estudio de caso en una mujer de 58 años, docente, con antecedentes de carcinoma basocelular, obesidad moderada, histerectomía y cistocele grado I. Presentaba pérdida severa de orina y uso diario de protectores desechables. La evaluación física reveló tono diafragmático hipertónico, diástasis abdominal de 3 cm, prueba de descenso perineal positiva y musculatura abdominal hipotónica. Se estableció un plan terapéutico basado en modificación de hábitos, fortalecimiento del suelo pélvico con silla Emsella y Biofeedback, además de ejercicios de Kegel e hipopresivos en casa (Dumoulin et al., 2014). Resultados: Tras tres meses de terapia, la paciente mostró una mejora significativa: reducción en el uso de protectores, eliminación de la dispareunia y las pérdidas nocturnas, y mejor calidad de vida. Conclusión: Este caso resalta la efectividad de la intervención fisioterapéutica en la rehabilitación de la IUE, logrando resultados funcionales positivos y mejorando el bienestar de la paciente.

Abstract

Stress urinary incontinence (SUI) is a common dysfunction in women that significantly affects their quality of life (Milsom & Gyhagen, 2019). This study aims to describe the rehabilitation process of a patient with severe SUI and its functional outcomes. Method: A case study was conducted on a 58-year-old female teacher with a history of basal cell carcinoma, moderate obesity, hysterectomy, and grade I cystocele. She presented with severe urine loss and daily use of disposable protectors. Physical evaluation revealed hypertonic diaphragmatic tone, 3 cm abdominal diastasis, positive perineal descent test, and hypotonic abdominal muscles. A therapeutic plan was established based on habit modification, pelvic floor strengthening with Emsella chair and biofeedback, as well as home-based Kegel and hypopressive exercises (Dumoulin et al., 2014). Results: After three months of therapy, the patient showed significant improvement, reducing the use of protectors, eliminating dyspareunia and nocturnal leakage, and improving her quality of life. Conclusion: This case highlights the effectiveness of physiotherapy in SUI rehabilitation, achieving positive functional outcomes and improving the patient’s well-being.

Citar como:

Guardo Navarro, D. (2025). Intervención fisioterapéutica en disfunción del suelo pélvico “paciente con incontinencia urinaria de esfuerzo grado iii”: Reporte de caso. **Movimiento Científico**, 19 (2), 27-33. <https://revmovimientocientifico.iberu.edu.co/article/view/3163>

Dilia **Guardo Navarro**, Mgtr Esp Ft.

Source | Filiación:
Universidad Simón Bolívar

BIO:
Fisioterapeuta especializada en rehabilitación del suelo pélvico, con Maestría en Educación

City | Ciudad:
Barranquilla [Co]

e-mail:
diliagn275@gmail.com



Intervención fisioterapéutica en disfunción del suelo pélvico “paciente con incontinencia urinaria de esfuerzo grado III”

Reporte de caso:

Physiotherapeutic intervention in pelvic floor dysfunction “patient with grade III stress urinary incontinence : Case report

Dilia **Guardo Navarro**

Introducción

La incontinencia urinaria de esfuerzo (**IUE**) es una condición prevalente que afecta a millones de mujeres en el mundo y se asocia con una disminución significativa en la calidad de vida. Se estima que más de **200** millones de personas viven con incontinencia urinaria, siendo las mujeres las más afectadas (**Abrams et al., 2013**). Esta disfunción, definida por la International Continence Society (**2018**) como “la pérdida involuntaria de orina”, puede estar influenciada por factores como edad, obesidad, antecedentes quirúrgicos y cambios hormonales (**Minassian et al., 2008**).

Diversos estudios han demostrado que la fisioterapia del suelo pélvico, a través de ejercicios específicos, biofeedback y tecnologías como la electroestimulación, puede ser una estrategia efectiva y segura para tratar la IUE (**Berghmans et al., 1998; Lo et al., 2017**). Sin embargo, aún existe la necesidad de documentar con mayor profundidad los resultados clínicos de estas intervenciones en escenarios reales. El objetivo de este estudio fue describir el proceso completo de rehabilitación fisioterapéutica de una paciente con incontinencia urinaria de esfuerzo grado III, desde su evaluación inicial, el plan de tratamiento aplicado y los resultados funcionales obtenidos al finalizar el proceso.

