



**CONSORCI
HOSPITALARI
DE VIC**

PROTOCOL DE LA PATOLOGIA DEL SÒL PELVIÀ. ABORDATGE MULTIDISCIPLINAR

Si no pots aplicar aquest procediment/protocol tal i com s'indica cal que justifiquis els canvis per escrit a la
història clínica del malalt

Setembre 2023

Aprovat pel Comitè Permanent Assistencial 10.10.2023

MEMBRES DEL GRUP D'ELABORACIÓ DEL PROTOCOL

Dra. E. Borralleras	Ginecologia
Dr. Ll. Miravittlas	Ginecologia
Dra. Piqueras	Urologia
Dr. A. Dárdano	Cirurgia
Dra. H. Vallverdú	Cirurgia
Dra. N. Llopart	Rehabilitació
Dra. I. Bruy	Unitat terapèutica del Dolor. Anestesiologia
Dr. J. Grau	Ginecologia ASSIR
Dra. N. Roca	Pediatría

COORDINADOR/A DEL PROTOCOL: EVA BORRALLERAS

AMB LA COL·LABORACIÓ DE:

Dr. Aragonès	Neurologia
E. Sole	Fisioterapeuta
S. Costa	Fisioterapeuta
M. Verdaguer	Llevadora ASSIR

DATA DE SIGNATURA INICIAL	09-2023
---------------------------	---------

AVALUACIONS	Data 1a avaluació:	2025
-------------	--------------------	------

VIGÈNCIA DEL PROTOCOL:	5 anys (Revisió 2028)
------------------------	-----------------------

AVALUACIÓ DEL PROTOCOL:	2 anys (2025)
-------------------------	---------------

SUMARI

1.INTRODUCCIÓ	6
1.1 DEFINICIÓ SÒL PELVIÀ	6
1.2 PATOLOGIA	6
1.3 JUSTIFICACIÓ	12
2. OBJECTIU	13
3. DEFINICIÓ DE LA POBLACIÓ DIANA	13
4. SEQÜÈNCIA DE DIAGNÒSTIC	14
4.1 INCONTINÈNCIA URINÀRIA	14
4.2 PROLAPSE D'ÒRGANS PELVIANS	16
4.3 INCONTINÈNCIA FECAL	18
5. SEQÜÈNCIA TRACTAMENT	19
5.1 INCONTINÈNCIA URINÀRIA	19
5.2 PROLAPSE ÒRGANS PELVIANS GRAU 2 O MÉS	20
5.3 INCONTINÈNCIA FECAL	20
6. ALGORITME – RESUM (CIRCUIT)	21
7. CRITERIS D'AVUACIÓ	35
8. INFORMACIÓ QUE CAL DONAR ALS PACIENTS / FAMILIARS	36
9. ASPECTES DE SEGURETAT DEL PACIENT QUE CAL TENIR EN COMPTE EN EL PROTOCOL	36
10. IMPACTE DE LA IMPLANTACIÓ DEL PROTOCOL	37
11. DIFUSIÓ PREVISTA DEL PROTOCOL	37
12. BIBLIOGRAFIA	38
13. ANNEXOS	39
Annex 1–INFORME ECOGRAFIA SÒL PELVIÀ	39
Annex 2–RECOMANACIONS POST-QUIRÚRGIQUES. FULLS INFORMATIUS	40
Annex 3–QÜESTIONARIS VALIDATS I DIARI MICCIONAL	43
Annex 4–RECOMANACIONS PREVENCIÓ INCONTINÈNCIA. Full per pacients	47
ANNEX 5- CLASSIFICACIÓ PROLAPSES D'ÒRGANS PÈLVICS	49
ANNEX 6–QUADRICULA POP-Q	50
Annex 7– FULL DE REGISTRE D'AVUACIÓ DEL PROTOCOL	51

GLOSSARI

IU	Incontinència urinària
POP	Prolapse òrgans pelvians
IF	Incontinència fecal
DPC	Dolor pèlvic crònic
POPQ	Pelvic Organ Prolapse Quantification
ICS	International Continence Society
ICIQ-SF	International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form
CACV	Cuestionario de Autoevaluación del Control de la Vejiga
OAB-V3	Overactive Bladder Symptom
PFDI-20	Pelvic Floor Distress Inventory
EMSP	Exercicis Musculatura Sòl Pelvià
BFB	Biofeedback
EE	Electroestimulació
NMTP	Neuromodulació tibial posterior
EAI	Esfínter anal intern
EAE	Esfínter anal extern

MARC LEGAL I NORMATIVES

Llei 44/2003 de 21 de novembre de 2003 d'ordenació de les professions sanitàries:

- Article 4.7.**

b): “S’ha de tendir a unificar els criteris d’actuació, que s’han de basar en l’evidència científica i en els mitjans disponibles i suportats en guies i protocols de pràctica clínica i assistencial. Els protocols s’han d’utilitzar de forma orientativa, com a guia de decisió per a tots els professionals d’un equip, i s’han d’actualitzar regularment amb la participació dels qui els han d’aplicar.”

d) La continuïtat assistencial dels pacients, tant la dels que siguin atesos per diferents professionals i especialistes dins del mateix centre com la dels que ho siguin en diferents nivells, requereix en cada àmbit assistencial l’existència de procediments, protocols d’elaboració conjunta i indicadors per assegurar aquesta finalitat.
- Article 5.1.**

c): “Els professionals tenen el deure de respectar la personalitat, la dignitat i la intimitat de les persones a les quals atenen i han de respectar la participació d’aquestes en la presa de decisions que els afectin. En tot cas, han d’oferir una informació suficient i adequada perquè aquelles puguin exercir el seu dret al consentiment sobre les decisions esmentades.”

f) Els pacients tenen dret a rebre informació d’acord amb el que estableix la Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l’autonomia del pacient i dels drets i les obligacions en matèria d’informació i documentació clínica.

Acreditació de centres d'atenció hospitalària aguda a Catalunya:

- **4a-02-R-01-E:** Els procediments i protocols es revisen i actualitzen periòdicament, d'acord amb el que estigui establert per l'organització.
- **4e-03-D-05-Q** El/la responsable i els líders animen les persones que tenen coneixements específics, els donen suport i els faciliten els mitjans (protocols, guies, etc.).
L'evidència del desenvolupament del coneixement col·lectiu es manifesta, entre d'altres, mitjançant:
 - La producció i actualització de protocols, guies clíniques i altres documents que regulen el funcionament de l'organització.
 - Els informes dels resultats de les investigacions, i les experiències professionals específiques publicades o donades a conèixer a l'organització.
- **9a-01-02-04-E** Es mesura el grau d'actualització dels protocols i altres documents estandarditzats existents a l'organització.
S'inclouen els protocols clínics, procediments organitzatius, instruccions tècniques i altres documents normatius que l'organització reconegui i registri
- **9c-01-03-01-Q:** Es mesuren els clients atesos segons els protocols i el grau de compliment.
L'organització determina quins processos clínics s'avaluaran. Es revisa el nivell d'aplicació dels protocols, discriminats per patologies.
 - Clients atesos segons el protocol / total de clients atesos.
- **9c-01-04-12-Q:** Es mesuren els clients atesos segons els protocols i el grau de compliment.
L'organització determina quins processos clínics s'avaluaran. Es revisa el nivell d'aplicació dels protocols, discriminats per patologies.
 - Clients atesos segons el protocol / total de clients atesos.

Acreditació de centres d'atenció en SM i addiccions a Catalunya:

- **5a-01-05:** El centre disposa d'un sistema d'eines consensuades de treball (guies per a la pràctica, protocols d'atenció i normes d'atenció correcta) basades en els coneixements i les evidències científicotècniques.
- **Criteri 9a-02-11:** El centre mesura l'aplicació de les guies de pràctica clínica aprovades en el centre: grau d'adequació dels seus continguts als criteris de qualitat especificats pel CatSalut, el seu grau d'aplicació pels professionals i, per acabar, l'impacte en la recuperació de la salut dels pacients a través del mesurament dels indicadors incorporats en cadascuna d'elles.

Acreditació de centres d'atenció sociosanitària a Catalunya:

- **5a-01-05:** El centre disposa d'un sistema d'eines de treball consensuades (guies per a la pràctica, protocols d'atenció i normes d'atenció correcta) basades en els coneixements i evidències científics i tècnics.

Validación de indicadores de calidad utilizados en el contexto internacional: indicadores de seguridad de pacientes e indicadores de hospitalización evitable. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

1. INTRODUCCIÓ

1.1 DEFINICIÓ SÒL PELVIÀ

El Sòl Pelvià està constituït per la unió d'estructures musculars, fàscies, aponeurosis, vasos, nervis i orificis (hiatus) que formen una unitat anatòmica i funcional.

Té com a finalitat el suport de les estructures visceral i aconseguir la continència urinària i anal.

La prevalença de les disfuncions de sòl pelvià pot variar segons la definició que s'utilitzi i la població que s'estudiï.

1.2 PATOLOGIA

En les alteracions funcionals del sòl pelvià s'inclouen:

- Incontinència Urinària (IU)
- Incontinència Fecal/Anal (IF)
- Prolapse dels Òrgans Pelvians (POP)
- Síndrome de Dolor Pelvià Crònic (DPC)

Actualment en fase d'aprovació per poder fer abordatge multidisciplinar de la Incontinència fecal i la Síndrome de Dolor Pelvià Crònic

INCONTINÈNCIA URINÀRIA (IU)

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) identifica la IU com una de les set causes mèdiques que major atenció sanitària requereix. A Espanya, la IU és la tercera causa de disminució de qualitat de vida tant en dones como en homes.

Al voltant del 15,8% de la població espanyola podria presentar IU, que representa aproximadament a 6.510.000 persones. Té un important impacte negatiu en la qualitat de vida tant en l'entorn social, físic, sexual, psicològic, laboral com domèstic. També comporta un elevat cost econòmic per la sanitat, representant un 2% del pressupost sanitari dels països desenvolupats, el 90% d'aquest destinat a material d'accessoris (absorbents, bolquers, sondes...), el 2% a diagnòstic i tractament, i el 8% a estades hospitalàries i cures bàsiques¹.

