



MONOGRAFÍA

***INCONTINENCIA URINARIA FEMENINA
- POR ESFUERZO -***

Díaz, Valentina
Mildenberger, Camila
Villanueva, Paula

2025

Agradecimientos

A Ana, Angie, Laura y todas las profesoras de CEOB, por guiarnos en este camino donde aprendimos a escuchar la voz profunda del cuerpo y a reconocer en su fluir la potencia de la vida misma. Gracias por sembrar en nosotros una mirada que integra, armoniza y transforma, y por mostrarnos la vitalidad que habita en cada ser.

También agradecemos a nuestras familias, amigos, compañeros y a cada persona que confió en nuestro proceso. Este logro es fruto del trabajo compartido, de la dedicación y del sostén recibido a lo largo de estos años.

ÍNDICE

Introducción	4
Epidemiología	6
<i>Estadísticas y factores de riesgo</i>	
Anatomía	7
<i>Definición</i>	7
<i>Ligamentos</i>	8
<i>Tipos de pelvis</i>	11
<i>Componentes musculares</i>	12
<i>Fascias</i>	15
<i>Sistema arterial, venoso y linfático</i>	16
<i>Inervación</i>	17
Embriología	19
Histología	21
Fisiología	23
<i>Funciones generales del suelo pélvico</i>	23
<i>Fisiología de la micción</i>	24
Biomecánica	26
<i>La respiración y su influencia en el piso pélvico</i>	26
<i>Neurofisiología de la micción</i>	28
<i>Disfunciones del piso pélvico</i>	29
Incontinencia	30
Tratamientos y abordaje interdisciplinario	33
Osteopatía	35
<i>Definición</i>	35
<i>Principios osteopáticos</i>	36
<i>Tratamiento osteopático - Fluido energético</i>	37
<i>Tratamiento osteopático para la incontinencia urinaria</i>	38
Mirada Holística	40
Casuística	41
Caso 1	41
Caso 2	43
Caso 3	45
Conclusión	47
Bibliografía	49
Anexo 1	50

INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria femenina por esfuerzo es una condición que afecta a una porción considerable de mujeres a nivel global, alterando su calidad de vida. Más allá de los síntomas físicos, esta afección tiene un impacto directo en el bienestar emocional de quienes la padecen, generando inseguridades y limitaciones en su funcionalidad diaria.

Las mujeres que enfrentan esta problemática a menudo sienten una pérdida de control sobre su cuerpo, lo que puede afectar su confianza y su capacidad para disfrutar de actividades cotidianas, desde el ejercicio hasta la interacción social. Esta realidad, aunque silenciosa para muchas, tiene repercusiones mucho más allá de lo físico, afectando el equilibrio emocional y psicológico de quienes la viven.

La condición se describe como la pérdida involuntaria de orina que ocurre en momentos en los que aumenta la presión abdominal, como al toser, reír, hacer ejercicio o levantar objetos pesados. Refleja la incapacidad de controlar el esfínter, lo que provoca fugas de orina de manera inesperada y sin previo aviso. Su intensidad y frecuencia pueden variar considerablemente de una persona a otra. Si bien puede afectar a mujeres y hombres de todas las edades, es más común entre las mujeres, especialmente en etapas posteriores de la vida, como en la mediana edad o en la vejez.

La fisiopatología de esta condición está relacionada con el debilitamiento de los músculos del suelo pélvico y del sistema de soporte de la vejiga, derivando de factores comunes como el parto, la edad, el embarazo, la obesidad, pero también relaciona esta disfunción con la hipermovilidad uretral o modificaciones hormonales. Sin embargo, más allá de lo estrictamente orgánico, existen diversos marcos psicosomáticos y simbólicos que proponen al síntoma como la expresión de un trasfondo emocional.

A pesar de las profundas implicaciones físicas y emocionales que conlleva la incontinencia urinaria, muchas mujeres se sienten incapaces de buscar ayuda, incluso cuando se trata de consultas médicas. El miedo al juicio o la vergüenza suele evitar la verbalización de este inconveniente, incluso con los profesionales de la salud. Esta reticencia no solo afecta a la medicina convencional, sino también a las terapias alternativas, donde el tema rara vez se aborda, a pesar de que existen enfoques que podrían ser útiles. Esta barrera crea una doble carga psíquica para las mujeres: lidiar con la incomodidad física de la afección y, al mismo tiempo, con la sensación de aislamiento social y emocional.

En el ámbito de la osteopatía, se busca comprender y abordar las disfunciones estructurales y funcionales que contribuyen a esta condición, promoviendo enfoques terapéuticos integrativos y no invasivos para mejorar la calidad de vida de las mujeres afectadas.

La presente monografía tiene como objetivo no solo explorar las causas y consecuencias de la incontinencia urinaria en mujeres, sino también desarrollar un enfoque de tratamiento integrativo basado en la osteopatía. Además, se analizarán las barreras culturales y estructurales que obstaculizan el acceso a una atención adecuada y dificultan la mejora en la calidad de vida de las mujeres afectadas por esta condición pudiendo, desde un objetivo optimista, sensibilizar el concepto de insuficiencia urinaria por esfuerzo como condición tratable.

EPIDEMIOLOGÍA

La incontinencia urinaria afecta a millones de mujeres en todo el mundo y es definida por la Sociedad Internacional de Incontinencia (ICS) como la pérdida involuntaria de orina.

Según su fisiopatología, puede clasificarse en: incontinencia urinaria de esfuerzo, generalmente vinculada a causas anatómicas; incontinencia urinaria de urgencia, de origen predominantemente neurológico; e incontinencia urinaria mixta, que combina ambas formas. En hombres, esta disfunción puede asociarse a procedimientos quirúrgicos como prostatectomías radicales o cirugías endoscópicas; sin embargo, en esta monografía el enfoque se centrará en la mujer.

La incontinencia urinaria por esfuerzo se caracteriza por la pérdida de orina ante aumentos de la presión intraabdominal —lo que se conoce como maniobra de Valsalva— en desequilibrio con la presión intravesical. En sus inicios suele manifestarse en acciones como toser, estornudar, reír, correr o levantar objetos pesados. Con el tiempo, puede intensificarse hasta interferir en actividades leves y cotidianas, como subir escaleras o simplemente ponerse de pie.

Este trastorno constituye uno de los problemas uroginecológicos más frecuentes, con una prevalencia global estimada entre el 25% y el 45% de las mujeres (ICS). Pese a su alta incidencia, continúa siendo una condición subdiagnosticada, debido al pudor y a las construcciones socioculturales que tienden a relegar lo íntimo al ámbito privado, dificultando la consulta. La probabilidad de desarrollarla se incrementa en mujeres que han atravesado embarazos macrosómicos, partos múltiples o dificultosos, así como en aquellas mayores de 40 años. Esta realidad sostiene un imaginario colectivo donde la incontinencia se considera una “consecuencia inevitable” del envejecimiento o de la maternidad, reforzando su carácter de tabú.

Si bien las variaciones en la prevalencia dependen de los métodos de estudio, las definiciones empleadas y las poblaciones analizadas, la evidencia disponible muestra con claridad que se trata de un problema de salud pública de gran relevancia.

Comprender los factores asociados resulta esencial para diseñar estrategias de prevención y tratamiento eficaces. Sin embargo, su impacto no puede abordarse únicamente desde la mirada biomédica: las barreras culturales y estructurales, la normalización del síntoma, la vergüenza, el acceso limitado a servicios especializados y la escasa priorización en las políticas de salud condicionan tanto la notificación como el tratamiento oportuno.

En consecuencia, muchas mujeres experimentan un deterioro notable en su calidad de vida, sin llegar a acceder a las intervenciones disponibles y efectivas. Esto resalta la necesidad de un abordaje integral, que contemple no sólo las dimensiones clínicas, sino también las emocionales y socioculturales de la incontinencia urinaria de esfuerzo.

Estadísticas y factores de riesgo

Los datos recolectados son consecuencia de estudios y encuestas que investigan principalmente sobre realidades sociodemográficas, estilos de vida, antecedentes clínicos (DM2 o hipertensión arterial), antecedentes ginecoobstétricos, y el diagnóstico clínico de incontinencia urinaria por esfuerzo.

Prevalencia general:

Se estima que la prevalencia de la Incontinencia urinaria en general es del 18% al 35% en personas con útero y del 7% al 15% en personas con próstata.

En mujeres jóvenes que hayan atravesado partos, la insuficiencia urinaria por esfuerzo es una forma común de incontinencia que aumenta significativamente su población implicada en relación a la edad más allá de la presencia de partos, volviéndose un factor “común” en mujeres que superan los 40 años de edad- A partir de esta edad, la prevalencia puede oscilar entre el 10% y el 40%.

En países como Argentina, instituciones como la Sociedad Argentina de Urología y la Federación Argentina de Ginecología y Obstetricia (FASGO), así como publicaciones en la Revista Argentina de Urología, son fuentes de datos y estudios sobre la prevalencia y el manejo de la insuficiencia en la población local. Un estudio publicado en la Revista Argentina de Urología en 2014, por ejemplo, estableció una prevalencia de incontinencia urinaria de 23,9% en mujeres argentinas, con un 55% de los casos de tipo de esfuerzo

Factores de riesgo

- Embarazo y paridad: Antecedentes de partos vaginales. Embarazos macrosómicos. Partos con salida forzada.
- Obesidad: Sobrepeso y obesidad.
- Antecedentes de cirugía: Histerectomía y otras cirugías pélvicas.
- Asma. Tos crónica. Bronquitis crónica.
- Diabetes mellitus (neuropatía diabética/ alteración en función vascular de los tejidos debilita ligamentos y estructuras de soporte de la uretra, aumentando la hipermovilidad)
- Genética: Síndrome de Ehlers-Danlos.
- Fracturas pélvicas
- Hormonales: Al dejar de producir estrógeno, disminuye el colágeno y se convierte en “colágeno inmaduro”

ANATOMÍA

Definición

El piso pélvico es una estructura músculo-fascial ubicada en la parte inferior de la cavidad pélvica, responsable del soporte de las vísceras pélvicas (contener y sostener vejiga, recto, conducto anal, aparato reproductor). Actúa como una plataforma de cierre inferior que mantiene el equilibrio de presiones. Separa la cavidad pélvica del periné.

Límites anatómicos del piso pélvico:

- Superior: línea entre el pubis y el promontorio sacro.
- Inferior: línea entre las tuberosidades isquiáticas y el vértice del coxis..

Division topografica:

- Pelvis mayor-falsa: parte superior, continua con la cavidad abdominal. corresponde al extremo superior. Alberga porciones inferiores de órganos abdominales.
- Pelvis menor-verdadera: encierra los órganos pélvicos (vejiga, útero, recto) y se cierra hacia abajo por el piso pélvico. Corresponde al límite inferior de la pelvis.

División anatómica:

- Compartimento anterior (urinario): vejiga, cuello vesical, uretra.
- Compartimento medio (genital): útero y vagina.
- Compartimento posterior (digestivo): recto, canal anal y sigmoideo.
- Compartimento fascial (suspensorio): formado por la fascia endopélvica y la membrana perineal.

La pelvis está formada por la unión de tres huesos:

- Coxales (formado por la fusión del ilion, isquion y pubis. Presenta el agujereo Obturador, reparo anatómico importante para el paso de estructuras vasculares)
- Sacro
- Coxis

Articulaciones:

- Sacroilíacas (sinoviales plana, diartrosis, poco móviles)
- Sínfisis del pubis (cartilaginosa, anfiartrosis, con mínima movilidad)
- Sacro-coxígea (cartilaginosa, anfiartrosis, solo móvil en defecación y parto)

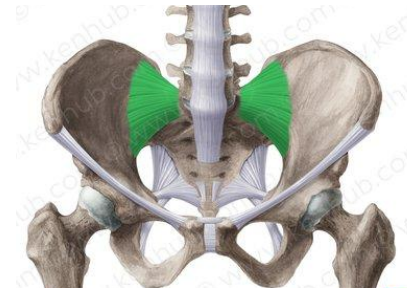
Ligamentos

Ligamentos osteoarticulares:

- **Ligamento sacroilíaco anterior**

Inserciones: cara anterior del sacro (porciones S1-S3) → cara auricular y margen anterior del ilion.

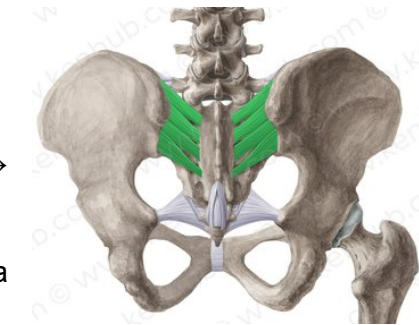
Función: refuerza la parte anterior de la articulación sacroilíaca.