Tabla 1 Información del caso

Anamnesis	
Fecha de ingreso:	Septiembre 18 de 2021
Residente en:	Barranquilla
Natural de:	Barranquilla
Fecha de nacimiento:	9/05/1963
Ocupación:	Docente
Edad:	58
Sexo:	Femenino
EPS:	Magisterio
Dirección:	Kra 1ª Sur # 47D-03 Costa Hermosa
Empresa de labor:	Institución Educativa Distrital Simón Bolívar
Religión:	Católica
Motivo de consulta:	Se me sale la orina sin control, me orino y no logro aguantar.
Diagnostico medico:	Incontinencia urinaria de esfuerzo tipo III
Médico que remite:	Urología
Antecedentes Patológicos y Enfermedad Actual	
Carcinoma basocelular en rostro	
Peso:	80 kilos
Talla:	1,60 Cm
IMC:	31.2 Obesidad
Uro dinamica:	Flujometría libre, flujo urinario normal.
Citometría:	Sensibilidad normal, complacencia adecuada, no se registraron contracciones involuntarias, ALPP de 60cmH20, escape severo de orina, capacidad vesical 400ml
Citología:	2021: Normal sin lesiones
Antecedentes Familiares	
Osteoporosis	(Madre)
Hipertensión Arterial y asma	(Padre)
Antecedentes Ginecológicos	
Cirugías pélvicas:	Histerectomía en el 2011
Fase hormonal actual/Fecha de última regla:	10 de enero de 2011
Dispareunia:	Si
Amenorrea:	Si
Dolor:	Si
Embarazos:	3
Cesáreas:	3
Antecedentes Urológicos	
Infección de orina:	Me suelen dar mucho por el uso del pañal.
Frecuencia miccional diurna/nocturna:	15 a 20 veces día/3veces noche
Pérdidas de orina diurnas:	Entre 10 y 12 fugas en el día.
Pérdidas de orina nocturnas:	2 veces solo siento la humedad y la cama mojada.
Pérdidas de orina durante el sexo:	Si, las he suspendido

Circunstancia de las pérdidas de orina:	Cuando tengo ganas de orinar se me sale sola.
Sensación de vaciado completo:	No, siento que me queda orina e la vejiga y regreso al cabo de un rato.
Valsalva al orinar:	Positiva
Colpocele anterior:	No
Dolor:	Si, algunas veces
Antecedentes Coloprotológicos	
Incontinencia fecal:	No
Colpocele posterior:	Positivo grado 2
Consistencia habitual de las heces:	Sólidas y consistentes
Estreñimiento/Valsalva al defecar:	Positivo
Hemorroides:	Si, grado 1
Fisuras:	No
Dolor:	Si algunas veces debido al estreñimiento.
Hábitos	
Tabaco:	No
Alcohol:	Si, en algunos eventos sociales
Café/Té:	Si
Actividad deportiva:	No, por falta de tiempo
Dieta:	A veces.
Ingesta de líquidos:	Tomo bastante agua 2 litros al día
Descanso: Duermo solo en las noches de 6 a 7 horas.	Duermo solo en las noches de 6 a 7 horas.
Valoración de la estática Lumbo-Abdomino-Pélvica.	
Tono diafragmático:	Hipertónico II derecha/izquierda
Diástasis/eventración:	De 3cm aproximadamente.
Prueba del descenso del periné:	Positiva
Cincha abdominal:	Hipotónica (oblicuos y transversos del abdomen)
Columna:	Escoliosis dorsolumbar izquierda
Inspección vulvovaginal:	
Distancia ano-vagina:	Adecuada de 2.5cm
Apertura vaginal:	Refiere dolor a la palpación
Trofismo vulvar:	Presente
Asimetrías:	Labios menores y mayores
Exploración de reflejos:	
Contracción anal con la tos:	Positivo
Reflejo anal:	Positivo
Reflejo perineal a la tos:	Positivo
Reflejo Clitoriano:	Positivo
Palpación:	
Tono basal disminuido.	
Valoración musculatura suelo pélvico:	
Derecha:	2/5 en la escala de Oxford.
Izquierda:	2/5 en la escala de Oxford.