S'estima una prevalença global en la dona del 24% a Espanya, augmentant al 30-40% en les de mitjana edat, i arriba al 50% en l'edat geriàtrica. La prevalença en l'home està al voltant del 7%, arribant al 14-29% en majors de 65 anys, i fins al 50% en majors de 85 anys i institucionalitzats¹. Menció especial requereix el cas de les dones de més de 75 anys, sobretot les internades en institucions, on és molt prevalent, però sovint l'únic tractament és pal·liatiu atès que les causes són neurològiques i/o metabòliques. Un percentatge apreciable està relacionat amb el grau de demència.

La síndrome de bufeta hiperactiva varia entre el 19,3 i 27,2%, es manté estable en el 40% d'aquestes pacients, remet en el 40%, milloren el 12% i progressa en el 6,7%.

Podem diferenciar entre diferents tipus d'IU:

- **D'urgència:** pèrdua involuntària d'orina acompanyada o immediatament precedida d'urgència. Entenem per urgència la percepció pel pacient d'un desig miccional sobtat clar i intens, difícil de demorar i amb por a la fuga³.

És la forma més habitual en majors de 75 anys, sobretot en homes (40%-80%). En la dona la prevalença oscil·la entre l'11% i 20%. És el tipus més freqüent en la dona post menopàusica³.

- **D'esforç:** pèrdua involuntària d'orina associada a un esforç físic que provoca un augment de la pressió abdominal (com tossir, riure, córrer o caminar)³.

És molt prevalent en les dones d'edat avançada i és la forma més comú d'incontinència urinària en les dones menors de 75 anys, afectant a quasi un 50% d'elles. S'associa, sobretot, a la obesitat, parts múltiples i a la dificultat funcional (problemes de mobilitat). En l'home és rara, i habitualment de causa iatrogènica (cirurgia prostàtica tant adenomectomies com reseccions transuretrals prostàtiques i sobretot prostatectomia radical per adenocarcinoma prostàtic)³.

- **Mixta:** incontinència que s'associa a urgència miccional i als esforços, exercici, esternuts o tos³.

Aproximadament un 30% de las dones presenta pèrdues urinàries associades als esforços i amb urgència³.

- **Contínua:** pèrdua involuntària i contínua d'orina, degut a una fístula vesico-vaginal, a una desembocadura ectòpica d'un urèter en la vulva o a una lesió greu del sistema esfinterià denominada "deficiència esfinteriana intrínseca"³.

- **Enuresi nocturna:** pèrdua involuntària d'orina durant el període de son mínim 3 cops per setmana en nens majors de 5 anys i en absència d'alteracions congènites o adquirides del sistema nerviós central³.

És el problema més prevalent i crònic en l'edat infantil. Parlem d'Enuresi Nocturna Monosimptomàtica (ENM) si únicament presenta com a símptoma les pèrdues urinàries, i Síndrome enurètic quan existeixen símptomes i signes acompanyants (freqüència elevada, urgència miccional, incontinència per urgència i infeccions urinàries). En la recent classificació es parla d'ENM i la No Monosimptomàtica (enuresi nocturna amb hiperactivitat del detrusor o problemes de buidat amb urgència sense pèrdues diürnes). S'han registrat incidències de fins a un 5,9% en la població infantil amb enuresi nocturna i bufeta hiperactiva³.

Hi ha molts nens sense una clara causa d'incontinència, i s'engloben en la denominació d'Incontinència Funcional.

- **Incontinència urinària per rebasament:** incontinència urinària que apareix sense desig miccional³.
- **Incontinència funcional:** incontinència urinària sense alteracions de l'aparell urinari que és deguda a problemes que dificulten o limiten l'arribada al WC. (problemes físics que generen mobilitat reduïda, problemes cognitius com les demències, barreres arquitectòniques o l'ús de determinats medicaments no son)³.

També existeixen diferents graus d'afectació⁴:

- Lleu: <600 ml/día
- Moderada: 600-900 ml/día
- Severa: >900 ml/día⁴. La incontinència severa afecta entre el 3-17%.

A nivell pediàtric, els trastorns miccionals suposen un motiu de consulta freqüent, representant fins al 40% de les consultes de Nefro-urologia pediàtrica. La prevalença d'aquests trastorns en edat pediàtrica és desconeguda i es creu que molts són infradiagnosticats. Alguns estudis però, estimen una prevalença del 20-26% de presentar símptomes miccionals i del 3-6% incontinència diürna en escolars a partir dels 4 anys, sense diferència entre sexes.¹⁰

La major part de trastorns miccionals en l'edat pediàtrica són alteracions funcionals del tracte urinari inferior, sense associar-se a patologia neurològica.

D'acord amb la Children's Continence Society (ICCS), es defineixen els següents quadres clínics:

- **Enuresi nocturna:** pèrdua involuntària d'orina intermitent durant el període de son en nens majors de 5 anys i en absència d'alteracions congènites o adquirides del sistema nerviós central¹¹. Es requereix una durada superior a 3 mesos i una freqüència mínima d'un episodi al mes pel seu diagnòstic.
Parlem d'Enuresi Nocturna Monosimptomàtica (ENM) si únicament presenta com a símptoma les pèrdues urinàries nocturnes, sent la forma més freqüent (70%), i d'Enuresi Nocturna No Monosimptomàtica (ENNM) si l'enuresi s'associa a símptomes de disfunció del tracte urinari inferior (augment o disminució de buidatge, urgència miccional, incontinència diürna, símptomes de buidatge incomplet).
També parlarem, d'enuresi primària quan no hagi existit un període previ de continència superior a 6 mesos durant i d'enuresi secundària quan si que s'hagi donat.
La freqüència estimada d'enuresi és del 10% als 7 anys, 3.1% als 11-12 anys i 0.5-1% als 16-17anys.
- **Disfunció vesical i intestinal:** conegut com a Bladder and Bowel disfunction (BBD).
- **Bufeta hiperactiva:** urgència miccional normalment acompanyada de freqüència augmentada i nictúria, amb o sense incontinència, y en absència d'infecció urinària o altra patologia. Habitualment tenen hiperactivitat del múscul detrussor.
- **Ajornament de la micció:** utilització de maniobres retenedores per postposar la micció. Baixa freqüència miccional, sensació d'urgència i, a vegades, incontinència durant el buidatge vesical complet.
- **Bufeta hipoactiva:** precisa augmentar la pressió intraabdominal per iniciar-mantenir i/o completar la micció. Presenten un flux urinari interromput i hipoactivitat del detrussor.
- **Disfunció del buidatge vesical:** contracció de l'esfínter uretral o el sòl pèlvic durant el buidatge. Corba en staccato amb o sense interrupció del flux urinari.
- **Obstrucció de sortida vesical:** augment de la pressió del detrussor i disminució del flux urinari. Pot ser mecànica o funcional.
- **Incontinència d'estrés:** es la pèrdua involuntària d'una petita quantitat d'orina amb l'esforç o exercici físic que augmenta la pressió intraabdominal. No té contraccions del detrussor durant la micció.
- **Incontinència del riure:** la funció vesical es normal sino riu.
- **Augment extraordinari de la freqüència miccional diürna:** necessitat imperiosa de buidar la bufeta associada a petites miccions i que només succeeix durant el dia. La incontinència és rara i no tenen nictúria. Sempre s'ha d'haver exclòs patologia associada.
- **Disfunció del coll vesical:** Fallo/retràs en l'apertura del coll vesical. Comporta disminució del fluxe tot i una adequada i elevada contracció del detrussor.

Finalment, hi ha la **bufeta neurògena** que engloba un conjunt complex de símptomes secundaris a condicions neurològiques congènites (les més habituals secundàries a defectes del tub neural) o adquirides en la infància. En aquests pacients, existeix una disinèrgia de la innervació del múscul detrussor i de l'esfínter extern que afecta a la funció vesical. L'alta pressió vesical continua o intermitent, exposa a aquests pacients a un risc de dany del tracte urinari superior i a un deteriorament renal.

INCONTINÈNCIA FECAL (IF)

La incontinència anal és la pèrdua del control voluntari de la defecació, és a dir, la incapacitat de diferir la evacuació del contingut rectal fins a que la persona consideri el moment idoni, i en conseqüència, la seva sortida involuntària i reiterada a través de l'anús⁵.

En la majoria d'estudis es descriu una afectació entre l'1 i 12% de la població adulta, s'ha fet una estimació que fins a un 10% dels adults arribarà a patir IF al llarg de la seva vida, ascendint a un 22% en la sisena dècada de la vida^{1,5}.

Prop del 50% dels adults institucionalitzats tenen IF, i alhora, és la segona causa més important d'institucionalització entre la població geriàtrica, registrant-la com la primera causa de necessitat d'institucionalització per a cures d'infermeria⁵. S'ha de tenir en compte aquells casos associats amb demències i alteracions neurològiques. També són important els pacients que seran tributaris de mesures pal·liatives, com els bolquers.

Les dones, degut a les seqüeles obstètriques, tenen una taxa 3-5 vegades superior als homes⁵.

En els nens, el restrenyiment suposa el 3-5% de les consultes de pediatria i un 25% de les de gastroenterologia pediàtrica. Els nens amb morbiditat gastrointestinal, en forma de restrenyiment i IF, associen amb freqüència simptomatologia del tracte urinari inferior (22-34%). El 30% presenta incontinència urinària i el 10% infeccions del tracte urinari. Inclús sense referir simptomatologia, els nens amb restrenyiment tenen paràmetres miccionals anormals².

S'estima que més de la meitat amb disfunció del tracte urinari inferior tenen disfunció intestinal associada; d'aquests, el 30% acudeixen per primera vegada a la consulta amb impactació fecal i el 80% d'ells presenten a més a més IF, secundària a la retenció fecal. La incidència d'aquesta associació és alta. És molt freqüent que els pacients que acudeixen per primera vegada al gastroenteròleg per restrenyiment tinguin els mateixos símptomes que els que acudeixen per primera vegada a l'uròleg per una disfunció del tracte urinari inferior².