- **Ligamento sacroilíaco interóseo**

Inserciones: cara rugosa del ilion (detrás de la superficie auricular) → cara correspondiente del sacro.

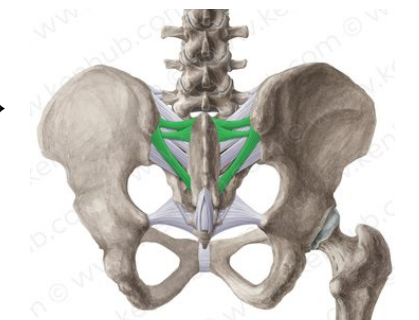
Función: uno de los más fuertes de la pelvis, mantiene la congruencia sacro-ilíaca.



- **Ligamento sacroilíaco posterior**

Inserciones: tuberosidad ilíaca y espina iliaca posterosuperior → crestas sacras laterales y medias (S1-S4).

Función: refuerza la parte posterior de la articulación.



- **Ligamento sacrotuberoso**

Inserciones: espina ilíaca posterior superior, cresta ilíaca posterior, borde lateral del sacro y coxis → tuberosidad isquiática.

Las tres bandas convergen y se extienden hacia abajo, formando una especie de triángulo antes de insertarse en el borde inferior de la rama del isquion. Justo antes de que se produzca la inserción, las bandas vuelven a divergir, prolongando así el punto de unión inferior. Esta unión prolongada se denomina proceso falciforme y está situado justo debajo del conducto pudendo, donde se une con la vaina fascial de los vasos pudendos internos y el nervio pudendo. La superficie posterior del ligamento se mezcla con el glúteo mayor, mientras que las fibras inferiores del ligamento continúan en el tendón del bíceps femoral.



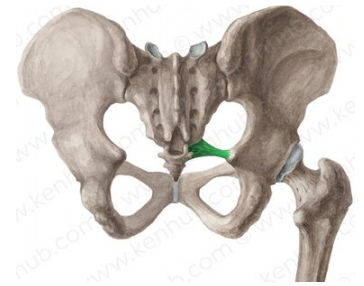
Función: limita la nutación del sacro y forma el borde medial del agujero ciático menor.

- **Ligamento sacroespinoso**

Inserciones: borde lateral del sacro y coxis → espina isquiática.

Función: divide el agujero ciático mayor y menor.

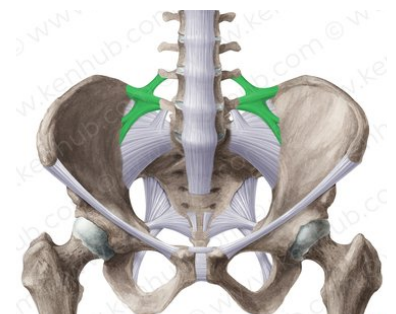
Se cree que el ligamento sacroespinoso es una parte fibrosa del músculo coccígeo, ya que se mezcla en gran medida con él.



- **Ligamento iliolumbar**

Inserciones: apófisis transversa de L5 → cresta ilíaca y tuberosidad ilíaca.

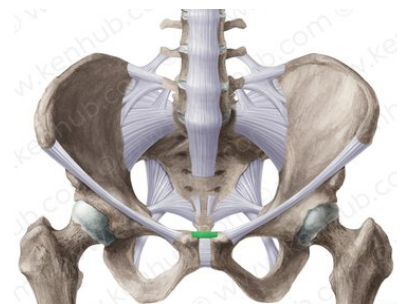
Función: estabiliza la unión lumbosacra.



- **Ligamento púbico superior**

Inserciones: tubérculos púbicos derecho e izquierdo (sobre la sínfisis).

Función: otorga fuerza a la sínfisis púbica.



- **Ligamento arcuato (o inferior)**

Inserciones: Ramas inferiores de los pubis (bajo la sínfisis).

Función: Banda gruesa y fibrosa que conecta las porciones inferiores de la articulación pubiana.



Ligamentos viscerales:

Sostén de útero y vagina:

- **Ligamento uterosacro**

Inserciones: cara posterior del cuello uterino y fórnix vaginal posterior → cara anterior del sacro.

Función: mantiene el útero en posición de anteversión y anteflexión; muy importante para la estabilidad pélvica posterior.

- **Ligamento cardinal (o de Mackenrodt / cervical transverso)**

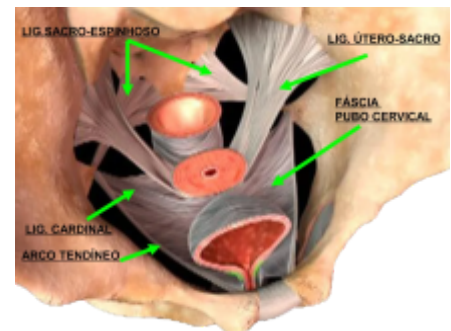
Inserciones: cuello uterino y parte superior de la vagina → fascia pélvica lateral, cerca de la pared lateral de la pelvis.

Función: sostén lateral del cuello uterino; protege vasos uterinos.

- **Ligamento pubocervical**

Inserciones: cara anterior del cuello uterino y pared vaginal anterior → cara posterior del pubis.

Función: mantiene el soporte anterior de la vejiga y uretra.



Sostén de uretra y vejiga:

- **Ligamento pubouretral**

Inserciones: uretra proximal → rama inferior del pubis.

Función: estabiliza la uretra durante esfuerzos; clave en la continencia.

- **Ligamento pubovesical**

Inserciones: cuello de la vejiga → cara posterior del pubis.

Función: fija la posición del cuello de la vejiga.
vista lateral interna.

Sostén del recto:

- **Ligamento rectouterino**

Inserciones: cara posterior del cuello uterino y vagina → fascia presacra y sacro.

Función: sostiene el tabique rectovaginal y evita el prolapso posterior.

- **Ligamento anocoxígeo**

Inserciones: coxis → margen posterior del esfínter anal externo.

Función: ancla el complejo esfinteriano al sacro/coxis.

Foramen ciático mayor: una abertura delimitada por el borde posterior del hueso ilíaco anterosuperiormente, el ligamento sacrotuberoso posteromedialmente y el ligamento sacroespinoso y la espina ciática inferiormente. El contenido de este foramen es el músculo piriforme, los vasos y nervios glúteos, los vasos pudendos internos, el nervio pudendo, los nervios ciático y cutáneo femoral posterior y los nervios del obturador interno y del cuadrado femoral.

Foramen ciático menor: orificio delimitado por el cuerpo del isquion en la parte anterior, la espina del isquion y el ligamento sacroespinoso en la parte superior y el ligamento sacrotuberoso en la parte posterior. Su contenido incluye el tendón del obturador interno, el nervio del obturador interno, los vasos pudendos internos y el nervio pudendo que van de la pelvis al miembro inferior. también se encuentra el foramen ciático menor, delimitado posteriormente por el ligamento sacrotuberoso y anteriormente por el ligamento sacroespinoso, desempeñando un papel fundamental de pasaje para el nervio pudendo, el nervio obturador interno, la arteria y vena pudenda interna y el tendón del músculo obturador interno.

Tipos de pelvis:

- **Ginecoide:** común en mujeres occidentales. Estrecho superior ovalado en su eje transversal. Espinas ciáticas sin punta y que no se proyectan en la cavidad pélvica. Sacro ancho con concavidad profunda. Tipo ideal para el parto.
- **Androide:** Más común en hombres. Estrecho superior en forma de corazón (promontorio del sacro grande). Espinas ciáticas cónicas que sobresalen en la cavidad pélvica. Sacro ligeramente curvo. Ideal para la inserción de músculos voluminosos.
- **Antropoide:** Este tipo de pelvis tiene características propias de la pelvis androide y ginecoide. Estrecho superior ovalado a lo largo del eje anteroposterior. Espinas ciáticas sin punta. Sacro largo, estrecho y menos curvo en comparación del sacro propio de la pelvis ginecoide. Permite el parto pero tiene un riesgo elevado de obstrucción.

- **Platipeloides:** Denominada la pelvis contraída. Estrecho superior y espinas ciáticas de características similares a los encontrados en la pelvis ginecoide. Sacro ligeramente curvo.

Composición del piso pélvico:

- **Diafragma o piso pélvico** (músculos isquiococcigeo y músculos elevadores del ano): cerrado por arriba por la fascia endopélvica.
- **El diafragma urogenital** (ligamento triangular/fascia de Carcassonne): está situado caudalmente entre el isquion y la sínfisis púbica y es atravesado por la uretra y la vagina.
- **El periné o membrana perineal:** es la continuación de la fascia de Carcassonne, conectando la capa profunda de la musculatura del piso pélvico, el cóccix y el esfínter anal.

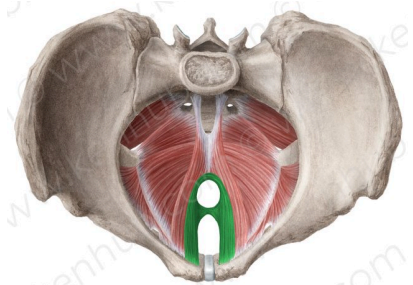
Componentes musculares:

El piso pélvico está constituido por músculos estriados voluntarios, que conforman una estructura en forma de “hamaca” o embudo invertido. Se organizan en tres planos:

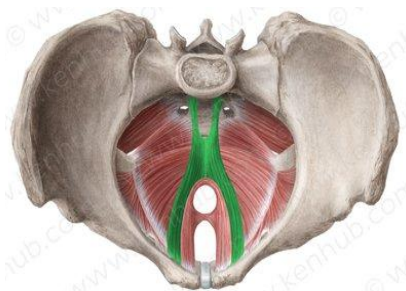
Plano profundo: Diafragma Pélvico, piso pélvico.

Músculo elevador del ano: es el principal músculo del piso pélvico. Es par y está formado por tres porciones:

- **Puborrectal:** pasa por detrás del recto como un “cabestrillo muscular” que se curva alrededor de la unión anorrectal.

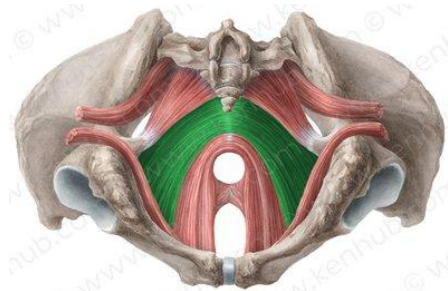


- **Pubococcígeo:** El pubococcígeo es la porción intermedia del músculo elevador del ano. Sus fibras anteriores surgen de la cara posterior del arco del pubis y recorren posteriormente en el plano horizontal. Luego se decusan para unirse con las del lado contralateral y formar un “cabestrillo” alrededor de las porciones distales de los órganos pélvicos. El pubococcígeo puede dividirse con base en las

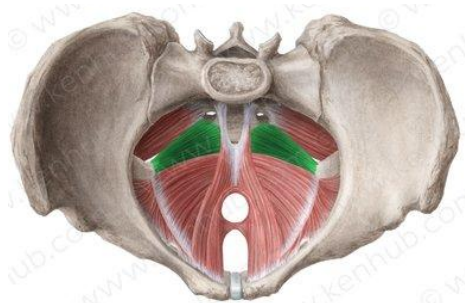


estructuras con las cuales sus fibras se encuentran inmediatamente asociadas:

- **Puboperineal:** fibras más internas que viajan adyacentes a la uretra y su esfínter asociado conforme sale del piso pélvico. En algunas instancias, el músculo se conoce como pubouretral debido a que se asocia con la mitad proximal de la uretra y forma parte del complejo de su esfínter.
 - **Pubovaginal:** grupo de fibras musculares que pasa alrededor de la porción inferior de la pared posterior de la vagina.
 - **Puboanal:** algunas pocas fibras que cruzan hacia el lado contralateral y se mezclan con las fibras de los músculos rectales longitudinales y su fascia para formar la capa longitudinal conjunta del conducto anal.
- **Iliococcígeo:** se extiende lateralmente hasta el arco tendinoso del músculo elevador del ano. Sus fibras posterolaterales tienen inserciones en la espina ciática (justo de forma inferior y anterior a la inserción del músculo coccígeo), mientras que sus fibras anterolaterales se insertan en el canal obturador. Las fibras de la línea media posterior se insertan en la porción inferior del sacro y el cóccix. La mayoría de las fibras del iliococcígeo se juntan con las fibras de la mitad contralateral del músculo para formar un rafe de la línea media. El rafe (un surco en donde se unen las dos mitades del músculo) es continuo con el ligamento anococcígeo y brinda una fuerte inserción posterior para el piso pélvico



- **Músculo coccígeo (isquiococcígeo):** se localiza en la porción posterosuperior, con forma triangular cuyo vértice se inserta en la punta y cara pélvica de la espina ciática, mientras que su base se inserta en la 5° vértebra sacra y en bordes laterales del cóccix. Las fibras restantes del músculo convergen en la línea media. Este músculo está relacionado anteriormente con la cara pélvica del ligamento sacroespinoso.