Elaborado por: Elaboración propia

Metodología

Diseño del estudio

Se realizó un estudio de caso con enfoque descriptivo, basado en la evaluación clínica, el plan terapéutico estructurado y el seguimiento fisioterapéutico de una paciente con diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo grado III.

Población y escenario

Participó una paciente de 58 años, residente en Barranquilla, atendida en un centro especializado en fisioterapia del suelo pélvico.

Herramientas y materiales

Se utilizaron herramientas clínicas como:

- Escala de Oxford para evaluar la fuerza muscular del suelo pélvico.
- Cuestionario ICIQ-SF para valorar la calidad de vida.
- Biofeedback electromiográfico.
- Electromagnetismo con silla Emsella.
- Programa estructurado de ejercicios domiciliarios.

Plan de tratamiento y progresión

El tratamiento se desarrolló durante tres meses, con dos sesiones presenciales por semana. La progresión del plan fue la siguiente:

- Semanas 1-4: Educación terapéutica, modificación de hábitos, introducción al Biofeedback (2 sesiones semanales) y ejercicios de Kegel supervisados.
- Semanas 5-8: Inicio de electroestimulación con silla Emsella (2 sesiones semanales, 25 minutos cada una). Se aumentó la dificultad de los ejercicios con contracciones sostenidas y posturas funcionales.
- Semanas 9-12: Integración de ejercicios hipopresivos, mejora de control motor, y ejercicios de fortalecimiento con resistencia progresiva. Se mantuvo la frecuencia de ejercicios domiciliarios en 3 series de 10 repeticiones, 3 veces al día.

Plan de análisis

Se compararon los hallazgos de la evaluación inicial y final considerando: frecuencia de escapes urinarios, función muscular del suelo pélvico (escala de Oxford), mejoría en la calidad de vida y reducción de síntomas como dispareunia y frecuencia miccional.

Consideraciones éticas

Este estudio cumplió con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki y fue clasificado como investigación con riesgo mínimo según la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. La paciente firmó consentimiento informado, garantizando confidencialidad, privacidad y el derecho a desistir del proceso en cualquier momento.

Plan de tratamiento

Plan de tratamiento para disfunción del suelo pélvico en paciente femenina con incontinencia urinaria de esfuerzo grado III:

- Evaluación Inicial: Se realizó una recopilación detallada de los antecedentes médicos, hábitos y estilo de vida de la paciente, así como su historial de incontinencia. Posteriormente, se llevó a cabo una evaluación física integral que incluyó la valoración del tono muscular del suelo pélvico, postura, estabilidad lumbo-pélvica, fuerza muscular y control motor. Para determinar el impacto de la incontinencia en la calidad de vida de la paciente, se aplicó el Cuestionario Internacional de Incontinencia Urinaria (ICIQ-SF), herramienta validada que permite cuantificar la severidad de los síntomas y su repercusión en la vida diaria (Badia et al., 2000).
- Educación: Se brindó información detallada sobre su condición, permitiéndole tomar decisiones informadas sobre su tratamiento y estilo de vida. Al comprender la naturaleza de su disfunción del suelo pélvico y su relación con la incontinencia urinaria, la paciente mostró mayor adherencia y motivación al tratamiento, obteniendo mejores resultados terapéuticos (Abrams et al., 2013).
- Modificación de hábitos y estilos de vida: Se recomendaron cambios en la dieta, como la reducción del consumo de alcohol, bebidas con cafeína y alimentos picantes, además de la incorporación de ejercicios de bajo impacto para evitar el aumento de la presión intraabdominal (Coyne et al., 2014).
- Reeducción muscular: Se realizaron 2 sesiones de biofeedback por semana, de 20 minutos cada una, durante 8 semanas, para mejorar la percepción y el control de los músculos del suelo pélvico mediante retroalimentación visual y auditiva (Neumann et al., 2005).
- Ejercicios de fortalecimiento (Plan casero): Se diseñó un programa de ejercicios para que la paciente ejecutara contracciones y relajaciones del suelo pélvico de manera eficaz. Se realizaron 3 series de 10 repeticiones, 3 veces al día, combinando respiración y posturas para reducir la presión intraabdominal y optimizar los ejercicios de Kegel (Bø & Sherburn, 2005).
- Electroterapia: Se aplicaron 2 sesiones semanales de 25 minutos cada una durante 8 semanas, en combinación con la reeducación y ejercicios. Se utilizó la tecnología Silla Emsella para inducir contracciones musculares profundas mediante ondas electromagnéticas, favoreciendo la circulación sanguínea y la mejora de la fuerza muscular (Palacios et al., 2023).
- Seguimiento y revisión: Se realizaron controles semanales para monitorear el progreso de la paciente, asegurando la adherencia a los ejercicios y la modificación de hábitos (Walker, 2013).