Per comprendre la continència, l'esfínter anal està format per dues components musculars:

- EAI (Esfínter Anal Intern) : musculatura llisa que proporciona el 80% de la pressió en repòs. No es pot controlar voluntàriament i es el responsable de la tonicitat que manté l'anús tancat en repòs.
- EAE (Esfínter Anal Extern): musculatura estriada que permet la contracció voluntària per mantenir la continència. Ademés el múscul puborectal que rodeja el recte augmenta la barrera anal. El múscul puborectal en contracció manté l'angle anorectal aproximadament a 90°. Durant la defecació aquest angle s'obre i permet la defecació. La contracció d'aquest múscul garanteix la continència.

Quan la femta arriba al recte, es produeix una distensió de l'ampolla rectal i es produeix la necessitat defecar (femta sòlida, líquida, gas). Si es vol mantenir la continència la contracció del múscul puborectal i EAE ho fan possible, i permet retrasar la defecació fins que es pugui fer en les circumstàncies adequades

La IF apareix quan els mecanismes de continència estan alterats.

Clínicament hi ha 3 tipus d'IF:

1. **Incontinència passiva:** sortida de femta o gasos sense donar-se compte. Indica pèrdua de la percepció rectal o alteració del reflex recto-anal associat o no a disfunció de l'esfínter anal.
2. **Incontinència d'urgència:** sortida de material fecal o gasos malgrat els esforços que es fan per evitar-ho. Predominantment indica alteració de la funció de l'esfínter o de la capacitat rectal de retenir la femta.
3. **Escapament fecal o soiling** : sortida no desitjada de femta després d'una deposició de continència i evacuació normal. Majoritàriament degut a sortida incompleta de la femta o pèrdua de la sensació rectal. En aquests casos la funció de l'esfínter i del nervi pudend solen estar intactes.

La gravetat de la IF pot anar des de la sortida involuntària de gasos a la evacuació completa del contingut rectal. Ademés pot existir un solapament d'aquests tres tipus d'IF. Aquesta patologia causa molta vergonya i pot derivar en situacions de manca d'autoestima, depressió, aïllament social i pobre qualitat de vida.

Factors rellevants de l'anàlisi:

- Inici i factors precipitants
- Durada, gravetat i distribució en el temps
- Característiques de la femta i urgència
- Factors coexistents com: cirurgia, Incontinència urinària, lesió medul·lar
- Antecedents obstètrics: fórceps, esquinçaments vaginals durant el part i com s'han reparat
- Dieta, fàrmacs, cafeïna
- Història d'impactació fecal
- Classificar segons tipus IF
- Classificar segons gravetat

Es pot fer la classificació segons la gravetat. Hi fan diferents scores, un dels més estesos es el Cleveland Clínic grading System, validat per investigadors de St Mark's. conegut com score de Wexner. Consta de 7 paràmetres que recullen si les pèrdues anals són líquides, sòlides o gasos i com altera l'estil de vida. El valor 0 indica continència perfecta i el valor 20 incontinència completa.

Escala incontinència de Wexner.

Tipus de fuga	Mai	Rara (<1cop/mes)	Algun cop (>1cop/mes i <1cop /setmana)	Generalment (<1cop7setm i <1cop/dia)	Sempre (<1cop /dia)
Sòlid	0	1	2	3	4
Líquid	0	1	2	3	4
Gas	0	1	2	3	4
Us de compresa	0	1	2	3	4
Alteració estil de vida	0	1	2	3	4

Es valora com:

- IF lleu: entre 0 i 8
- IF moderada: entre 9-16
- IF greu: superior a 17

Una altra escala d'avaluació ràpida de la IF es la **RAFIS** (Rapid assesment Faecal Incontinence Score), consta de dues subescales. Una escala visual analògica de com es sent el pacient i la freqüència de fuga.

Anotar la frecuencia de fugas (sólo se puede marcar una)		Puntaje
Varias fugas al día		10
Varias fugas a la semana, pero no todos los días		8
Varias fugas al mes, pero hay una semana sin fugas		6
Las fugas ocurren de vez en cuando, pero hay un mes completo sin fugas		4
Las fugas ocurren raramente		2
Sin fugas		0

					
Me siento excelente	Me siento muy bien	Me siento bien	Me siento regular	Me siento mal	Me siento muy mal
0 puntos	2 puntos	4 puntos	6 puntos	8 puntos	10 puntos

L'ús d'altres qüestionaris com el SCL-90^R, SF36 ens donaran informació dels aspectes psicosocials i de l'impacte en la qualitat de vida.

El **diari defecatori** també serveix per avaluar la IF , hi ha molts models diferents. Com el que s'exposa a continuació.

Responda a estas preguntas poniendo un palito cada vez que le ocurra alguna de las siguientes situaciones	DÍA						
	1	2	3	4	5	6	7
1. He ido corriendo al cuarto de baño pero HE LLEGADO A TIEMPO y no se me ha escapado nada.							
2. He ido corriendo al cuarto de baño y SE ME HA ESCAPADO ALGO O TODO.							
3. Me lo he hecho encima sin darme cuenta							
4. He ido a hacer de vientre normal SIN TENER QUE CORRER							
NUMERO TOTAL DE VECES QUE HE HECHO DE VIENTRE (sume los palitos de las preguntas 1,2,3 y 4)							

Es importante que al final del día, responda a cada pregunta. (Rodee con un círculo la respuesta)	DÍA						
	1	2	3	4	5	6	7
¿Lleva hoy una compresa?	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
¿Ha manchado hoy un poco la compresa o la ropa interior?	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
¿Cómo ha sido la caca hoy?	Dura Normal Blanda	Dura Normal Blanda	Dura Normal Blanda	Dura Normal Blanda	Dura Normal Blanda	Dura Normal Blanda	Dura Normal Blanda
¿Ha tomado hoy algún laxante? Apunte qué laxante	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
¿Ha tomado hoy algo para estreñir? Apunte qué ha tomado	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
¿Ha realizado hoy maniobras especiales para mejorar su continencia (lavativas, supositorios...)?	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
¿Sus escapes le han perjudicado en su actividad social, sexual o laboral en el día de hoy?	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO

Cir Esp. 2017;95:276-82

PROLAPSES D'ÒRGANS PELVIANS (POP)

Els prolapses d'òrgans pelvians afecta aproximadament al 50% de dones que han tingut un part vaginal, sent simptomàtiques només el 10-20% d'aquestes.

La incontinència urinària, fecal i combinació s'associen freqüentment a prolapses d'òrgans pelvians⁵.

La majoria són prolapses de grau baix (1-2). Si són asimptomàtics, el tractament es basa en les accions preventives que s'han d'aplicar en un primer nivell terapèutic i no en unitats especialitzades. És important establir una bona coordinació entre els diferents nivells assistencials per evitar un excés de proves complementàries i de tractaments innecessaris, i així reduir els costos.

L'11,8% de les dones són intervingudes per prolapse genital al llarg de la seva vida. Suposen fins a un 30% de la cirurgia major ginecològica en el nostre entorn⁶.

La classificació de Baden Walker és la més senzilla i utilitzada, però li falta reproductibilitat i especificitat. El sistema POPQ és una tècnica estandarditzada que descriu el prolapse en múltiples punts vaginals. (veure annex 5 i 6)

Els POP són processos dinàmics amb tendència a l'empitjorament, sobretot els de grau 3 i 4. En els prolapses de baix grau l'estratègia preventiva és la més important.

DOLOR PÈLVIC CRÒNIC

És difícil conèixer la prevalença real del DPC en les dones per la falta d'estudis de qualitat, variabilitat geogràfica i falta de consens en la definició utilitzada en la literatura. La prevalença estimada en dones en edat reproductiva és entre 14% i 24%⁹, i entre el 2% i 17% en homes, tenint en compte la infravaloració en aquests per la falta de consulta d'aquesta patologia.

Presenta una etiologia multifactorial, en quasi un 30% dels casos la bufeta urinària és la responsable, en el 37% interfereix el tracte gastrointestinal, en el 12% l'origen és músculo-esquelètic i en el 20% la causa és de l'aparell reproductiu.

El diagnòstic és clínic. El tractament ha de ser multimodal incloent les diferents especialitats implicades que puguin abordar la possible causa orgànica (ginecologia, urologia, proctologia, rehabilitació, clínica del dolor) i la causa psicològica (teràpia psicoconductual).

1.3 JUSTIFICACIÓ

L'elevada prevalença, el previsible augment de la incidència i la demanda, i la necessitat d'una atenció multidisciplinària d'aquesta patologia fan necessària la implementació d'un abordatge territorial i transversal amb un alt grau de coordinació, d'acord a les recomanacions de l'ICS (International Continence Society), i que suposa la implicació de tots els serveis que actuen en l'atenció d'aquest problema de salut.

2. OBJECTIU

- ✓ Actualització protocol realitzat l'any 2015
- ✓ Mantenir i millorar el procés assistencial de les disfuncions del Sòl Pelvià d'acord seguint un model d'atenció integral (prevenció, detecció precoç, diagnòstic, tractament i seguiment), inter i multidisciplinària entre els diferents àmbits d'atenció implicats (atenció primària i atenció especialitzada).
- ✓ Assolir una qualitat òptima amb pràctiques eficients i avalades per l'evidència científica.
- ✓ Ser el centre de referència de la comarca d'Osona en patologia de disfunció del sòl pelvià.
- ✓ Desenvolupar una oferta docent en aquest àmbit, així com en investigació.
- ✓ Aplicació d'una gestió de processos clínics integrats, tenint com a elements bàsics:
 - a. Lideratge clínic i competència professional.
 - b. Empoderament del pacient.
 - c. Qualitat i seguretat amb pràctiques clíniques basades en l'evidència.
 - d. Coordinació/integració dels diferents dispositius assistencials.
 - e. Compromís en l'avaluació dels resultats de totes les institucions/professionals implicats.
- ✓ Aplicació d'un model organitzatiu, tenint com a elements bàsics:
 - f. Accessibilitat i resolució.
 - g. Suport de la tecnologia de la informació i la comunicació.
 - h. Continuitat dels circuits assistencials.

3. DEFINICIÓ DE LA POBLACIÓ DIANA

Població de la Comarca d'Osona susceptible a presentar Disfuncions de Sòl Pelvià.

PROPOSTA D'ABORDATGE TRANSVERSAL

L'assistència de primer nivell és l'atenció primària. Cobreix les competències preventives amb la detecció precoç i aplicació de tractament de primera línia, i també el cribratge adequat dels pacients que requereixin una atenció especialitzada multidisciplinària.