Arcos tendinosos:

Existen dos estructuras notables de tejido conjuntivo pelviano en relación con el músculo elevador del ano y las partes anterolaterales de la vagina. Estos son el arco tendinoso de la fascia pelviana (ATFP) y el arco tendinoso del músculo elevador del ano (ATLA).

Estos arcos son condensaciones de las fascias, del músculo obturador interno y el elevador del ano. Están compuestas por pliegues de colágeno más organizados que la fascia pelviana o visceral. constituyen una línea de inserción única en el cuerpo para los músculos estriados. Esto explica la fragilidad de la zona. Las desinserciones unitarias o bilaterales del

elevador del ano sobre el arco tendinoso son el origen de un desequilibrio de la estática pelviana que puede provocar cistosis y/o incontinencia urinaria por esfuerzo.

Plano intermedio: Diafragma urogenital

Ubicado por debajo del diafragma pélvico, refuerza la zona anterior.

- **Músculo transverso profundo del periné:** se extiende entre ambas ramas isquiopubianas. Brinda soporte a uretra y vagina.
- **Esfínter uretral externo:** rodea la uretra, controlando voluntariamente la micción.

Ambos están contenidos en la fascia media perineal (fascia de Carcassonne), atravesada por la uretra y la vagina.

Plano superficial: Perine

Ubicado en la base del rombo perineal. Se divide en dos triángulos:

Triángulo urogenital (anterior):

- **Músculo bulbocavernoso:** rodea el vestíbulo vaginal; participa en la contracción del clítoris.
- **Músculo isquiocavernoso:** se extiende desde la tuberosidad isquiática hasta el clítoris.
- **Músculo transverso superficial del periné:** va de una rama isquiopubiana a otra, reforzando el cuerpo perineal.

Triángulo anal (posterior):

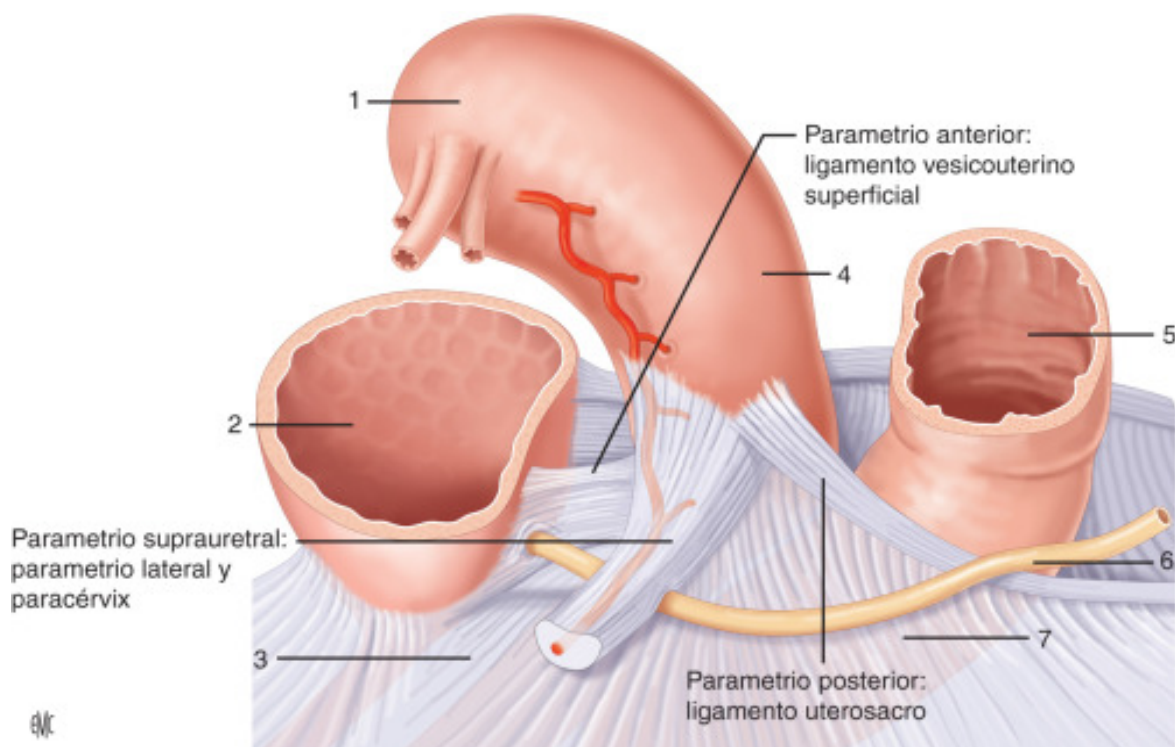
- **Esfínter externo del ano:** rodea el canal anal y permite el control voluntario de la defecación.
- **Fosas isquioanales:** espacios con tejido adiposo que permiten la distensión del canal anal.

Fascias

Fascia endopélvica: Por debajo del peritoneo la fascia endopélvica cubre en la zona superior, al obturador interno, piriforme y elevador del ano, para continuar con la banda transversal fusionándose en el periostio púbico. En su camino se fusiona con el ligamento pubo sacro posteriormente, construyendo una copa conectiva que cubre toda la estructura musculoesquelética del suelo pélvico, el diafragma urogenital y el área perineal. La fascia endopélvica encapsula las vísceras del piso pélvico, conectándose además con la musculatura y las estructuras óseas. Guía las estructuras vasculares en las vainas conectivas como la vaina hipogástrica, que conecta el hueso púbico con el sacro, la vaina umbilical-prevesical, Retzius, que delimita el espacio retropúbico y la fascia de Denonvillier, entre el recto y el útero, que envuelve las dos arterias hemorroidales medias.

La fascia endopélvica se diferencia en planos:

- **Superior:** Parametrio, tejido conectivo que rodea el útero y el cuello uterino, extendiéndose lateralmente hacia la pared pélvica. Ligamentos cardinales y uterosacro.
- **Inferior:** Paracolpos, prolongación de los ligamentos cardinales hacia la vagina.
- **Anterior a la vagina:** Fascia puborrectal
- **Posterior a la vagina:** Fascia rectovaginal.



Cuerpo perineal: masa fibromuscular central del periné que sirve de punto de anclaje para los músculos superficiales y profundos, contribuyendo a la integridad funcional del piso pélvico.

Sistema arterial

La irrigación arterial principal proviene de la arteria ilíaca interna (rama de la arteria ilíaca común) y sus ramas.

- **Arteria pudenda interna:** Sale de la pelvis por el agujero ciático mayor, rodea el ligamento sacroespinoso y entra por el agujero ciático menor. Irriga: músculos y piel del periné, esfínteres, vulva.
- **Arteria vaginal:** Irriga vejiga, uretra y parte inferior de la vagina.
- **Arteria rectal media:** Irriga recto y canal anal.
- **Arteria uterina:** Irriga útero, parte de la vagina y trompas.
- **Otras ramas: obturatriz, glútea inferior** (pueden contribuir a irrigación de músculos profundos del periné).

Sistema venoso

Las venas siguen en general el mismo recorrido que las arterias, drenando a la vena ilíaca interna. Se forman plexos venosos muy desarrollados, interconectados entre sí.

Plexos principales:

- **Plexo venoso pudendo:** drena periné, esfínteres y genitales externos.
- **Plexo venoso vesical:** rodea la vejiga y se comunica con plexo uterovaginal.
- **Plexo uterovaginal:** rodea cuello uterino y vagina, con conexiones hacia plexo vesical y venas ováricas.
- **Plexo rectal (interno y externo):** drena recto y canal anal; conexiones con sistema porta (vena mesentérica inferior) y sistema cava (comunicación porto-cava)

Sistema linfático

Drena hacia ganglios pélvicos y abdominales.

- **Periné superficial y genitales externos:** ganglios inguinales superficiales.
- **Vagina (parte inferior), uretra distal, canal anal inferior:** ganglios inguinales superficiales.
- **Vagina superior, cuello uterino, próstata, vejiga, recto superior:** ganglios ilíacos internos y externos.
- **Recto superior:** ganglios mesentéricos inferiores.
- **Útero :** Fondo uterino. Ganglios lumboaórticos y paraaórticos (a través de vasos linfáticos que siguen la arteria ovárica).

- **Cuello uterino:** ganglios ilíacos internos, externos y sacros.

Inervación:

La inervación del piso pélvico es compleja y resulta de la participación combinada del sistema nervioso somático y del sistema nervioso autónomo (simpático y parasimpático). Esta organización asegura tanto el control voluntario de la continencia como la función vegetativa de las vísceras pélvicas.

La musculatura pélvica tiene control voluntario e involuntario. El piso pélvico puede inducir a contraerse conscientemente o a actuar automáticamente, como durante los movimientos de los brazos, la respiración, la tos, los músculos de las extremidades inferiores y el tronco. La musculatura pélvica está representada en la pared medial de la circunvolución precentral, donde se activa tanto por movimientos voluntarios como por movimientos de otros músculos de la pelvis. Esto significa que existe una preactivación de la corteza premotora, pero esta activación sólo concluye si los centros superiores aseguran que la contracción sea necesaria. Otra área involucrada en los movimientos involuntarios del piso pélvico asociados con la respiración, es el núcleo retroambiguo del bulbo raquídeo.

Inervación somática

Está dada principalmente por:

Nervio pudendo: originado de las raíces ventrales de S2, S3 y S4.

Este nervio atraviesa el canal de Alcock (conducto pudendo) y emite ramas motoras y sensitivas:

- **Ramas motoras:** inervan músculos del diafragma urogenital y pélvico, como el elevador del ano, coccígeo, esfínter externo de la uretra y esfínter externo del ano.
- **Ramas sensitivas:** proporcionan sensibilidad a la piel del periné, labios mayores, clítoris y parte inferior de la vagina.

El pudendo es fundamental para la contracción voluntaria de esfínteres y músculos perineales, siendo clave en la continencia urinaria y fecal.

Plexo Sacro: Los ramos del plexo sacro contribuyen a la inervación de los músculos del elevador del ano. El nervio pudendo, que se origina de la segunda a cuarta porción sacra de la médula espinal (S2-S4), inerva directamente al músculo pubococcígeo. Los ramos que surgen directamente de la cuarta porción sacra forman el nervio del músculo elevador del ano (S4). Los músculos coccígeo e iliococcígeo están inervados por ramos que se originan directamente de las porciones cuarta y quinta del plexo sacro (S4-S5).

Nervio Perineal (rama del Pudendo): inerva músculos perineales y da ramas sensitivas para la piel del perine.

Inervación autónoma

- **Simpática:** proviene del plexo hipogástrico superior e inferior (raíces de T11 a L2). Sus fibras alcanzan el plexo pélvico e inervan vasos y vísceras, contribuyendo al tono basal de esfínteres lisos.
- **Parasimpática:** procede de los nervios espláncnicos pélvicos (raíces de S2 a S4). Estas fibras se integran en el plexo pélvico y participan en la micción, defecación y respuesta sexual. Inervan el detrusor vesical, recto y órganos genitales. Estimulan la contracción de la vejiga y la relajación de los esfínteres internos.

Plexo pélvico (o hipogástrico inferior): constituye la red donde confluyen fibras simpáticas y parasimpáticas, distribuyéndose hacia vejiga, uretra, vagina y recto.

Coordinación funcional

La función del piso pélvico depende de la acción combinada:

- **Somática:** permite contracción voluntaria de los músculos y esfínteres.
- **Autónoma:** regula el tono de vísceras y esfínteres lisos, así como funciones reflejas (micción, defecación, excitación sexual).

EMBRIOLOGÍA

El piso pélvico se desarrolla principalmente a partir del mesodermo paraxial y somático. El mesodermo paraxial contribuye a la formación de los músculos estriados de la región perineal y pélvica, mientras que el mesodermo somático y espláncnico origina ligamentos, fascias y tejido conectivo, constituyendo la base estructural de sostén y la arquitectura fascial de la pelvis.

Entre la 4.^a y 6.^a semana de gestación, la porción terminal del intestino primitivo forma la cloaca, cavidad común a los sistemas digestivo y urinario. La aparición del tabique uorrectal divide la cloaca en dos compartimentos: el seno urogenital, precursor de la vejiga, uretra y parte del aparato genital femenino, y el recto, correspondiente a la porción terminal del tubo digestivo. Esta separación inicial es fundamental para la coordinación funcional del piso pélvico y la futura continencia urinaria y fecal.