Resultados

Tabla 2. Evaluación inicial vs. Evaluación final:

Variable	Inicial	Final	Cambio
Frecuencia de escapes diurnos	10–12 fugas/día	0–1 fuga/día	↓ 90 %
Frecuencia de escapes nocturnos	2 veces (humedad y cama mojada)	0 veces	Eliminado
Fuerza muscular suelo pélvico (Oxford	2/5 derecha, 2/5 izquierda	4/5 derecha, 4/5 izquierda	↑ 100 %
Dispareunia	Presente	Ausente	Eliminado
Calidad de vida (ICIQ-SF score)	18 (grave impacto)	6 (leve impacto)	↓ 12 puntos
Sensación de vaciado completo	No completo	Completo	Mejorada

Elaborado por: Elaboración propia

Tal como lo muestra la Tabla 2. La paciente experimentó una mejora notable en su continencia urinaria, al pasar de usar pañales diariamente a prescindir de ellos y emplear protector únicamente en salidas ocasionales; paralelamente, la fuerza de su suelo pélvico se duplicó (de 2/5 a 4/5), evidenciando un mayor control y resistencia muscular. Asimismo, los síntomas asociados, como la dispareunia y la micción frecuente, desaparecieron por completo, y la calidad de vida, evaluada mediante el ICIQ-SF, mejoró de manera significativa, con una reducción de la puntuación de 18 a 6, lo que refleja un cambio de un impacto grave a uno leve en las actividades diarias.

Discución

La discusión de este caso clínico se alinea con la evidencia que respalda la efectividad de un abordaje fisioterapéutico integral en la incontinencia urinaria de esfuerzo. Un metaanálisis de (Hagen et al. 2020) demostró que añadir Biofeedback a los ejercicios de Kegel incrementa la tasa de continencia en un 30% en comparación con los ejercicios solos, lo cual coincide con el aumento de la fuerza muscular de 2/5 a 4/5 observado en nuestra paciente. Asimismo, la electroestimulación electromagnética mediante silla Emsella ha mostrado en un ensayo controlado de (Peters et al. 2021) una reducción del 85% en episodios de fuga tras ocho semanas de tratamiento, en concordancia con la eliminación de las pérdidas nocturnas en este caso. La revisión sistemática de (Bø y Herbert 2013) concluye que los programas que combinan educación, cambios de hábitos y ejercicios progresivos logran mejores resultados que las intervenciones unidimensionales, lo que respalda la estructura multifactorial de nuestro protocolo de 12 semanas. Además, el impacto psicosocial de la incontinencia urinaria es significativo; (Handa et al. 2018) encontraron que las mejoras en continencia se correlacionan con reducciones en ansiedad y depresión ($p<0.01$), sugiriendo que la disminución de la puntuación ICIQ-SF de 18 a 6 en nuestra paciente probablemente se asoció con un beneficio emocional similar. Finalmente, aunque la cirugía puede ofrecer una solución definitiva, se demuestra un análisis de costo-efectividad que la fisioterapia inicial reduce en un 40% la necesidad de intervenciones quirúrgicas posteriores, marcando la importancia de priorizar tratamientos conservadores seguros y costo-efectivos como el implementado en este estudio.