Està representada per Medicina d'Atenció Primària i Pediatria.

L'assistència de segon nivell és l'atenció especialitzada implicada en les disfuncions de sòl pelvià.

Està representada per l'ASSIR (Nivell 2.1); i Rehabilitació, Urologia, Ginecologia, Cirurgia general (Colo-Proctologia), Pediatria i Neurologia (Nivell 2.2)

Són importants i imprescindibles els serveis de suport de gestió de clients, documentació i qualitat assistencial.

4. SEQÜÈNCIA DE DIAGNÒSTIC

D'aquí en endavant utilitzarem la llegenda següent:

Nivell 1 assistencial (color blau)

Nivell 2.1 assistencial ASSIR (color verd)

Nivell 2.2 assistència especialitzada (color taronja)

4.1 INCONTINÈNCIA URINÀRIA

Nivell 1 assistencial. Atenció primària (MAP)

ANAMNESI

Factors:

- ✓ Edat
- ✓ Paritat
- ✓ Menopausa
- ✓ Malalties associades
- ✓ Tractament farmacològic

Clínica < 3mesos

Descartar infecció (Tira reactiva)

Clínica > 3mesos

NO associa POP simptomàtic

SÍ associa POP simptomàtic

ORIENTACIÓ DIAGNÒSTICA

Incontinència
urinària d'esforç
(IUE)

Incontinència
urinària d'urgència
(IUU)

Incontinència
urinària mixta
(IUM)

NO relació amb
esforç ni urgència

Disfunció de buidatge

SEVERITAT

Lleu
(Gotes)

Moderada
(Rajolí)

Greu
(Raig)

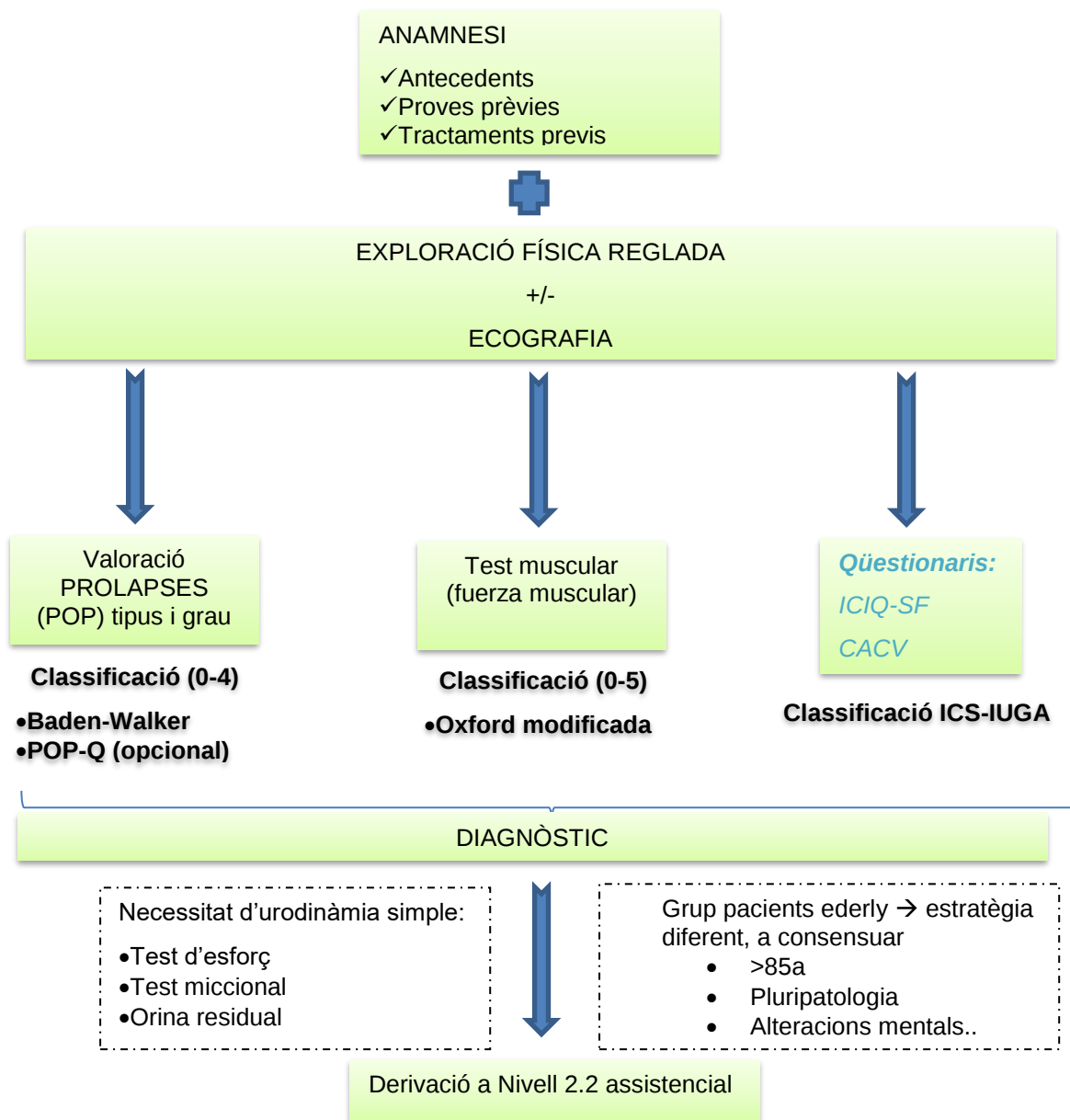
Oculta
(incontinència
desapareix pel
prolapse)

TRACTAMENT 1º línia:
Pautes conductuals

Fracàs del tractament

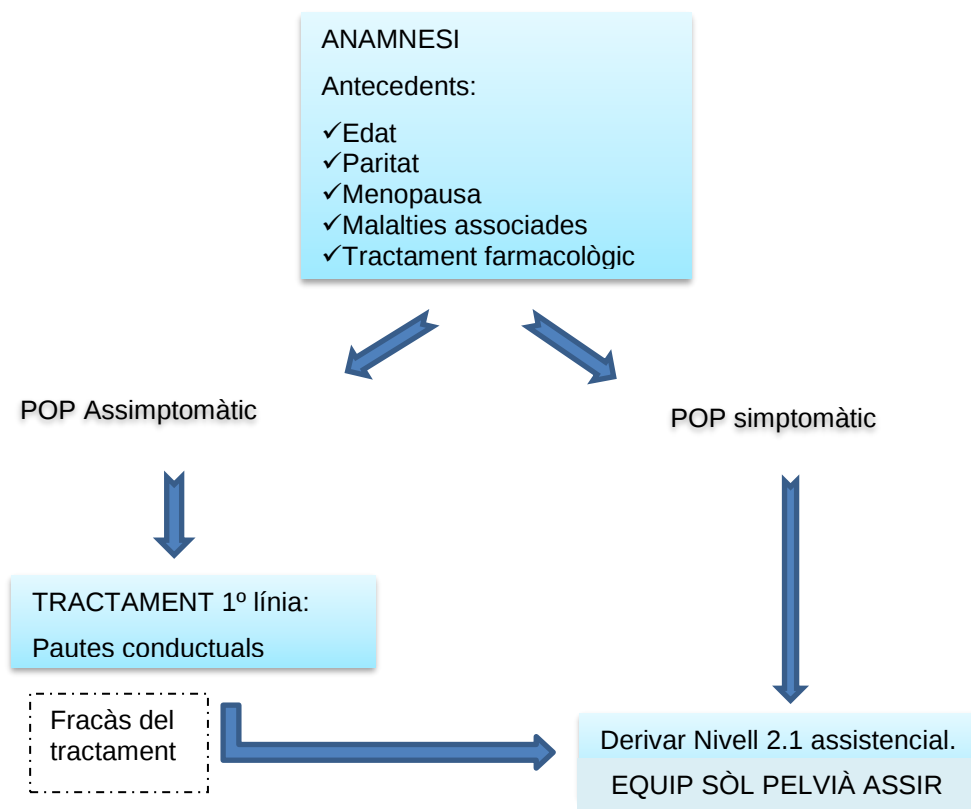
Dones: Derivar Nivell 2.1 assistencial. ASSIR
Homes: Derivar Nivell 2.2 assistencial. Urologia

Nivell 2.1 assistencial. ASSIR(Ginecòlegs/es i llevadors/es assistencials en primària)