Entre la 7.^a y 12.^a semana, el mesénquima circundante se diferencia en los músculos que formarán el diafragma pélvico, destacando el elevador del ano (puborrectal, pubococcígeo e iliococcígeo). De manera paralela, se desarrollan los esfínteres externos de la uretra y del ano, estructuras esenciales para la continencia. Estas fibras musculares rodean y sostienen el seno urogenital y el recto, generando un soporte activo y coordinado desde etapas tempranas del desarrollo.

A partir de la 8.^a semana, en ausencia de testosterona, el seno urogenital femenino se diferencia en la uretra femenina y el vestíbulo vaginal, mientras que la fusión de los conductos paramesonéfricos (de Müller) origina el útero y la porción superior de la vagina. La estrecha relación anatómica entre uretra, vagina y vejiga resalta la importancia del soporte adecuado del piso pélvico en la mujer, no solo para la continencia, sino también para la función sexual y reproductiva.

Los ligamentos pélvicos, como los uterosacros y pubovesicales, y las fascias pélvicas (incluida la fascia endopélvica) derivan del mesénquima mesodérmico, formando una “red de soporte” que integra órganos y musculatura, permitiendo la transmisión de fuerzas y la estabilidad estructural.

El aporte vascular del piso pélvico proviene principalmente de la arteria ilíaca interna y sus ramas, presentes desde etapas tempranas del desarrollo, mientras que los linfáticos se organizan en paralelo, asegurando drenaje y homeostasis tisular.

La inervación incluye la inervación somática, proveniente del plexo sacro (S2-S4) y el nervio pudendo, que controla esfínteres y músculos del periné, y la inervación autónoma, que coordina las funciones viscerales de vejiga, uretra y recto. Esta interrelación entre sistemas musculoesquelético y visceral se establece desde el desarrollo embrionario.

El piso pélvico se desarrolla a partir de dos grupos musculares:

- **Músculo pubo caudal:** da origen a los músculos elevadores del ano, coccígeos y ligamentos pélvicos (pubosacros, uterosacros).

- **Músculo de Gegenbauer:** contribuye a la formación de los músculos esfinterianos (esfínter anal externo, esfínter uretral), bulbocavernoso, isquiocavernoso y transversos del periné.

Desde etapas tempranas, músculos, ligamentos, fascias y órganos actúan como una unidad funcional integrada, lo que explica su coordinación en la continencia, la postura y la estabilidad pélvica en la vida adulta. La interacción entre estos elementos garantiza la resistencia a la presión intraabdominal y la capacidad de adaptación frente a cambios fisiológicos y patológicos a lo largo de la vida.

Durante el desarrollo fetal, estas estructuras funcionan como una unidad sinérgica, lo que explica su coordinación funcional en la vida adulta.

HISTOLOGÍA

Conformando a la vejiga de externo a interno observamos la función fisiológica de:

- **Músculo detrusor:** Músculo liso de composición en un 70% fibras musculares de movimiento elástico que retoman su forma luego de una distensión y en un 30%, fibras colágenas que retrasan la deformación ante el sometimiento de tensión. Sostiene su arquitectura celular de músculo liso por la presencia miosina y actina. Esta composición efectiviza la tensión y distensión independientemente de la innervación. Por consiguiente, el tono vesical no será neurogénico sino miogénico y reflejará exclusivamente el estado de la pared vesical.
Se dispone en 3 (tres) capas que permiten la expansión:
 - Interna: formada por fibras en disposición longitudinal.
 - Media: en la que las fibras se disponen circularmente.
 - Externa: de manera longitudinal.
- **Capa submucosa:** Ubicada entre el músculo detrusor y la porción más interna (urotelio), de tejido conectivo laxo y función mayormente nutritiva e inmunitaria, circulan en ella linfocitos, vasos sanguíneos, linfáticos, entre estructuras nerviosas que participan en la detección del llenado vesical y en la percepción de urgencia urinaria y unas pocas fibras musculares lisas que justifican su función de interfaz actuando como zona de integración entre estímulos mecánicos (distensión) y respuestas neuromusculares del detrusor.
- **Urotelio:** Llegando a la capa más interna, existe como epitelio de transición recubriendo desde la pelvis renal, uréteres, vejiga y la uretra proximal.
Se conforma por tres tipos de células:
 - Células Basales: Son las más pequeñas. Constituyen la población celular más abundante en el urotelio adulto y se ubican a la luz de la vejiga. Poseen una particular función progenitora, albergando un subconjunto de células madre uroteliales que proporcionan la regeneración y reparación de por vida de la mucosa del urotelio frente al estrés mecánico/ químico al que se expone la vejiga.
 - Células Intermedias: Comparten también la capacidad regenerativa, con mayor capacidad proliferativa por lo que su regeneración ante situaciones lesivas o infecciosas será más rápida. Actúan junto a las células basales como barrera de agentes patógenos principalmente y ante la toxicidad propia de la orina.
 - Células Paragua: Brinda impermeabilidad y hace de barrera de alta resistencia para el urotelio. Poseen forma hexagonal y su tamaño varía según la distensión de la vejiga. Están altamente polarizadas sus porciones apicales de las basales. En estado de relajación, su superficie apical forma una estructura de cúpula que cubre células intermedias subyacentes y se une a ellas por desmosomas. En tanto que, durante el estado de repleción de la vejiga, estas células van a aplanarse cubriendo mayor porcentaje de superficie luminal. Por su conformación con proteínas de unión estrecha y los componentes de unión por desmosomas, es que las células paraguas forman

la única capa urotelial de uniones estrechas y adherentes detectables sellando por completo la permeabilidad de dicha capa.

Gracias a estos complejos mecanismos fisiológicos y de arquitectura histológica, la vejiga no solo puede adaptarse al almacenamiento progresivo de la orina, sino también conservar su función clave en la barrera inmunológica y la impermeabilidad urinaria.

Esta disposición es esencial para sostener los mecanismos de continencia fisiológicos que, durante la fase de almacenamiento en ausencia de contracciones abdominales y vesicales, la PIV se mantiene constante en torno a 10 cm H₂O. Mientras que la presión de cierre del esfínter estriado puede alcanzar valores en torno a 100 cm H₂O, que asegura la continencia mientras la presión vesical permanezca por debajo de este umbral. La ausencia o modificación de estas funciones generan una alteración en las propiedades viscoelásticas de las paredes vesicales y un aumento prematuro de la presión.

A partir de aquí, se abre el campo de nuestro interés: los mecanismos de continencia que permiten el llenado, almacenamiento y micción de la orina, y cómo diferentes alteraciones pueden desencadenar la disfunción eje de nuestro trabajo.

FISIOLOGÍA

Funciones generales del piso pélvico

Así como la función miccional requiere la sinergia de tres sistemas nerviosos, la fisiología del suelo pélvico depende de la interacción de tres sistemas estructurales integrados:

Sistema de sostén (muscular):

Formado por los músculos elevadores del ano, coccígeos, diafragma urogenital y perineales. Brindan soporte activo a las vísceras, modulan las presiones abdominales y participan en la postura y en los mecanismos de continencia.

Sistema suspensorio (ligamentario):

Ligamentos que fijan los órganos pélvicos a las estructuras óseas (ej. ligamentos pubouretrales, uterosacros). Estabilizan las vísceras y contribuyen al mantenimiento de su posición anatómica.

Sistema de contención (fascial):

Incluye la fascia endopélvica, la fascia perineal superficial y profunda, y el cuerpo perineal. Sirve de anclaje a músculos y vísceras y forma túneles de paso para los elementos vasculonerviosos.

La integración de estos sistemas permite las siguientes funciones:

- **Soporte visceral:** mantiene en posición correcta los órganos pélvicos (vejiga, útero, vagina y recto).
- **Continencia urinaria y anal:** gracias a la contracción coordinada de los músculos elevadores del ano y esfínteres.
- **Facilita la micción y la defecación:** al relajarse adecuadamente en los momentos necesarios.
- **Función sexual:** permite una sexualidad satisfactoria al intervenir en la sensibilidad, la lubricación y la contracción vaginal.
- **Función reproductiva:** colabora en el mantenimiento del embarazo y facilita el parto.
- **Estabilidad postural:** actúa como parte del “core” o unidad central estabilizadora del cuerpo junto al diafragma respiratorio, músculos abdominales y músculos profundos de la espalda.

Fisiología de la micción

La diuresis es el mecanismo de producción y eliminación de orina. Depende de múltiples factores individuales (hábitos de ingesta de líquido, el ritmo respiratorio, la actividad física) y ambientales (temperatura, humedad, etc.).

La capacidad vesical fisiológica, se estima que varía entre 350 y 500 ml. y que, dentro de este rango, se mantiene un estado fisiológico de continencia. Este concepto se define como el resultado de la coordinación entre vejiga y uretra durante las fases de llenado y almacenamiento para concluir en la fase de micción, que da lugar al vaciado de la vejiga mediante contracción del detrusor y relajación de esfínteres.

Fases del ciclo miccional:

- **Fase de almacenamiento y continencia:**

En esta fase predomina el sistema simpático y somático que dan por resultado un detrusor relajado, y esfínteres cerrados. Debido a que el detrusor se comporta en esta fase como un órgano no muscular gracias a procesos metabólicos intramusculares, sucede un paulatino y continuo aumento de volumen de orina. El contenido es eyaculado dentro de la vejiga a través de los uréteres ante la actitud de pasiva esfera viscoelástica, esto genera que se distienda sin aumentar demasiado la presión.

...

Micción y continencia son tiempos sucesivos de la dinámica miccional, resultado de la magnitud de dos fuerzas coordinadas y contrapuestas, la presión intravesical y la presión intraabdominal.

*Una vez la vejiga alcanza su **repleción** se origina por condiciones neurológicas provenientes de la corteza cerebral, el deseo miccional. Aquí se encuentra lista para contraerse y vaciar su contenido al exterior a través del cuello vesical y la uretra.*

...

- **Fase miccional:**

Aquí predomina el sistema parasimpático que permite la contracción del detrusor y relajación voluntaria de la musculatura del suelo pélvico y esfínter externo para la expulsión de la orina. El desencadenante es el volumen y presión intravesical, cuando alcanzan un umbral determinado, activa los receptores de estiramiento en la pared vesical.

La fisiología del piso pélvico es indivisible de la anatomía, ya que no hay una parte fisiológica per se, sino que más bien es un conjunto donde la materia anatómica y neurológica se inmiscuye en la fisiología sumando la importancia fascial, y la convivencia de presiones.

Varios autores sugieren que esta compleja estructura se considera como un sistema de andamiaje de la pelvis, parecido a un “puente colgante”. Desde esta premisa, debemos

basarnos en sus componentes para medir la capacidad de resistencia del piso pélvico:

- Componentes estructurales = pilares y cimientos = huesos
- Configuración arquitectónica = sistema suspensorio y de cohesión = fascia endopélvica (soporte fibroso compuesto por colágeno, elastina y tejido adiposo,) Donde este sistema fascial condensa su composición, da lugar a los ligamentos que mantendrán a los órganos en suspensión.
- Potencial de carga a aplicar = sistemas de soporte o sostén= Musculatura.

BIOMECÁNICA

Distribución de cargas

El peso del cuerpo se transmite desde la siguiente manera:
columna vertebral → *sacro* → *huesos ilíacos* → *fémures*.

El piso pélvico gestiona las presiones de esta carga vertical descendente, que combina las fuerzas de reacción del suelo que empujan hacia arriba. Parte de la gestión la aportan la sínfisis púbica y las articulaciones sacroilíacas, que otorgan la estabilidad de este anillo resistiendo fuerzas de rotación y cizallamiento dentro de dicho sistema de tensiones y compresiones.

Por otra parte, músculos del piso pélvico como el elevador del ano, actúan como diafragma muscular que se contrae y relaja para gestionar las presiones dentro de la cavidad abdominal.

- **Presión intraabdominal:** aumenta con tos, risa, esfuerzo. El piso pélvico debe compensar con contracciones. En grandes aumentos de presión, una contracción no adecuada causaría prolapsos o incontinencia.
- **Presión intravesical:** presión que existe dentro de la vejiga urinaria. Refleja la suma de la presión ejercida por la orina acumulada (volumen intravesical) y la transmisión de la presión intraabdominal hacia la vejiga. En condiciones normales, durante el llenado vesical, la presión intravesical aumenta muy poco aunque la vejiga recibe mayor volumen, gracias a la capacidad de distenderse sin elevar mucho la presión.

Fibras musculares:

- De contracción lenta (tipo I): Trabajan de forma constante para contrarrestar la fuerza de la gravedad. Mantienen el tono postural, soporte continuo de los órganos pélvicos.
- De contracción rápida (tipo II): Se activan en esfuerzos súbitos o acciones voluntarias, como contener la orina o las heces ante un aumento repentino de la presión abdominal.