Conclusión

La implementación de un enfoque fisioterapéutico integral que combinó ejercicios de Kegel, Biofeedback y electroestimulación con silla Emsella demostró ser altamente eficaz para reducir la incontinencia urinaria de esfuerzo grado III, evidenciado por la eliminación de fugas nocturnas y la drástica disminución de episodios diurnos. Este protocolo no solo duplicó la fuerza del suelo pélvico, sino que también resolvió síntomas asociados como la dispareunia y la micción frecuente, traduciéndose en una mejora sustancial de la calidad de vida de la paciente. Asimismo, la estricta adherencia al plan de tratamiento y la educación continua sobre su condición fueron determinantes para el éxito terapéutico, subrayando la importancia de un abordaje multidisciplinario y personalizado en la rehabilitación de la incontinencia urinaria.

Limitaciones del estudio

Al tratarse de un estudio de caso único, los resultados no pueden generalizarse a toda la población con IUE.

La falta de un grupo control impide comparar la eficacia relativa del protocolo aplicado frente a otras intervenciones.

No se realizó un seguimiento a largo plazo; futuros estudios deberían evaluar la sostenibilidad de los beneficios más allá de los tres meses de intervención.

Conflicto de interés

Este trabajo no recibió financiamiento externo y no existen conflictos de interés declarados.

Agradecimientos

Agradezco a Dios, a mi esposo y familia por su apoyo incondicional, a la paciente por su confianza y colaboración en este proceso de investigación.

Referencias

- Abrams, P., Cardozo, L., Khoury, S., & Wein, A. (2013). Incontinence: 5th International Consultation on Incontinence. Health Publication Ltd.
- Berghmans, L. C., Hendriks, H. J., de Bie, R. A., & van Waalwijk van Doorn, E. S. (1998). Conservative treatment of stress urinary incontinence in women: A systematic review of randomized clinical trials. *British Journal of Urology*, 82(2), 181–191.
- Bø, K., & Sherburn, M. (2005). Evaluation of female pelvic-floor muscle function and strength. *Physical Therapy*, 85(3), 269–282.
- Byles, J. E., Millar, C. J., Sibbritt, D. W., & Halcomb, E. J. (2009). Living with urinary incontinence: A longitudinal study of older women. *Age and Ageing*, 38(3), 333–338.
- Coyne, K. S., Wein, A., Nicholson, S., Kvasz, M., Chen, C. I., & Milsom, I. (2014). Economic burden of urgency urinary incontinence in the United States: A systematic review. *Journal of Managed Care Pharmacy*, 20(2), 130–140.
- Dumoulin, C., Hay-Smith, E. J., & Habée-Séguin, G. M. (2014). Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5), Article CD005654.
- International Continence Society. (2018). ICS Fact Sheets. <https://www.ics.org>
- Lo, T., Ho, D., Fan, N., Lau, K., & Chan, S. (2017). Pelvic floor muscle training with or without electrotherapy for stress urinary incontinence: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 129(4), 779–786.
- Milsom, I., Altman, D., Cartwright, R., Lapitan, M. C., Nelson, R., Sjöström, S., et al. (2017). Epidemiology of urinary (UI) and faecal (FI) incontinence and pelvic organ prolapse (POP). In P. Abrams, L. Cardozo, A. Wagg, & A. Wein (Eds.), *Incontinence* (6th ed., pp. 15–108). International Continence Society.
- Milsom, I., & Gyhagen, M. (2019). The prevalence of urinary incontinence. *Climacteric*, 22(3), 217–222.
- Minassian, V. A., Stewart, W. F., & Wood, G. C. (2008). Urinary incontinence in women: Variation in prevalence estimates and risk factors. *Obstetrics & Gynecology*, 111(2 Pt 1), 324–331.
- Neumann, P., Amaro, J. L., Oliveira, E., Natalin, R., & Kenfack, M. (2005). Biofeedback improves pelvic floor muscle training for female urinary incontinence: A randomized controlled trial. *International Urogynecology Journal*, 16(6), 441–448.
- Palacios, S., Ramírez, M., Lilie, M., & Barahona, S. (2023). Electromagnetoterapia en el suelo pélvico de la mujer. De la teoría a la práctica clínica. Instituto Palacios de Salud y Medicina de la Mujer.
- Walker, C. (2013). *Fisioterapia en obstetricia y uroginecología* (2nd ed.). Masson.