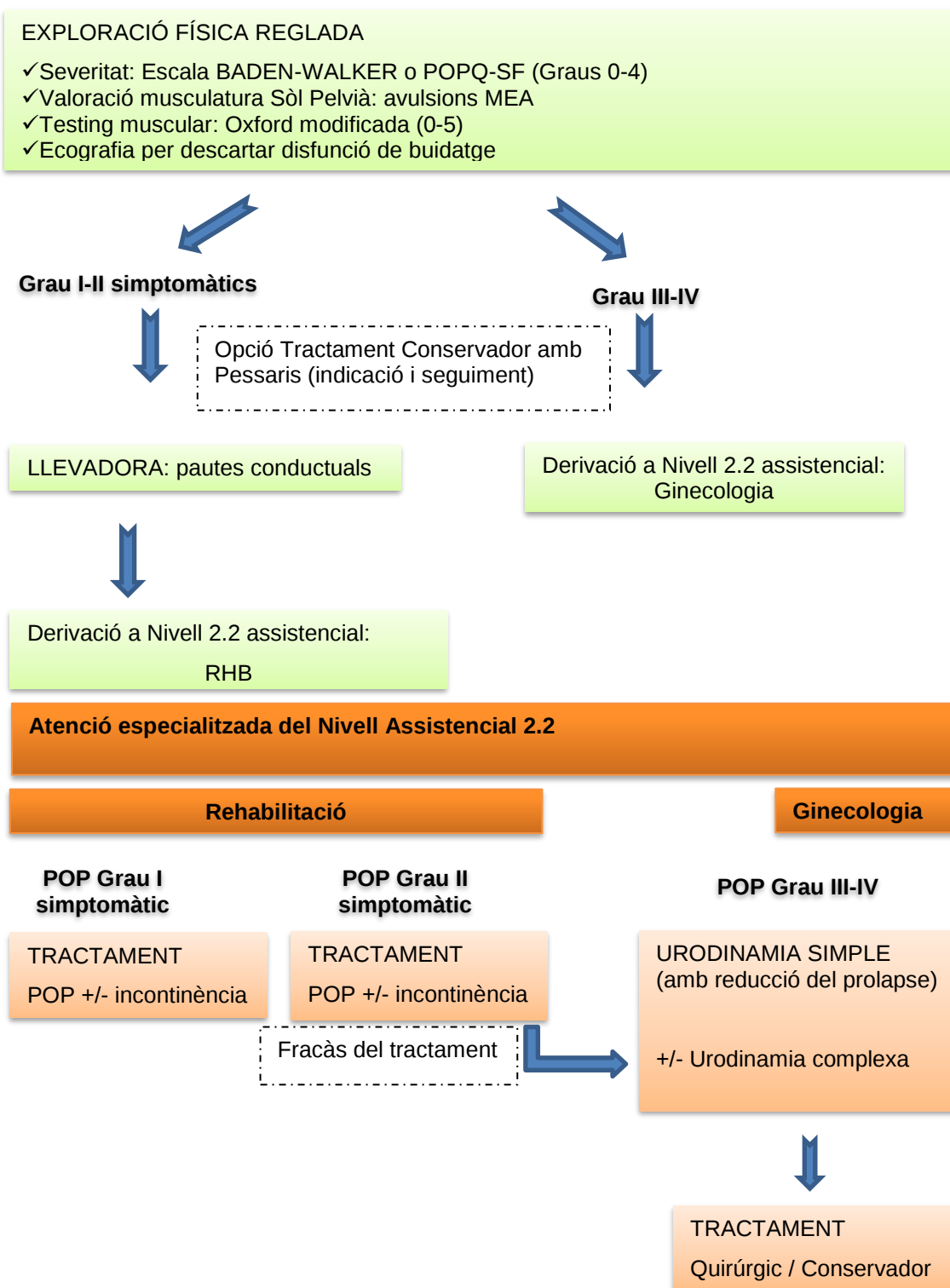
4.2 PROLAPSE D'ÒRGANS PELVIANS

Nivell 1 assistencial. Atenció primària (MAP)



Nivell 2.1 assistencial. ASSIR (Ginecòlegs/es i llevadors/es assistencials en primària)





4.3 INCONTINÈNCIA FECAL

Nivell 1 assistencial. Atenció primària (MAP)

ANAMNESI

Antecedents:

- ✓ Edat
- ✓ Antecedents obstètrics
- ✓ Factors de risc
- ✓ Malalties associades
- ✓ Cirurgia pèlvica
- ✓ Coexistència IU

- Inici símptomes > 6 mesos
- mínim 3 mesos consecutius
- 2-4 episodis/mes

Excloure: canvis ritme deposicional

Preguntar:

- Se li escapen els gasos?
- És capaç de retrasar la defecació al menys 15 min?
- S'ha tacat la roba interior mínim 1 cop/mes els últims 3 mesos?



EXPLORACIÓ FÍSICA: EXPL. ANAL I TACTE RECTAL

+/-

Diari defecatori

Scores IF

Escala visual

Qualitat De vida

EVALUACIÓ INICIAL DE LA IF:

1. INCONTINÈNCIA D'URGÈNCIA
2. INCONTINÈNCIA PASSIVA
3. SOILING (embrutament)

PAUTA TRACTAMENT BÀSICA:

Hàbits higienico-dietètics, pautes defecatòries
Tractament patologia digestiva associada: diarrea, restrenyiment...
Revisar tractament farmacològic: eliminar causants diarrea o restrenyiment
Modificadors bolus fecal si restrenyiment
Fàrmacs astringents si diarrea

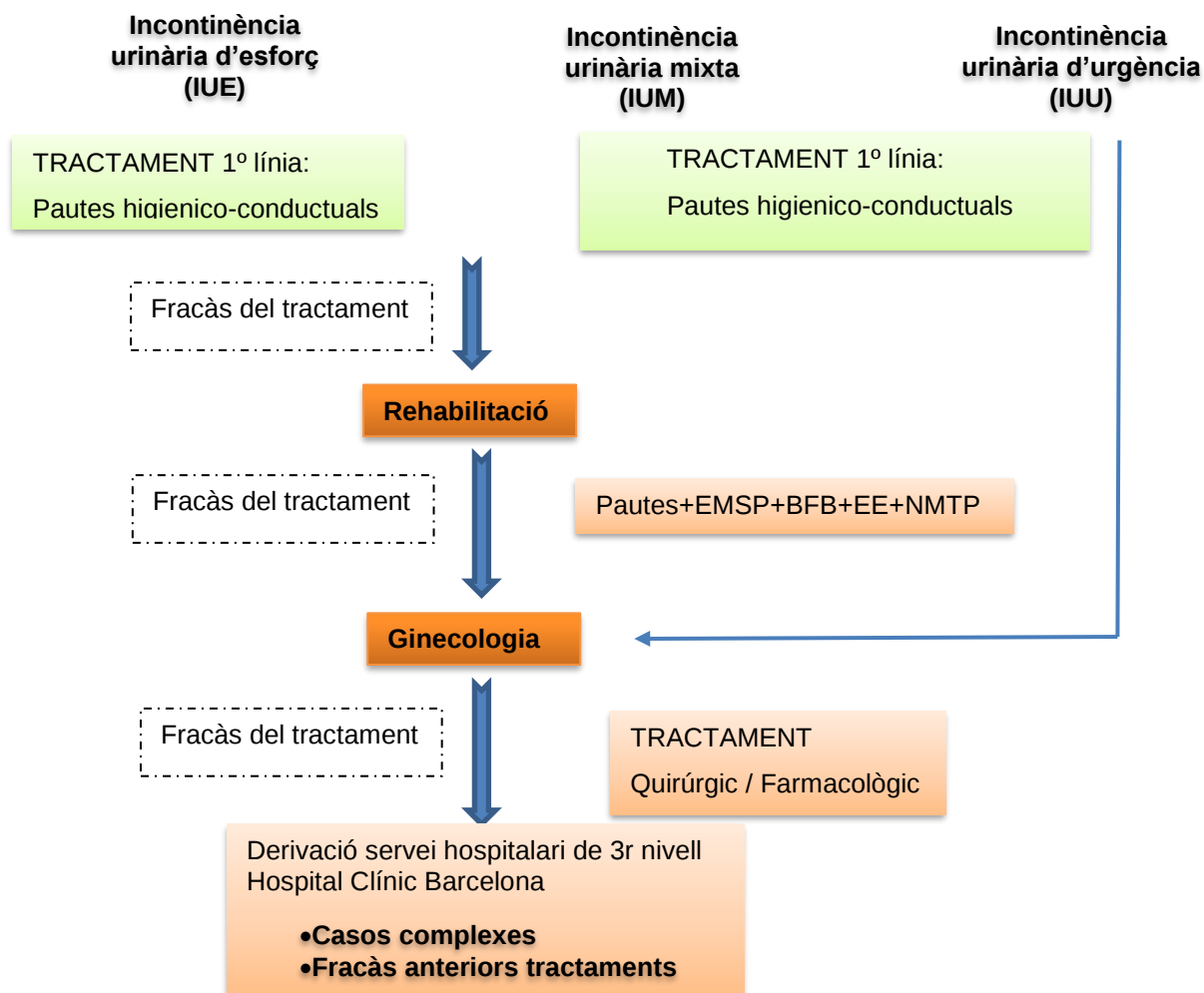


Derivar Nivell 2.2 assistencial

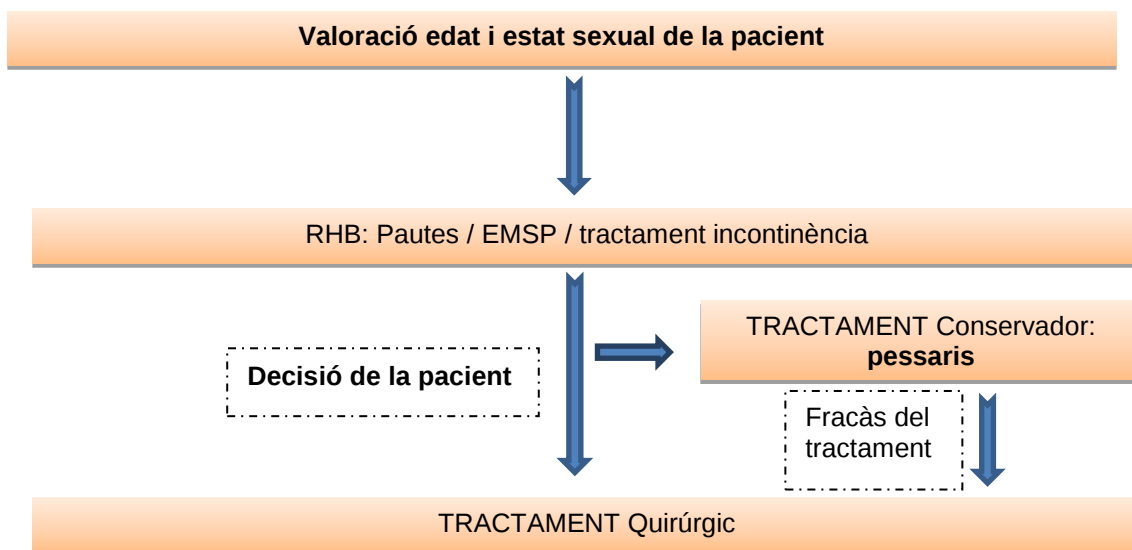
Fracàs del tractament > 1 mes
IF severa
*Excloure: deteriorament cognitiu i/o
>75 anys