La respiración y su influencia en el piso pélvico:

El diafragma torácico, a través de la fascia transversalis se fusiona anteriormente con el músculo transverso y la fascia toracolumbar, posteriormente con el sacro.

El recto abdominal y su sistema fascial se fusionan a la altura de la sínfisis púbica con los músculos aductores, ambos activados por la contracción del piso pélvico.

Este se encuentra en continuidad anatómica con el glúteo mayor, también involucrado en las contracciones pélvicas que permiten distribuir las cargas del tronco y las extremidades superiores, a las inferiores, y viceversa durante la marcha y en ortostatismo.

En esta superposición mecánica de las estructuras, la posición del pie se verá afectada por la tensión muscular del piso pélvico, al también influir en el tono de los músculos rotadores de la cadera; dicha tensión afectará el comportamiento de las zonas contráctiles adyacentes.

En las fases de:

- **Inspiración:** el diafragma desciende, aumenta la presión intraabdominal. El piso pélvico se distiende y desciende, realiza movimiento posteroinferior hacia el sacro y el isquion con un desplazamiento de unos 3 cm. Durante esta acción el cóccix genera un movimiento posteroinferior
- **Espiración:** el diafragma asciende, la presión disminuye. El piso pélvico asciende anterosuperiormente, realiza un movimiento hacia el pubis y mantiene una forma cúpula similar al diafragma respiratorio. Durante esta acción el cóccix genera un movimiento anterosuperior.

Consideraciones físicas y mecánicas

$P = F/A$: La presión ejercida sobre el piso pélvico es igual a la fuerza total del peso de los órganos y el impacto en el movimiento, dividida por el área (A) del suelo pélvico.

Vector de fuerza: Un vector de fuerza es una representación visual de dirección y magnitud. Describen el equilibrio de un cuerpo.

Elasticidad y viscoelasticidad: Ligamentos y fascias poseen propiedades elásticas y viscoelásticas que les da la capacidad de resiliencia y memoria que pueden afectarse por esfuerzos repetidos o traumáticos (como el parto).

Coordinación y sinergia: La correcta función del piso pélvico depende de la sinergia con otros grupos musculares. Una correcta respiración diafragmática ayuda a regular la presión intraabdominal, mientras que una buena postura ayuda a alinear las cargas de manera eficiente, evitando una tensión excesiva.

Neurofisiología de la micción:

Las fases que conforman este proceso miccional dependen de una integración nerviosa entre:

- sistema simpático (nervio hipogástrico),
- sistema parasimpático (nervio pélvico)
- sistema somático (nervio pudendo),

La sinergia de estos es regulada por el núcleo pontino de la micción en la protuberancia del tronco encefálico, el cual se activa en respuesta a aferencias provenientes de sensaciones vesicales propioceptivas y exteroceptivas, a la médula espinal y centros corticales.

La médula espinal recibe la información sensorial originaria de la vejiga, es lo que denominaremos como vías aferentes y es fundamental para que el cerebro detecte que la vejiga se está llenando y mantenga la continencia.

Vías aferentes (sensitivas):

- El nervio hipogástrico transmitirá la propiocepción del cuello vesical hacia la médula dorsolumbar. Centro simpático (astas intermediolaterales T10-T11-T12-L1-L2): llegan las aferencias sensitivas de los nervios hipogástricos.
- Los nervios pudendo también envían desde los receptores propioceptivos de la uretra posterior y de los músculos esqueléticos del suelo pélvico a la médula sacra. Centro parasimpático (astas intermediolaterales S2-S3-S4): recibe aferencias sensitivas ipsi y contralaterales, tanto de los nervios pélvicos, como de los nervios pudendos.
- Los nervios pélvicos conducen además de la sensibilidad propioceptiva, la exteroceptiva (táctiles, dolorosos y térmicos) del epitelio vesical (urotelio) a la médula sacra. Centro motor pudendo (astas anteriores S3-S4): recibe aferencias ipsi y contralaterales pudendas y pélvicas. Existen conexiones recíprocas y bilaterales entre los centros sacros parasimpático y pudendo, que les permite coordinarse durante la micción. Asimismo, por el fascículo medular propio y mediante conexiones intersegmentarias, se relaciona el centro parasimpático sacro del detrusor con el centro simpático toracolumbar, generalmente inhibiendo a este último

Vías eferentes (motoras):

Las eferencias parasimpáticas salen de la médula por las raíces anteriores y a través de los nervios pélvicos se dirigen al plexo hipogástrico, al cual atraviesan dejando algunas fibras colaterales, y terminan en los ganglios pélvicos inervando el detrusor.

El buen funcionamiento parasimpático asegura la adecuada contracción del músculo y en consecuencia el vaciamiento vesical.

- Simpático (hipogástrico): relaja detrusor, contrae cuello vesical.
- Parasimpático (pélvico): contrae detrusor → vaciamiento.
- Somático (pudendo): esfínter externo → control voluntario.

Durante la fase de almacenamiento, predomina la acción simpática del nervio hipogástrico, somática del nervio pudendo y la inhibición parasimpática del nervio pélvico.

El detrusor relajado, los uréteres abiertos, el cuello vesical (esfínter interno) cerrado y el esfínter externo cerrado.

Estimulación de receptores simpáticos a través del nervio hipogástrico. Por secreción de noradrenalina como neurotransmisora actuante sobre los receptores betaadrenérgicos (relajantes) del cuerpo vesical. Distienden al músculo detrusor con la orina dentro sin que la presión interna aumente significativamente, y de los simpáticos alfaadrenérgicos (excitatorios) del trigono - cuello que contraen el trigono y cierran esfínter interno.

El esfínter estriado es controlado por el sistema nervioso somático, aunque la placa neuromuscular utiliza receptores colinérgicos (nicotínicos) para permitir la contracción del músculo, lo que explica la presencia de este tipo de receptores en la estructura.

La acción voluntaria de iniciar la micción pone en marcha el predominio parasimpático sobre el cuerpo vesical y origina la contracción del músculo detrusor.

La inhibición simpática alfaadrenérgica estimula el trigono en el acto miccional. Los meatos ureterales se cierran, si no sucede este mecanismo, existe la posibilidad de reflujo vesicoureteral. Al mismo tiempo permite la apertura del cuello y la adopción de la forma de embudo.

Disfunciones del piso pélvico:

- Pérdida de fuerza en la musculatura:
 - Incontinencia urinaria/ fecal/ gases.
 - Prolapsos
 - Disminución de la sensibilidad en las relaciones sexuales.
- Excesiva presión en piso pélvico:
 - Pesadez en el bajo vientre.
 - Molestia o dolor en la parte inferior de la pelvis en actividades cotidianas
 - Dolor importante en las relaciones sexuales.
 - Estreñimiento.
 - Presión intraabdominal (el rango normal es de 8 a 10 mg de Hg)

INCONTINENCIA

Pérdida involuntaria de orina que genera un conflicto higiénico o social. Las personas suelen manifestar el escape de orina sin control o a presión valsalva.

Tipos de incontinencia:

- **De esfuerzo:** Pérdida involuntaria de orina, coincidente con el aumento de presión abdominal, desencadenado por una actividad/movimiento físicos.
- **De urgencia:** Pérdida involuntaria de orina asociada con un fuerte deseo de micción. Clínicamente se acompaña de un aumento de la frecuencia diurna y nocturna (nicturia)
- **Vejiga hiperactiva:** Síndrome que engloba a pacientes con síntomas de aumento de frecuencia miccional y de urgencia, con o sin incontinencia urinaria. Presumiblemente, se debe al mismo proceso patológico que la incontinencia urinaria por urgencia.
- **Incontinencia urinaria mixta:** Es la asociación de síntomas de pérdida involuntaria de orina con los esfuerzos y síntomas de vejiga hiperactiva.

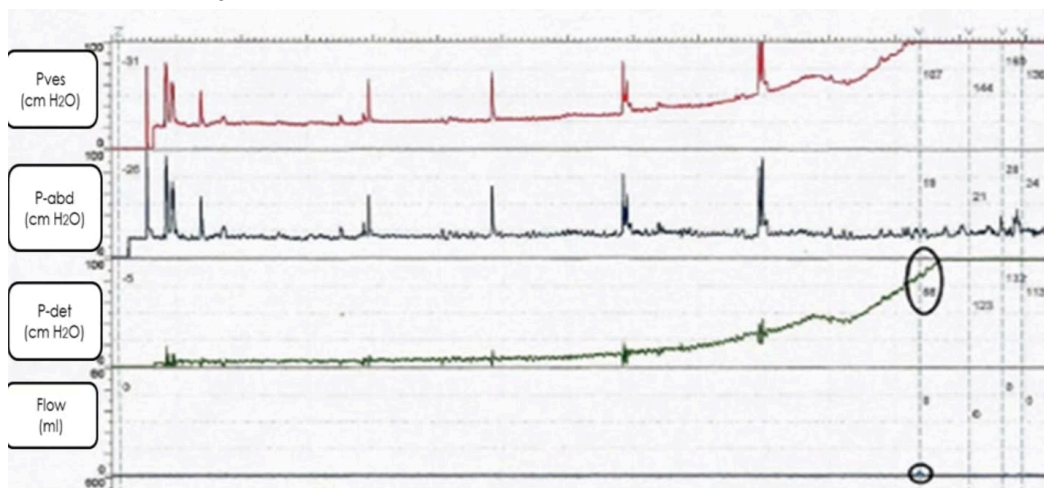
Clasificación según volumen:

- **Leve:** La pérdida se produce con más de 100 cc de líquido intravesical.
- **Moderada:** La pérdida se produce entre los 60 y 100 cc de líquido intravesical.
- **Severa:** La pérdida se produce con menos de 60 cc de líquido intravesical.

Análisis graficado de los comportamientos de presiones y flujo miccional:

En el siguiente gráfico se mide la **presión vesical** a través de un catéter que ingresa por la uretra, la **presión abdominal** a través catéter que va del ano al recto, y entre ambos, se obtiene la **presión del detrusor**, dato diferencial entre la presión intra abdominal y la presión intravesical.

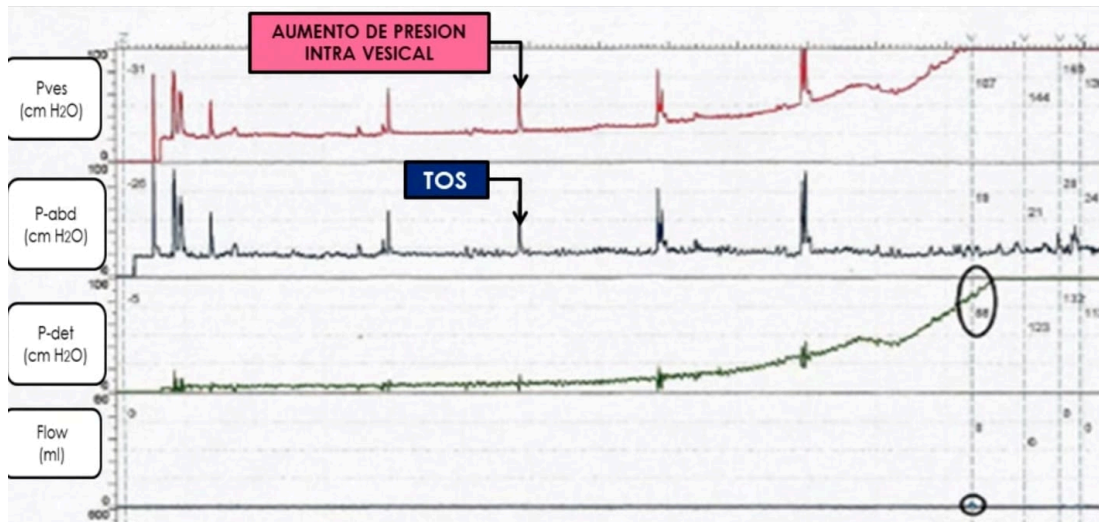
El último registro descrito es el **flujo urinario**, mientras se va llenando la vejiga, se propone hacer esfuerzos, por ejemplo, toser.