5. SEQÜÈNCIA TRACTAMENT

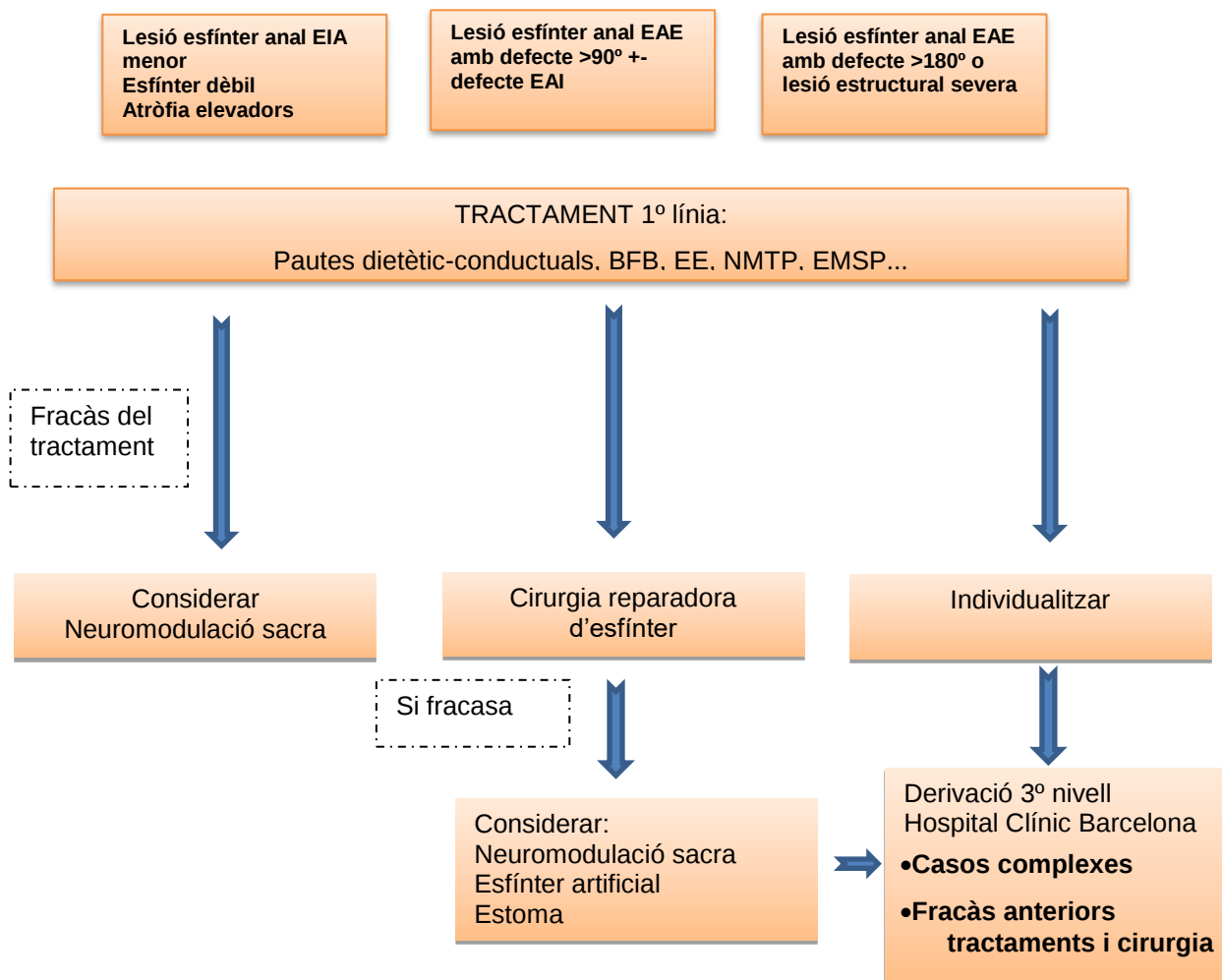
5.1 INCONTINÈNCIA URINÀRIA



5.2 PROLAPSE ÒRGANS PELVIANS GRAU 2 O MÉS



5.3 INCONTINÈNCIA FECAL



6. ALGORITME – RESUM (CIRCUIT)

NIVELL 1 ASSISTENCIAL

Atenció en centres de primària (MAP)

Pediatría (Pediatre i infermeria en atenció primària)

HOMES

- Detecció precoç disfunció sòl pelvià
- Orientació patologia a estudiar.
- Tractament primera línia (farmacològic, pautes conductuals...)

DONES

- Detecció precoç disfunció sòl pelvià
- Orientació patologia a estudiar.

- Detecció precoç disfunció sòl pelvià
- Orientació patologia a estudiar.
- Pautes conductuals

NIVELL 2.1 ASSISTENCIAL

ASSIR (Ginecòlegs/es i llevadors/es assistencials en primària)

- Anamnesi i exploració de les disfunció de sòl pelvià (incontinència urinària, incontinència fecal/anal, prolapse d'òrgans pelvians (POP))
- Urinoanàlisi +/- sediment d'orina.
- Avaluació de les disfuncions de sòl pelvià: qüestionaris (Diari miccional, ICIQ-SF, CACV/OAB-V3, Wexner, Bristol)
- Ecografia per avaluació de disfuncions de buidatge vesical i mesura d'orina residual.
- Pautes conductuals (llevadora especialitzada)
- Inici de tractament farmacològic.
- Tractament conservador dels POP (valoració, col·locació i seguiment de pessaris)*
- Atenció disfunció de sòl pelvià de les gestants (Prevenió. Detecció precoç. Test manual vaginal (TMV) en gestants 16-18 setmanes i en puèrperes).
- Derivació a Nivell 2.2 d'atenció especialitzada:
 - Rehabilitació:
 - Incontinència urinària amb afectació de qualitat de vida i refractària a primera línia de tractament.
 - Prolapses simptomàtics o superiors a grau I
 - *Dolor pelvià crònic*
 - Ginecologia:
 - Incontinència urinària amb afectació de qualitat de vida i refractària a primera línia de tractament
 - Prolapses grau III, IV
 - Cirurgia general (coloproctologia):
 - Incontinència anal/fecal amb afectació de qualitat de vida i refractària a primera línia de tractament
 - Urologia: sospita de patologia urològica
 - Neurologia: sospita de patologia neurològica

NIVELL 2.2 ASSISTENCIAL

Atenció especialitzada del Nivell Assistencial 2.2 (Ginecologia, Urologia, Cirurgia General, Rehabilitació, Unitat de Dolor, Pediatria, Neurologia)

NIVELL 2.2 GINECOLOGIA

PATOLOGIES A TRACTAR:

- Incontinència urinària (urgència, esforç o mixta)
- Prolapses d'òrgans pelvians
- Dolor pelvià crònic

PROCEDIMENT DIAGNÒSTIC

1. DERIVACIÓ DES DE:

- Nivell 2.1: ASSIR
- Nivell 2.2: Hospitalització (post-part en pacients amb lesions d'esfínter anal d'alt grau), Urologia, Coloproctologia, Rehabilitació

2. PRIMERA VISITA CONSULTA EXTERNA :

- **Visita presencial:**
 - Anamnesi detallada i dirigida. Revisió de qüestionaris i diari miccional.
 - Exploració física: IMC, exploració ginecològica (espèculum, tacte vaginal, MSP)
 - Prolapses:
 - Classificació tipus prolapse i grau
 - Baden Walker
 - POPQ
 - Descartar incontinència oculta
 - IUE pura: Prova d'esforç reglada (tira d'orina, residu post-miccional, capacitat vesical al 1r desig miccional, capacitat vesical màxima, escapament al valsava en decúbit o bipedestació, test de Bonney)
 - Orientació diagnòstica
 - Sol·licitud de proves complementàries:
 - Urodinàmia complexa (IUI Mixta, IUU, urgència miccional, fracàs tractaments farmacològics previs, IU associada a prolapse, IU difícils de tipificar)
 - Ecografia Sòl Pelvià (IUE i POP pre-quirúrgics, malles anti-incontinència)
 - Valoració genitals interns
 - Residu post-miccional
 - Lliscament uretral. Embudització coll vesical.
 - Valoració dels prolapses: compartiment anterior, mig, posterior
 - Valoració de la integritat del múscul elevador de l'anus (MEA) i de l'àrea del hiat (eco 3D/4D)
 - Sol·licitud de visita a coloproctologia en casos de lesions esfínter anal simptomàtiques i a RHB.

3. VISITA DE RESULTATS CONSULTA EXTERNA

Valoració de les proves sol·licitades i proposta de tractament:

- **Prolapses:**
 - Pessari
 - Tractament quirúrgic
- **Incontinència:**
 - **D'urgència:** nou tractament farmacològic, doble farmacoteràpia, toxina botulínica (derivació a Urologia), si sospita causa neurològica derivació a neurologia.
 - **D'esforç:** banda lliure de tensió tipus TOT en casos de IUE pura moderada/greu per hipermobilitat uretral
 - **Mixta:** decisió de quin component tractem primer segons afectació qualitat de vida de la pacient
- **Lesions esfinterianes d'alt grau.** Revaloració després de eco endoanal i/o visita coloproctologia i després de RHB. Consell de cara nova gestació.
- **Dolor pèlvic crònic.** Valoració de tractament farmacològic (unitat dolor anestèsia), RHB, quirúrgic, o necessitat de derivació a centre III nivell

4. VISITA de SEGUIMENT

- **Prolapses:**
 - Pessari: control als 15d-1mes – 6 mesos – anual (pendent establir circuit de controls en pacients estables des de llevadora especialitzada ASSIR)
 - Intervingudes: a les 4-6 setmanes post-intervenció – 6 mesos - alta
- **Incontinència:**
 - D'urgència: als 2 mesos per adherència al tractament i valorar resposta (pot ser telefònica) – 6 mesos (amb nou diari miccional per objectivar si milloria)
 - D'esforç: a les 4 – 6 setmanes post-intervenció – 6 mesos (amb ecografia per valorar malla i residu post-miccional) – alta
- Casos complexos, fracàs tractaments farmacològics o quirúrgics derivar a centre de III nivell.

TRACTAMENT

1. INCONTINÈNCIA URINÀRIA

- **Incontinència Urinària d'Esforç**
 - Reforç de pautes conductuals
 - Derivació a RHB
 - Banda lliure de tensió en casos de IUE moderada/greu (havent descartat uretra fixa, dèficit esfinterià i disfunció del buidatge)
- **Incontinència Urinària d'Urgència**
 - Reforç pautes conductuals
 - Farmacoteràpia: anticolinèrgics, beta 3 adrenèrgics, combinacions
 - Toxina botulínica (urologia)
- **Incontinència Urinària Mixta**
 - Tractament clínica predominant o bé combinada

2. PROLAPSES d'ÒRGANS PELVIANS grau III - IV simptomàtics

- **Pessari** (per evitar cirurgia o a l'espera de cirurgia)
- **Quirúrgic**
 - Histerectomia vaginal o assistida per laparoscòpia
 - Cirurgia conservadora d'úter: Manchester o amputació cervical
 - Plàstia anterior o posterior
 - Colposuspensió via vaginal amb fixació al lligament sacroespínol
 - Colposacropexia o cervicosacropexia laparoscòpica
 - Tècniques obliteratives: vulvocleisis, colpocleisis

3. DOLOR PELVIÀ CRÒNIC

- Derivació Rehabilitació
- Tractament farmacològic bàsic
- Tractament quirúrgic (alliberació adherències, punts gatell...via vaginal)
- Derivació Unitat Dolor per maneig farmacològic complexe i/o valorar infiltracions

CRITÈRIS DERIVACIÓ NIVELL 3

- Incontinència urinària
 - IU d'esforç amb sospita de dèficit esfinterià del coll vesical o uretra fixe
 - IU recidivada post-col·locació de banda lliure de tensió (TOT)
 - Disfunció de buidatge posteriorment a col·locació de banda lliure de tensió (TOT)
 - IU complexe o que no respon als tractaments disponibles a nivell 2.2
- Prolapses
 - Casos complexos pels que no podem oferir la tècnica adequada
 - Recidives post-quirúrgiques que no s'han pogut resoldre per la seva complexitat

NIVELL 2.2 UROLOGIA

PATOLOGIES A TRACTAR:

- Incontinència urinària d'esforç
- Incontinència urinària d'urgència
- Infeccions d'orina de repetició
- Cistopaties
- ...

PROCEDIMENT DIAGNÒSTIC

1. DERIVACIÓ DES DE:

- Nivell 2.1: Centre d'atenció primària
- Nivell 2.2: Hospitalització, Ginecologia, Rehabilitació

2. PRIMERA VISITA CONSULTA EXTERNA :

- **Visita presencial:**
 - Anamnesi detallada i dirigida. Revisió de qüestionaris i diari miccional.
 - Exploració física: IMC, exploració ginecològica (espèculum, tacte vaginal, MSP)
 - Prolapses:
 - Classificació tipus prolapse i grau
 - Baden Walker
 - POPQ
 - Descartar incontinència oculta
 - IUE pura: Prova d'esforç reglada (tira d'orina, residu post-miccional, capacitat vesical al 1r desig miccional, capacitat vesical màxima, escapament al valsava en decúbit o bipedestació, test de Bonney)
 - Orientació diagnòstica
 - Sol·licitud de proves complementàries:
 - Urodinàmia complexa (IUI Mixta, IUU, urgència miccional, fracàs tractaments farmacològics previs, IU associada a prolapse, IU difícils de tipificar)
 - Ecografia reno-vesical (amb mesura del RPM)
 - Cistoscòpia i citologia (sospita d'estenosis d'uretra, abans del tractament quirúrgic de IUU, sd. dolorós pelvíc o descartar CIS)
 - Sol·licitud de visita a coloproctologia en casos de lesions esfínter anal simptomàtiques i derivació a RHB.
 - Sol·licitud de visita a ginecologia en casos de prolapse d'òrgans genitals.

TRACTAMENT

INCONTINÈNCIA URINÀRIA

- **Incontinència Urinària d'Esforç**
 - Reforç de pautes conductuals
 - Derivació a RHB
 - Banda lliure de tensió en casos de IUE moderada/greu (havent descartat uretra fixa i disfunció del buidatge)
- **Incontinència Urinària d'Urgència**
 - Reforç pautes conductuals
 - Farmacoteràpia: anticolinèrgics, beta 3 adrenèrgics, combinacions
 - Toxina botulínica
- **Incontinència Urinària Mixta**
 - Tractament clínica predominant o bé combinada

CRITÈRIS DERIVACIÓ NIVELL 3

- Incontinència urinària
 - IU recidivada post-col·locació de banda lliure de tensió (TOT)
 - IU complexa o que no respon als tractaments disponibles a nivell 2.2

NIVELL 2.3 COLOPROCTOLOGIA

PATOLOGIES A TRACTAR:

- Incontinència fecal/anal
- Prolapse rectal
- Rectocel

PROCEDIMENT DIAGNÒSTIC

DERIVACIÓ DES DE:

- Nivell 2.1: Centre d'atenció primària
- Nivell 2.2: Hospitalització, Ginecologia, Rehabilitació....

1. PRIMERA VISITA CONSULTA EXTERNA :

- **Visita presencial:**
 - Anamnesi
 - Exploració física
 - Orientació diagnòstica
 - Sol·licitud de proves complementàries:
 - Ecografia endo-rectal
 - Manometria
 - RMN pèlvica (en casos seleccionats)
 - Defecografia dinàmica (en casos seleccionats)

TRACTAMENT

INCONTINÈNCIA FECAL/ANAL

- **Conservador:**
 - Intervenció dieta i hàbits de vida
 - Tractament de causes desencadenants(diarrea, estrenyiment ... etc)
 - Derivació a Rehabilitació
 - Irrigació anal
 - Plugs anals
 - etc
- **Quirúrgic:**
 - Plàstia anal
 - Reparació esfínters
 - Neuromodulació arrels. Esfínter artificial
 - Plàstia amb penjoll muscular
 - Estoma

CRITÈRIS DERIVACIÓ NIVELL 3

- Neuromodulació arrels. Esfínter artificial
- Plàstia amb penjoll muscular

NIVELL 2.4 REHABILITACIÓ

PATOLOGIES A TRACTAR:

- Incontinència urinària (urgència, esforç o mixta)
- Prolapses d'òrgans pelvians grau I i II
- *Incontinència anal/fecal (urgència, esforç) (quan el recurs estigui cobert)*
- *Dolor pelvià crònic, sobretot en relació amb síndrome miofascial (quan el recurs estigui cobert)*

PROCEDIMENT DIAGNÒSTIC

1. DERIVACIÓ DES DE:
 - Nivell 1 i 2.1: ASSIR, MAP, Pediatria
 - Nivell 2.2: Ginecologia, Urologia, Pediatria, Coloproctologia

Informació en derivació:

- Orientació diagnòstica
- Test muscular (Oxford)
- Qüestionaris: Diari miccional, ICIQ-SF, CACV/OAB-V3, Bristol, Wexner, EVA
- Existència o no de prolapses i grau

2. PRIMERA VISITA Metge Rehabilitador:
 - **Cribatge** i revisió història des del Filtratge de sol·licituds
 - Pautar directament tractament
 - Fer visita presencial

- **Visita presencial:**
 - Anamnesi detallada
 - Revisar qüestionaris: Diari miccional, ICIQ-SF, CACV/OAB-V3, Bristol, Wexner, EVA
 - Exploració física: IMC, pèlvico-abdomino-respiratòria, cicatrius, exploració neurològica, prolapses, propiocepció, punts gatell miofascial, test muscular (Oxford modificada)
 - Establir pautes de tractament
 - Tractament individual
 - Tractament grupal
 - Donar/revisar pautes higienico-conductual

3. TRACTAMENT de REHABILITACIÓ

- **Tractament individual**
 - Cinesiteràpia + pautes conductuals
 - Teràpia manual
 - Biofeedback
 - Electroestimulació
 - Neuromodulació tibial posterior transcutània
 - Es finalitza el tractament quan s'arriben als objectius establerts o estabilitat clínica (mitja 12 sessions).
 - Mesura d'Oxford, ICIQ-SF +/- EVA +/- Wexner a l'inici i final de les sessions.
- **Tractament grupal**
 - Grups tancats
 - 5 sessions (cinesiteràpia + pautes higienico-conductuals)
 - Reincidents: 1-3 sessions de reforç/recordatori

4. VISITA de REVISIÓ

- 2 mesos posterior al final de tractament de rehabilitació: valorar evolució i adherència al tractament
- Exploració física: IMC, abdominal, coordinació respiratòria, cicatrius, exploració neurològica, prolapses, propiocepció, punts gatell, test muscular
- Qüestionaris: Diari miccional, ICIQ-SF, CACV/OAB-V3, Bristol, Wexner, EVA
- Alta o derivació a altra especialitat

TRACTAMENT

1. INCONTINÈNCIA URINÀRIA

- **Incontinència Urinària d'Esforç**
 - Pautes conductuals segons diari miccional
 - Cinesiteràpia: EMSP. Musculatura abdominodiafragmàtica
 - Propiocepció (BFB). Coordinació abdominopèlvica
 - Electroestimulació si Oxford<3
- **Incontinència Urinària d'Urgència**
 - Pautes conductuals segons diari miccional
 - Cinesiteràpia: EMSP. Musculatura abdominodiafragmàtica
 - Propiocepció (BFB). Coordinació abdominopèlvica
 - Electroestimulació
 - Neuromodulació tibial posterior
 - Farmacoteràpia

- **Incontinència Urinària Mixta**
 - Tractament clínic predominant
 - Pautes conductuals segons diari miccional
 - Cinesiteràpia: EMSP. Musculatura abdominodiafragmàtica
 - Propiocepció (BFB). Coordinació abdominopèlvica
 - Electroestimulació si Oxford<3
 - Neuromodulació tibial posterior transcutània
 - Farmacoteràpia
- 2. **PROLAPSES d'ÒRGANS PELVIANS grau I i II simptomàtics**
 - Descartar incontinència oculta
 - Pautes conductuals. Prevenció conductes i actituds d'hiperpressió pèlvica
 - Cinesiteràpia: EMSP. Musculatura abdominodiafragmàtica/hipopressius
 - Propiocepció (BFB). Coordinació abdominopèlvica
- 3. **INCONTINÈNCIA FECAL/ANAL**
 - Pautes conductuals. Millora consistència de la femta (escala Bristol)
 - Cinesiteràpia: EMSP. Musculatura abdominodiafragmàtica/hipopressius
 - Propiocepció (BFB). Coordinació abdominopèlvica
 - Neuromodulació tibial posterior transcutània
- 4. **DOLOR PELVIÀ CRÒNIC**
 - Detecció punts gatell miofascial
 - Teràpia manual
 - Electroteràpia analgèsica. Tecarteràpia. Ones de Xoc
 - Cinesiteràpia: EMSP. Musculatura abdominodiafragmàtica/hipopressius
 - Propiocepció (BFB). Coordinació abdominopèlvica
 - Neuromodulació tibial posterior transcutània
 - Infiltracions punts gatell

NIVELL 2.5 UNITAT DE DOLOR

PATOLOGIES A TRACTAR:

- Dolor pelvià crònic
- Neuràlgia de n. Pudend

PROCEDIMENT I DIAGNÒSTIC

DERIVACIÓ DES DE:

- Nivell 2.2: Ginecologia, Rehabilitació, Urologia, Coloproctologia
- Informació de la derivació: haver descartat patologia ginecològica, urològica, gastrointestinal, musculoesquelètica i psicosocial. Orientació diagnòstica, tractaments fets i proves realitzades. RMN pèlvica segons el cas.