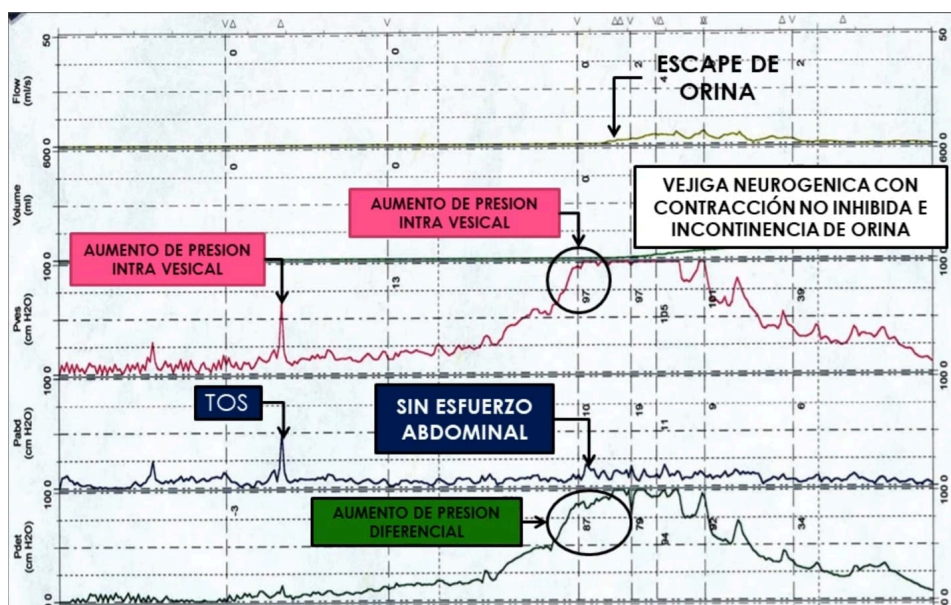
Al haber un esfuerzo de presión intra abdominal, también se registra un aumento de presión intravesical.

Si luego de estos esfuerzos, no hay escape de orina, no existe tal patología.

En cambio, si aumenta la presión intra vesical sin esfuerzo de la presión intra abdominal, y esto se refleja en un aumento de la presión del detrusor con pérdida de orina, se traduce en una vejiga neurogénica con una contracción no inhibida, en casos de lesiones neurológicas suprasacrales o supranucleares.

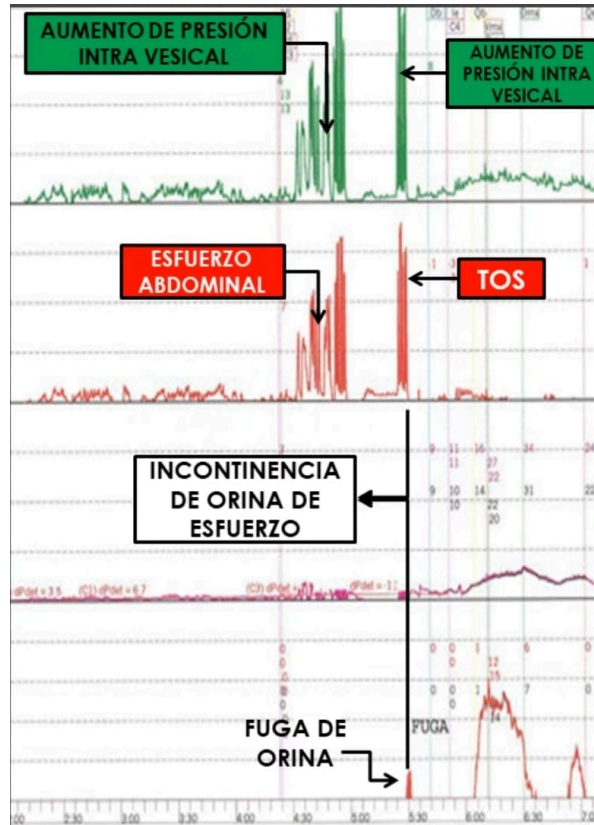


Si durante la fase de llenado no se registra ninguna contracción involuntaria del detrusor y a medida que va aumentando el volumen intravesical se le indica que la paciente que tosa y en ese momento se registra aumento de la presión con escape de orina, es un dato frente de incontinencia de orina de origen anatómico, es decir incontinencia urinaria por esfuerzo.



En este registro, es la tos el esfuerzo abdominal (presión intra abdominal), que da un aumento de la presión intravesical coincidente con la fuga de orina. Se diagnostica

incontinencia urinaria por esfuerzo. Distinto al de la contracción no inhibida producida por el aumento propio de la presión intra vesical sin un esfuerzo abdominal, ese es el diferenciamiento entre Incontinencia urinaria o contracción no inhibida, e Incontinencia urinaria por esfuerzo



TRATAMIENTOS Y ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO

La incontinencia urinaria no se entiende simplemente como un síntoma aislado, sino como la manifestación de un desequilibrio más profundo, que involucra tanto estructuras físicas como aspectos emocionales. Existen diversas formas y terapias para abordarla, que incluyen intervenciones médicas, quirúrgicas y terapéuticas, así como estrategias de fortalecimiento y reconexión del suelo pélvico, todas orientadas a restaurar la función y la calidad de vida de la persona.

Muchas veces es necesario fortalecer y reconectar, especialmente cuando hay debilidad muscular, desorganización postural o desconexión con la propia sensibilidad corporal. Este proceso, acompañado desde una mirada interdisciplinaria, se vuelve más completo, sostenido y respetuoso de los tiempos y necesidades de cada persona.

- **Tratamiento médico y farmacológico**

El abordaje médico incluye fármacos que buscan inhibir las contracciones involuntarias del detrusor. La actividad vesical está mediada por el sistema nervioso parasimpático, a través de receptores muscarínicos activados por acetilcolina. Los antimuscarínicos o anticolinérgicos bloquean estos receptores, reduciendo la urgencia y frecuencia urinaria.

En mujeres menopáusicas, se recomienda el uso de estrógenos vaginales, que favorecen la salud de la mucosa y del tejido conectivo de sostén, mejorando la tonicidad de fascias y músculos perineales.

Otros tratamientos médicos incluyen la inyección intravesical de toxina botulínica, indicada para disminuir la hiperactividad vesical, y la neuromodulación sacra, aplicada en unidades especializadas de uroginecología, que busca restaurar la regulación neuromuscular de la vejiga y el piso pélvico.

- **Tratamiento quirúrgico**

Incluye técnicas como las cintas suburetrales libres de tensión (TVT o TOT), que actúan como sostén debajo de la uretra, y la colposuspensión, que eleva y fija vejiga o uretra para restablecer su posición anatómica. Estas intervenciones buscan corregir el soporte deficiente y restablecer la continencia urinaria.

- **Kinesiología**

Permite observar y reeducar el funcionamiento del piso pélvico mediante:

-Ejercicios de fortalecimiento progresivo, activando la musculatura en movimiento y actividades cotidianas.

-Técnicas manuales, para liberar tensiones en pelvis, abdomen o diafragma.

-Biofeedback, que facilita la conexión y control muscular.

-Electroestimulación, indicada en casos de tono muscular muy bajo.

-Educación postural y funcional, enseñando a moverse y respirar sin generar presión

excesiva.

- **Tratamientos complementarios**

Incluyen ejercicios y prácticas que fortalecen, reeducan y reconectan la musculatura del suelo pélvico, integrando respiración, postura y conciencia corporal:

-Ejercicios de Kegel: fortalecen la musculatura perineal y fomentan la conciencia interna de la zona, mejorando el control y la conexión con el cuerpo.

-Pilates terapéutico: activa el “core”, incluyendo transverso abdominal, oblicuos, multifidos, diafragma y suelo pélvico, estabilizando la pelvis y la columna, y regulando la presión intraabdominal durante el movimiento.

-Yoga terapéutico: combina posturas, respiración y trabajo consciente para mejorar postura, movilidad pélvica y lumbar, activando suavemente el piso pélvico y fortaleciendo la musculatura profunda.

Cuando cada disciplina aporta su enfoque, no solo se suman técnicas o herramientas, sino que se construye un espacio terapéutico más rico, donde el cuerpo puede ser acompañado en sus distintas dimensiones: desde la liberación de tensiones hasta la reconexión con la fuerza interna.

OSTEOPATÍA

*“Las posibilidades de la ciencia de la osteopatía tienen la magnitud de las estrellas”
(Dr. Sutherland)*

La osteopatía es mucho más que una terapia manual; es también arte y medicina.

Es una forma de acompañar a las personas desde una mirada integral, reconociendo que todas las estructuras del cuerpo están conectadas y otorgando un rol fundamental a la conexión entre cuerpo, mente y emociones.

A través de un contacto suave, respetuoso y preciso, la osteopatía busca activar y potenciar los propios recursos del cuerpo para que recupere su equilibrio y capacidad de autocuración.

El tratamiento se enfoca en encontrar la causa que origina el síntoma, entendiendo que, al abordar ese origen, el cuerpo puede empezar a reorganizarse y sanar.

En Osteopatía fluido energética no se imponen fuerzas: se escucha, se observa y se acompaña con presencia, el proceso de quien busca sentirse mejor.

La osteopatía nace a fines del siglo XIX de la mano de Andrew Taylor Still, médico y cirujano estadounidense, cuya historia personal lo llevó a replantearse profundamente la medicina de su tiempo. Luego de atravesar la pérdida de varios de sus hijos por enfermedades que no pudieron ser tratadas eficazmente con los recursos médicos disponibles, Still sintió la necesidad de buscar un enfoque más respetuoso con los procesos naturales del cuerpo. Así fue como comenzó a gestar una medicina manual, integral y profundamente humana.

Still concebía al ser humano como una unidad indivisible, en la que cuerpo, mente y espíritu están en constante búsqueda de equilibrio. Su mirada iba más allá de los síntomas: buscaba entender qué sucedía en la estructura que impedía que la función se exprese con libertad, confiando siempre en la capacidad innata del cuerpo para sanar cuando se le permite hacerlo.

Décadas después, uno de sus discípulos, William Garner Sutherland, dio un paso más allá al percibir un sutil movimiento en los huesos del cráneo. Lo que comenzó como una intuición se transformó en una profunda línea de trabajo conocida como osteopatía en el campo craneal. Sutherland descubrió un ritmo respiratorio primario (MRP) que atraviesa todo el cuerpo, manifestando una pulsación vital que nos conecta con algo más profundo que la mera biología.

Este camino fue luego profundizado por Rollin Becker, quien aportó una visión aún más delicada y sensible. Para Becker, la osteopatía era un acto de presencia y escucha profunda, donde el terapeuta se pone al servicio de la sabiduría interna del paciente. Su enfoque promovía no solo el respeto por los tejidos, sino también por los procesos personales, emocionales y evolutivos que cada ser humano atraviesa.

Principios Osteopáticos:

- **1° Principio – La estructura gobierna la función**

Desde una mirada osteopática, entendemos que la estructura del cuerpo humano no es solamente un conjunto de piezas anatómicas, sino una red viva y en constante interacción. Los huesos, los músculos, las fascias, el sistema nervioso, los vasos, las vísceras, la piel y cada tejido comparten una continuidad funcional que va más allá de lo puramente físico.

Cuando esa estructura se encuentra en armonía, el cuerpo puede cumplir con sus funciones de manera eficiente y saludable. Pero si hay restricciones o bloqueos —ya sean mecánicos, emocionales o energéticos—, la función se ve alterada. Esto puede manifestarse como dolor, fatiga, desequilibrios orgánicos o incluso síntomas más profundos.

- **2° Principio – La unidad del cuerpo**

El cuerpo no es una suma de partes, sino un todo indivisible donde cada plano, físico, emocional, mental y energético, está profundamente conectado. El ser humano es una unidad dinámica en la que todo influye y se interrelaciona: una emoción contenida puede reflejarse en una tensión muscular; un trauma físico puede generar alteraciones en la respiración o en el estado de ánimo.

Desde este enfoque, trabajamos con la conciencia de que al intervenir en un punto del cuerpo, estamos dialogando con el conjunto del ser. Nuestra intención no es sólo "corregir", sino acompañar al paciente en un proceso de reconexión con su totalidad.

- **3° Principio – La autocuración (homeostasis)**

El cuerpo posee una sabiduría innata que tiende siempre a la autorregulación y al equilibrio. Cuando se le brindan las condiciones adecuadas —liberando restricciones, facilitando el flujo de líquidos, calmando el sistema nervioso—, el organismo tiene la capacidad de sanar por sí mismo.

No buscamos imponer un resultado, sino favorecer un terreno propicio para que el cuerpo encuentre su propio camino hacia la salud. En este sentido, la autocuración no es sólo fisiológica: también puede ser un proceso emocional o energético.

- **4° Principio – La regla de la arteria es absoluta**

La circulación sanguínea representa más que un simple transporte de oxígeno y nutrientes. Es la expresión del movimiento vital dentro del organismo. Un buen flujo arterial y venoso no solo garantiza la salud de los tejidos, sino también el equilibrio inmunológico, hormonal y metabólico. Al liberar, estamos generando espacio para que la vida se exprese.

Cuando ese flujo se ve alterado, por tensiones físicas, bloqueos faciales o incluso estados emocionales, el cuerpo pierde parte de su capacidad de defensa y adaptación. Desde esta perspectiva, el tratamiento consiste en facilitar el movimiento y liberar los canales por donde la vida circula.

Tratamiento Osteopático - Fluido energético.

Una sesión de osteopatía fluido-energética se organiza en diferentes etapas que permiten realizar una evaluación completa y aplicar el tratamiento adecuado según las necesidades del paciente.

1. **Anamnesis:** La primera parte de la sesión se dedica a la anamnesis, donde el osteópata realiza una serie de preguntas orientadas a conocer la historia del paciente. Se registran los síntomas actuales, los antecedentes médicos, quirúrgicos, etc. Así como hábitos de vida que puedan tener relación con la disfunción. Esta instancia inicial permite reunir datos relevantes para orientar el diagnóstico y definir el abordaje más adecuado y con una visión integradora, comprendiendo al paciente en su totalidad y no solo desde el síntoma.

Véase ANEXO 1

2. **Observación:** Prestamos atención de caudal a cefálico pasando por la posición de los pies y su rotación, continuando atentas al cuerpo del paciente, gestos y movimientos, nos detendremos en las rodillas, que no alteren la transmisión de fuerzas hacia la pelvis. La pelvis, como las esferas restantes (tórax y cráneo) se examinarán en cuanto a su vitalidad, posición, tensión y movilidad. A nivel vertebral, se observará la curvatura fisiológica, haciendo hincapié en bloqueos o rigideces. Finalmente, también sumamos a la observación, considerar las expresiones y tensiones de la cara, como indicadores osteopáticos, o de patrones posturales o compensatorios que reflejen el estado global de la persona.
3. **Diagnóstico:** Para llegar a un diagnóstico osteopático se utilizan distintos test que permiten evaluaciones mecánicas, de movilidad y vitalidad, presencia de posibles bloqueos, tensiones o restricciones. Dentro de los test manuales se encuentran, por ejemplo, el test de pulgares ascendentes, el test de Samba, el test de rebote y el TOG. También se utilizan test sensoriales para evaluar la motilidad de las estructuras. Todo este proceso no se limita a la zona sintomática, ya que una disfunción en un área puede repercutir en otras estructuras aparentemente lejanas. Es fundamental considerar los principios osteopáticos, como que la estructura gobierna la función y viceversa. Una vez realizados los test, los resultados permiten orientar el tratamiento hacia las causas específicas del desequilibrio.
4. **Tratamiento:** Una vez identificadas las disfunciones, se inicia el tratamiento osteopático, compuesto por técnicas seleccionadas según las necesidades de cada caso. Entre ellas se incluyen técnicas sensoriales, técnicas miofasciales y técnicas mecánicas. El objetivo del tratamiento es normalizar la movilidad de los tejidos, optimizar la circulación de los fluidos y restablecer el equilibrio funcional entre las distintas estructuras del cuerpo, favoreciendo la resolución de las disfunciones identificadas durante el diagnóstico.
5. **Cierre:** Finalmente, la sesión concluye con una fase destinada a consolidar y los efectos del tratamiento. Durante este momento se aplican técnicas específicas para

favorecer la integración funcional de las estructuras y tejidos tratados, asegurando la estabilización y armonización de los cambios obtenidos y la optimización del equilibrio general del organismo.

Además, el osteópata ofrece una breve devolución al paciente, explicando las observaciones realizadas durante la sesión, el estado funcional encontrado y las indicaciones para continuar el cuidado en casa, incluyendo ejercicios, pautas de movimiento o hábitos posturales, según sea necesario.

Tratamiento Osteopático para la incontinencia urinaria

En el abordaje de pacientes con incontinencia urinaria por esfuerzo, la sesión mantiene su estructura, pero se dedica especial atención a aspectos en el diagnóstico y las técnicas particulares en el tratamiento correspondiente del suelo pélvico.

Relaciones osteopáticas:

- Occipital: con el sacro a través de la duramadre.
- Temporales: con ambos huesos ilíacos
- Tienda del cerebelo: conexión con el resto de los diafragmas
- OM: con la articulación sacroilíaca
- Frontal: conexión con la línea media y el útero.
- Sínfisis mentoniana: con la sínfisis pubiana
- Diafragma y pilares: conexión con el resto de los diafragmas
- Vejiga - Útero - Ovarios: órganos de la esfera pélvica
- Columna por inervación simpática, parasimpática y somática. Vértebras D11/L5
- Riñones: por sistema urinario
- Sigmoideo: por conexión con el recto.
- Musculatura pélvico-abdominal
 - Psoas ilíaco
 - Recto del abdomen
 - Cuadrado lumbar
- Membrana interósea y fascia plantar: conexión con el resto de los diafragmas

Aproximación y abordaje:

Esfera craneal:

- 10 dedos (sensorial)
- Occipital (sensorial): Cóndilos y escama
- Temporales (sensorial)
- OM (sensorial)
- Frontal (sensorial/ lift de frontal)

- Sínfisis esfenobasilar (sensorial)
- Membranas craneales (sensorial)

Esfera toracoabdominal:

- Diafragma: (Sensorial / TOG)
- Pilares de diafragma (Sensorial y puesta en tensión recíproca)
- Riñones (sensorial)
- Lumbares (sensorial/ miofascial)

Esfera pélvica:

- Test de Downing
- Ilíacos (sensorial/ miofascial)
- Sacro (sensorial/ rebote)
- Cóccix (sensorial)
- Vejiga (sensorial)
- Útero y ovarios (sensorial)
- Técnicas musculares: polivalente - psoas ilíaco - piramidal
- Cathy (equilibración pélvica)

Liberación de la cadena central.

Retest de estructuras llamativas.

Armonización:

- Cráneo Sacro
- Temporal - Iliaco
- Cuarto ventrículo

MIRADA HOLÍSTICA

La mirada holística entiende a la persona como una unidad en la que los distintos sistemas interactúan de manera constante, buscando la armonía entre ellos. Invita a observar el origen del síntoma dentro de un entramado mayor, integrando los aspectos físicos, funcionales y emocionales para favorecer la recuperación del equilibrio.

Por este motivo, la investigación presentada en esta monografía incorpora esta visión holística al abordaje de la disfunción planteada en la incontinencia urinaria de esfuerzo, con el fin de ampliar la comprensión del problema y orientar estrategias terapéuticas más integrales.

Desde la Medicina Tradicional China, el frío crónico en la zona lumbar y pélvica puede debilitar la energía renal, dificultando el cierre de los esfínteres vesicales y enlenteciendo la circulación de líquidos, lo que genera rigidez. Por su parte, la acumulación de humedad ambiental o alimentaria en un bazo debilitado produce pesadez en el bajo vientre, retención de líquidos y debilidad del tejido conjuntivo, disminuyendo el sostén de los órganos pélvicos y favoreciendo los escapes. En conjunto, frío y humedad reflejan un estancamiento del sostén del organismo.

En un plano simbólico, la vejiga y el piso pélvico se relacionan con el control del territorio, los límites y la capacidad de contención, pero también con resistencias frente a presiones externas, experiencias de parto y la vivencia de la sexualidad.

Otra perspectiva para abordar la incontinencia urinaria, es la dimensión espiritual. La pelvis, como centro de la seguridad y del placer, puede albergar miedos, inseguridades y emociones retenidas que impactan en la salud de la región. En este sentido, los chakras locales guían la comprensión de estos vínculos: el Muladhara, en la base de la columna, sostiene la conexión con la tierra y el sentido de estabilidad; mientras que el Swadhisthana, en la zona sacro-pélvica, despierta el gozo de vivir y la fluidez de la energía creativa. Observar estas relaciones permite reconocer que el cuerpo habla un lenguaje más amplio, en el que lo físico y lo energético se entrelazan, ofreciendo caminos para restaurar equilibrio y armonía desde adentro hacia afuera.

Por último, desde el psicoanálisis, la incontinencia urinaria puede abordarse en relación con el aprendizaje temprano del control de esfínteres. La internalización de normas familiares, expectativas sociales y experiencias tempranas de autonomía corporal contribuyen a la formación de patrones de regulación fisiológica y emocional. Tensiones, miedos o inseguridades desarrolladas en la infancia pueden quedar alojadas en la zona pélvica, interfiriendo en el control vesical y en la percepción corporal. Incluir esta dimensión permite comprender la incontinencia no solo como un fenómeno físico, sino también como un indicador de condicionamientos psicológicos adquiridos en etapas tempranas, aportando una perspectiva más profunda dentro de un abordaje integral.

CASUÍSTICA

Caso clínico 1

Mujer de 69 años.

Motivo de consulta:

- Picazón en la dermis. Localizada en cicatriz de la safenectomía.
- Insomnio de evolución crónica.
- Incontinencia urinaria ante esfuerzos como agacharse o reírse (nombrada por último por tenerla “naturalizada”)

Antecedentes relevantes:

- Cuarto parto macrosómico con secuela de incontinencia urinaria por esfuerzo.
- Cirugía de safenectomía tibial.
- Caída sobre hueso coccígeo.
- Sin antecedentes neurológicos pero con historial de cirugías vasculares.
- Alimentación tóxica
- Hidratación mala.
- Movilidad Activa

Abordaje inicial:

Especial enfoque en órganos de depuración (hígado y riñones) con el objetivo de optimizar el sistema venoso. Pero con sesiones específicas orientadas a afecciones alternas. Trabajo progresivo de movilidad pélvica.

Evolución y tratamiento actual:

Movilidad pélvica: Con TOG para aumentar resiliencia tisular y mejorar la coordinación del suelo pélvico. Se buscó un abordaje suave considerando limitaciones físicas de la consultante.

Miofascial de ilíacos para colaborar a su sacro en posición de rotación izquierda.

Tratamiento sensorial de sacro.

Técnicas de energía muscular para psoas y psoas ilíaco, aplicadas en menor medida por restricciones de movilidad aunque ha ganado rango de amplitud en sus movimientos últimamente. Estas técnicas tuvieron excelente resultado en la regulación de tensiones lumbo pélvicas.

Trabajo sobre la sinergia fascial, siendo el hígado el eje regulador de la nueva y buena recirculación de nutrientes a dichas estructuras, la interconexión de membranas (fascia plantar, membrana interósea, membranas de tensión recíproca) y coordinación diafragmática (pélvico, torácico, piso de la boca)

En estas últimas sesiones hemos aplicado técnicas de drenaje con las tomas de senos venosos.

Evolución y observaciones clínicas:

Al día de hoy ya no se levanta en la noche con pérdidas o necesidad urgente (y nunca satisfecha) de orinar. Durmiendo la noche entera sin interrupciones, tampoco por

imposibilidad de conciliar el sueño. Han mejorado notablemente las afecciones dérmicas y algunas del rostro, desaparecido. Manifiesta sensaciones de liviandad, descanso y libertad en el movimiento por lo que ha comenzado a asistir a clases de gimnasia (muy suave) Continúa la picazón en la zona cicatrizal pero ahora sólo de noche antes de irse a dormir.

Presenta una red venosa fácilmente vulnerable luego de la safenectomía, una incontinencia urinaria por esfuerzo del parto abordada indirectamente a través de la dinámica pelvis-diafragma. El insomnio dentro de estos contextos no tan saludables, lo vinculamos a alteraciones nerviosas, hepáticas y fasciales. Las tomas craneales ocasionan llamativas e intensas descargas eléctricas.

Continúa en tratamiento.

Caso clínico 2

Mujer de 38 años.

Motivo de consulta:

- Dolor pélvico persistente durante kinesiología y relaciones sexuales.
- Episodios de cefalea asociados a falta de aire.
- Necesidad de un abordaje integrador que alivie síntomas físicos y acompañe su transición vital.

Antecedentes relevantes:

- Tratamiento de kinesiología para piso pélvico iniciado un mes y medio antes de comenzar osteopatía.
- Dolor significativo durante las sesiones kinésicas y en relaciones sexuales.
- Incontinencia urinaria por esfuerzo leve asociada a esfuerzos respiratorios (toser, gritar, estornudar)
- Fallecimiento de un familiar meses antes de iniciar osteopatía asumiendo el cuidado del resto de su familia. Refirió la sensación de obligación de proteger la familia y que se le hace difícil encontrar un rumbo personal.
- Historia de uso de anticonceptivos orales durante casi 20 años. Suspendidos también meses antes de la consulta.
- Antecedentes deportivos: jugadora de hockey con sobreesfuerzo físico prolongado, deporte que, además, contribuyó a la hipertonicidad pélvica.

Abordaje osteopático:

- Diafragma torácico: trabajo sensorial por baja vitalidad y para facilitar el registro de su respiración y mi ingreso al tejido. Técnicas de TOG y de pilares en decúbito ventral para favorecer la elasticidad y movilidad de la estructura.
- Columna dorsal: Por baja vitalidad, al inicio se abordó sensorialmente y con rebote suave. Luego se aplicaron técnicas miofasciales para liberar bloqueos toraco-lumbares.
- Coxofemoral y sacro: Técnica TOG en coxofemoral para liberar restricciones de cadera . Sobre el sacro normalizamos tensiones que discurrían a miembros inferiores.
- Órganos pélvicos y viscerales: Hígado, útero, ovarios, enfocando en la depuración y regulación hormonal tras la suspensión de anticonceptivas.
- Cráneo para liberar tienda del cerebelo y trabajar temporales en inspir craneal.

Evolución y observaciones clínicas:

Lo primero en mejorar fueron las cefaleas y episodios de disnea sintiendo también una nueva respiración profunda y sensación de amplitud torácica. Progresivamente fue sintiendo liberación a nivel de miembros inferiores y más adelante en la zona toracolumbar pero persisten las molestias en las relaciones sexuales aunque con menor intensidad. Comenzado el tratamiento osteopático, la consultante decide interrumpir el tratamiento kinésico.

Tras el seguimiento osteopático, ha logrado una mayor libertad pélvica y tomó la decisión de irse a otro país, manteniendo las sesiones hasta días antes del viaje.

Esta consultante presenta un piso pélvico hipertónico probablemente resultado de la combinación de factores en su práctica deportiva, la exigencia kinésica y la carga emocional del duelo. La incontinencia urinaria por esfuerzo leve, nos da una descoordinación entre diafragma torácico, pélvico y musculatura abdominal. Asociamos los dolores a su hipertonia muscular y miofascial, las cuales también sugieren un componente emocional más que una disfunción estructural.

En este caso se refleja la interacción de factores físicos, emocionales y simbólicos en el abordaje osteopático. Integramos diafragmas, estructuras viscerales y fascias pélvicas, permitiendo mejoría de síntomas y registro de la percepción corporal y el eje vital de la consultante.

Consideramos subrayar la importancia de ver a la persona en consulta en su globalidad biopsicosocial, donde allí mismo integra lo físico con lo emocional y espiritual, y resaltamos cómo el abordaje osteopático fluídico acompaña verdaderamente en procesos de cambios vitales profundos.

Caso Clínico 3

Mujer 56 años.

Motivo de consulta:

- Cervicalgia
- Dorsalgia
- Migrañas
- Mareos

Antecedentes relevantes al realizar la anamnesis:

- Migraña por disritmia cerebral desde los 9 hasta los 18 años de edad.
- Anemia.
- Otosclerosis desde hace 4 años.
- Prolapso uterino grado 1.
- Incontinencia urinaria por esfuerzos mínimos.
- Colesterol.
- Osteoporosis en ambas caderas.
- Hipercalciuria.
- Nació con tortícolis. Tracción con yeso a pocos meses de nacer.
- Caída con golpe en sacro y coxis (a los 9 años)
- Cirugía de apéndice (a los 30 años)
- Dos partos naturales.
- Menopausia (hace 6 años).
- Accidente de tránsito. Volcó 3 veces el auto. (48 años de edad)
- Bruxismo

Abordaje inicial:

Se trabajó principalmente en liberar la esfera craneal, cervicales, dorsales, diafragma, tensiones en fascia posterior, hígado y riñones.

Tratamiento:

Durante las primeras sesiones se trabajó en liberar la esfera craneal principalmente, presentaba OM derecha cerrada, Sidebending rotation derecho. Se realizó liberación de la fascia cervical, sensorial sobre C3-C4-C7-T1, expansión de base. Siendo esta zona la causante del síntoma principal que la paciente traía a consulta.

En la esfera torácica se trabajó en la liberación sensorial de diafragma y pilares del diafragma. Técnicas de puesta en tensión en paravertebrales. Liberación de hígado. Técnica miofascial de T5, sensorial de T6 y T7. Liberación de riñón derecho.

En la esfera pélvica se trabajó en la liberación sacroilíaca derecha y sensorial de sacro. se trabajó sobre la tensión en útero, tensión hacia la derecha de la vejiga en inspir. Se trabajó la liberación de músculos del piso pélvico y esfera pélvica con técnicas de puesta en tensión, muscle energy y Cathy, siendo este último una recomendación para realizar en casa.

Evolución y observaciones clínicas:

A lo largo del tratamiento la paciente ha referido tener menos pérdidas, ha cambiado su costumbre de ir al baño en todo momento por si acaso, para evitar accidentes, refiere que esto ya no sucede de forma desprevénida ante mínimos esfuerzos como antes sucedía. Para tener en cuenta la paciente necesitaba ir al baño antes y después de la sesión porque sentía que al mínimo esfuerzo tendría un escape de orina.

Las migrañas y los mareos han desaparecido. La paciente refiere que logra descansar y levantarse con energía. Volvió a tener ganas de hacer actividades recreativas y está acompañando el tratamiento de osteopatía con clases de yoga terapéutico 3 veces por semana. Por el momento suspendió la posibilidad de realizar cirugía recomendada por su ginecóloga.

A nivel personal refiere que se encuentra tomando decisiones que antes le costaban, que logró marcar límites, y soltar ciertos controles con su hermano que padece un trastorno mental, del cual es tutora, al igual que con sus hijos ya adultos.

Interrupción del tratamiento por cuestiones personales.

CONCLUSIÓN

Con la finalización de esta monografía, nos propusimos reflexionar sobre la elección del tema y su significado. Nos convocó especialmente el conocimiento del cuerpo femenino: sus estructuras, su fisiología y sus posibles disfunciones, como una manera de comprender y acompañar la salud integral de las mujeres desde una mirada consciente y respetuosa. Como mujeres, este interés se profundiza al reconocer situaciones que muchas veces permanecen silenciadas, como la incontinencia urinaria, que afecta tanto la vida física como emocional y social.

La incontinencia urinaria es una disfunción que requiere una mirada amplia y un enfoque integral.

A lo largo de este trabajo, se ha buscado integrar la mirada holística con el estudio científico y anatómico del cuerpo, considerando no sólo los aspectos estructurales y funcionales, sino también las dimensiones energéticas, emocionales y psico-sociales. Observar cómo interactúan los distintos sistemas del organismo, cómo se relacionan con nuestras emociones y cómo las experiencias tempranas pueden dejar huellas en los tejidos, permitiendo plantear abordajes más completos y sensibles a la complejidad de cada persona.

La osteopatía proporciona un enfoque terapéutico especialmente valioso para el abordaje de la incontinencia urinaria por esfuerzo. Su metodología permite identificar restricciones musculoesqueléticas, fasciales y viscerales que afectan el sostén y la función de los órganos pélvicos, considerando la pelvis como un conjunto integrado de estructuras interdependientes.

Buscamos, a través de la herramientas que nos brinda la osteopatía, un diálogo con el tejido del paciente para liberar las estructuras y disponer al cuerpo para la autocuración

Gracias a esta perspectiva, consideramos que es un recurso terapéutico fundamental, y además preventivo, brindando a las personas un abordaje respetuoso que permite restablecer el equilibrio y potenciar la vitalidad, restituyendo la capacidad homeostática del individuo. Por eso, al mejorar los síntomas, también se abre la posibilidad de reparar el vínculo con el propio cuerpo y recuperar seguridad, autonomía y bienestar mental y emocional.

Esperamos que esta monografía sea de utilidad tanto para nosotras, como futuras osteópatas, como para quienes la consulten, al ofrecer un análisis claro y riguroso de la temática.

A partir de este conocimiento, se busca brindar herramientas que permitan acompañar a los pacientes de manera efectiva, promoviendo estrategias de prevención, autocuidado y manejo funcional. Comprender la anatomía, la fisiología y las posibles disfunciones de la región pélvica facilita la prevención de intervenciones fundamentadas, contribuyendo al bienestar, la autonomía y la conciencia corporal de quienes padecen esta condición.

Alentamos a que, a partir de la información brindada y de la escucha del tejido particular de cada paciente, cada terapeuta ponga en práctica su arte al momento de relacionar las estructuras.

*“Si, en cincuenta o cien años, una sola persona se sanara gracias al conocimiento que yo hubiera transmitido a un estudiante, que él mismo hubiera transmitido a otro estudiante...
Entonces, yo estimaría que mi vida fue empleada para una buena causa”
Denis Brookes, D.O*


BIBLIOGRAFÍA

- **Anatomy and biomechanics of genital prolapse.** Clin Obstet Gynecol. Delancey JOL. 1993.
- **Embriología clínica.** Moore, Persaud, Torchia. Ed Barcelona: Elseviere. 2016.
- **Embriologia medica.** Sadler. Langman. Ed. Barcelona: Wolters Kluwer, 2019.
- **Enseñanzas de osteopatía.** William Garner Sutherland.
- **Functional anatomy of the female pelvic floor.** Ashton-Miller JA, DeLancey JOL. Ann NY acad Sci. 2007.
- **Gray's Anatomy.** Ed. London: Elsevier, 2021.
- **Institutos Nacionales de Salud (NIH) de EE. UU.**
- **La filosofía y los principios mecánicos de la Osteopatía.** Andrew Taylor Still. 1902 Hudson-Kimberly Pub. Co; Kansas City, Mo.
- **La osteopatía de verdad.** Gilles Drevon Lieffroy D.O. 1996
- **Life is in motion.** Rollin Beker D.O. 1997
- **Mayo Clinic,** portal de investigación y educación.
- **Organizaciones regionales y nacionales:** instituciones como la Sociedad Argentina de Urología y la Federación Argentina de Ginecología y Obstetricia (FASGO), publicaciones como la Revista Argentina de Urología.
- **Rouvier H, Delmas A.** Anatomía Humana: descriptiva, topográfica y funcional. Barcelona: Masson; 2005.
- **Sociedad Internacional de Continencia (ICS)**
- **Teóricos de Ana Callone y Angela Adamo, CEOB 2023-2024-2025.**

ANEXO 1



ANAMNESIS – INCONTINENCIA URINARIA FEMENINA POR ESFUERZO

 Fecha de consulta: ___ / ___ / ___



DATOS PERSONALES

- Nombre y apellido: _____
 - Edad: _____ Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___
 - Ocupación: _____
-



MOTIVO DE CONSULTA

Síntomas principales:

Pérdida al toser Reír Saltar Levantar peso Otro: _____

Inicio: _____ **Tiempo de evolución:** _____

Frecuencia:

Ocasional Frecuente Diaria Nocturna

Cantidad:

Gotas Pequeña Abundante

Llega a tiempo al baño: Sí No

Dolor al orinar: Sí No

Utiliza apósitos: Sí No **Cantidad/día:** _____

Impacto en la vida diaria:

Bajo Moderado Alto



HISTORIA DE LA IUE

Tratamientos previos:

Ninguno Médicos Fisioterapia Osteopatía

Resultado:

Bueno Parcial Nulo



ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS Y OBSTÉTRICOS

- Embarazos: _____ Partos: _____
 - Tipo: Vaginal Cesárea Complicaciones: _____
 - Peso del bebé mayor: _____ kg aprox.
 - Último parto: ___ / ___ / ___
 - Ciclo menstrual: Regular Irregular Dolor: Sí No
 - Menopausia: Sí No Terapia hormonal: Sí No
 - Métodos anticonceptivos: Sí No Tipo: _____
-



ANTECEDENTES MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS

- Cirugías previas: _____
 - Patologías crónicas: _____
 - Infecciones urinarias recurrentes: Sí No
 - Antecedentes familiares de disfunción del suelo pélvico: Sí No
 - Enfermedades neurológicas: Sí No
-



HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA

Actividad física:

- Bajo impacto Alto impacto Ninguna

Hábitos miccionales:

- Frecuencia diurna: _____ veces/día
- Frecuencia nocturna: _____ veces/noche
- Dificultad para iniciar: Sí No
- Dificultad para cortar: Sí No

Hábitos intestinales:

- Normales Estreñimiento Esfuerzo al defecar

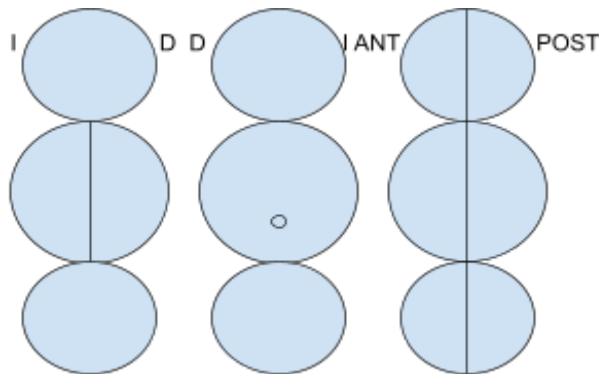
Hidratación diaria: _____

Postura habitual en el trabajo: _____



OBSERVACIÓN CLÍNICA

Paciente de pie: _____



Test mecánicos: _____

Estructuras llamativas: _____

Normalizaciones: _____

Armonización: _____

Plan de tratamiento / seguimiento:

- Próxima consulta en: _____
- Estructuras a considerar: _____