1. PRIMERA VISITA CONSULTA EXTERNA :

- **Filtratge infermeria** a través de visita "No pacient" i decidiran si visita presencial o no
- **Visita presencial:**
 - Anamnesi detallada
 - Revisar qüestionaris: DN4, lattinen, EVA
 - Exploració física: dirigida a identificar regions doloroses sobretot abdominals, pèlviques o musculoesquelètiques.
 - Orientació diagnòstica i diagnòstics diferencials

- Sol·licitud de proves complementàries: ja haurien de venir amb les proves realitzades

DOLOR PELVIÀ CRÒNIC

TRACTAMENT

- **Farmacològic:** Gabapentina, Pregabalina, duloxetina, amitriptilina
- **Infiltracions:**
 - **Bloquetjos nerviosos**
 - Bl. N. Femorocutani
 - Bl. N. Ilioinguinal, n.iliohipogàstric, n. Genitofemoral
 - Bl. N. Pudends
 - Bl. N. Obturador
 - Bl. Centrals epidurals i/o caudals
 - **Bloquetjos musculars**
 - Ms. Piramidal
 - Musculatura glútia
 - **Bloquetjos articulars**
 - Bl. Articulació sacroilíaca
 - **Bloquetjos simpàtics**
 - Bl. Gangli impar o Whalter
 - Bl. Del plexe hipogàstric inferior

CRITÈRIS DERIVACIÓ NIVELL 3

Quan s'hagin de fer tècniques de radiofreqüència no disponibles en la nostra unitat, tècniques de neuromodulació o tècniques ablatives.

NIVELL 2.6 PEDIATRIA

PATOLOGIES A TRACTAR:

- Enuresi nocturna
- Trastorns miccionals d'origen no neurològic:
 - Disfunció vesical i intestinal
 - Bufeta hiperactiva
 - Ajornament de la micció
 - Bufeta hipoactiva
 - Disfunció del buidatge vesical
 - Obstrucció de sortida vesical
 - Incontinència d'estrés
 - Incontinència del riure
 - Augment extraordinari de la freqüència miccional diurna
 - Disfunció del coll vesical
- Disfunció vesical neurògena^a

PROCEDIMENT DIAGNÒSTIC

1. DERIVACIÓ DES DE:

- Nivell 2.1: Centre d'atenció primària
- Nivell 2.2: Hospitalització, Urologia, Rehabilitació

2. PRIMERA VISITA CONSULTA EXTERNA :

➤ **Visita presencial:**

- Anamnesi detallada:
 - Antecedents familiars
 - Antecedents personals:
 - Antecedents neonatals. Patologia genitourinària o alteració ecogràfica pre-o postnatal
 - Infeccions urinàries
 - Desenvolupament maduratiu
 - Hàbit miccional diürn:
 - Edat continència
 - Presència de símptomes
 - Freqüència miccional
 - Característiques raig miccional
 - Comorbiditats: restrenyiment, roncopatia nocturna
 - Hàbit miccional nocturn:
 - Edat continència
 - Nictúria
 - Si enuresi nocturna:
 - N°episodis/setmana
 - Moment de la nit i quantitat
 - Si ha existit un període sec o no
 - Ingesta de líquids aproximada
- Exploració física:
 - Somatometria (pes, talla)
 - Tensió arterial
 - Descartar signes que suggereixin organicitat:
 - Disrafisme espinal ocult
 - Malformació genitourinària
 - Alteració neurològica
- Orientació diagnòstica
- Sol·licitud de proves complementàries:

Habitualment en enuresi primàries monosimptomàtiques, no sol·licitem de forma rutinària proves complementàries, únicament sel's hi fa fer un diari miccional i un calendari.

La resta de trastorns miccionals, si que sel's hi amplia estudi amb:

- **Anàlisi d'orina 1a micció del mati:** Osmolaritat urinària, tira d'orina, Q Ca/creatinina, Q microalbumina/creatina. Sediment d'orina i urinocultiu.
- **Ecografia renal:** descartar alteracions morfològiques i valorar el buidatge vesical (patològic si >20ml).
- **Diari miccional:** registre de la ingesta de líquids i el volum d'orina per micció durant varis dies.
- **Calendari de símptomes**

En aquells casos que no responen al tractament de primera línia, s'amplia estudi amb:

- **Fluxometria**
- **Urodinàmia**

Si signes de disrafisme o alteració neurològica associada: **RMN columna**.
Si sospita de patologia nefro-urològica (implantació urèter ectòpic): **CUMs**.

TRACTAMENT

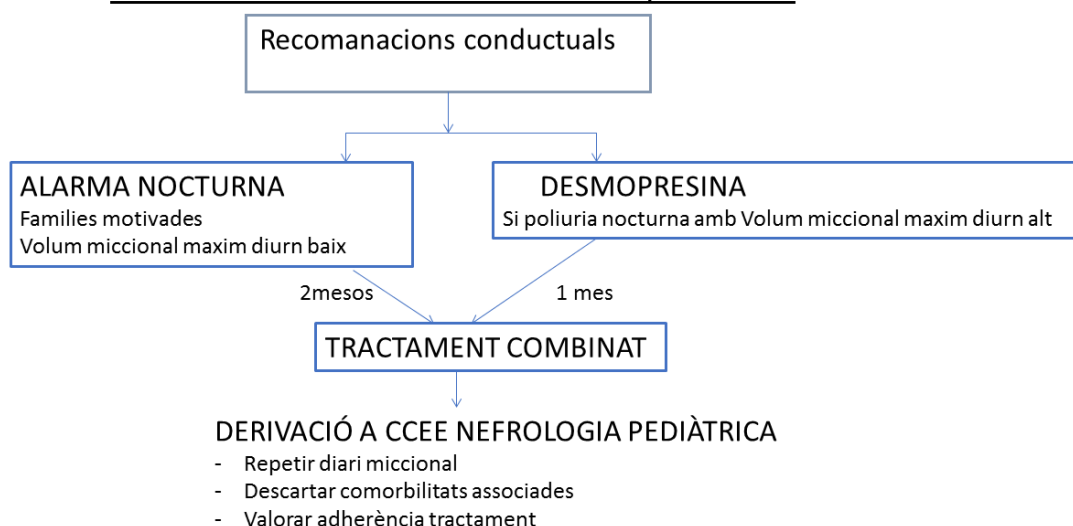
INCONTINÈNCIA URINÀRIA

- **Tractament conservador:**
 - **Pautes d'uroteràpia:** afavorir hàbit miccional adequat c/2-3h, postures miccionals correctes, doble micció (afavorir buidatge complet).
 - **Tractament del restrenyiment** (pautes dietètiques i d'hidratació +/- laxants).
 - **Evitar consum de begudes estimulants**
- **Tractament mèdic:**
 - **Anticol·linèrgics (Oxibutinina, Tolterodina, Solifenacina):** en les bufetes hiperactives en les que fracasa el tractament conservador.
 - **Alfa-bloquejants (Tamsulosina, Terazosina):** indicats si hi ha disfunció del buidatge quan fracassen les pautes conservadores i el biofeedback i com alternativa al cateterisme vesical.

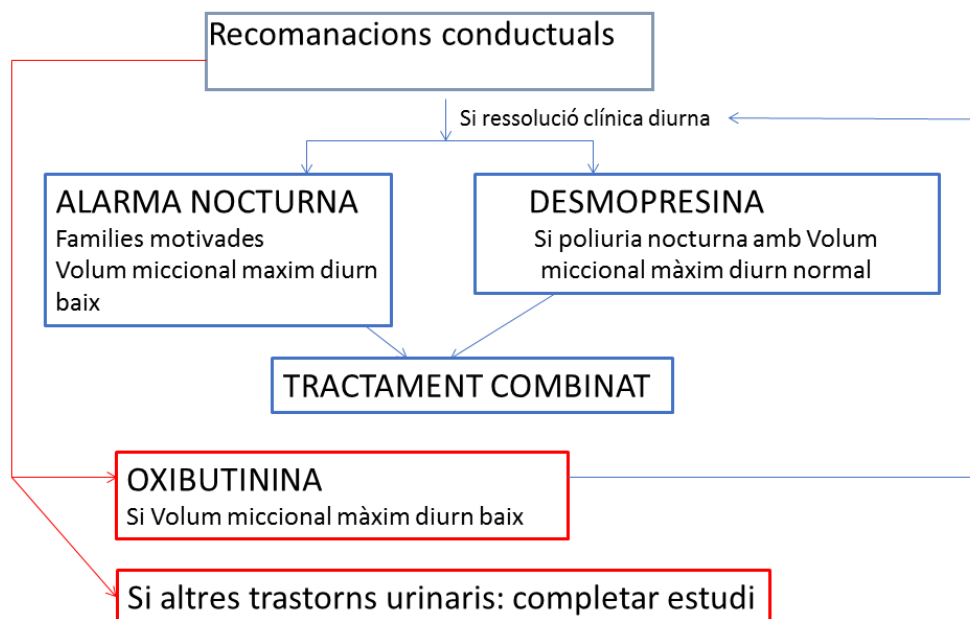
ENURESIS

- **Tractament conservador:**
 - **Pautes d'uroteràpia:** afavorir hàbit miccional adequat c/2-3h, postures miccionals correctes, doble micció (afavorir buidatge complet).
 - **Tractament del restrenyiment**
 - **Restricció hídrica nocturna**
- **Alarma nocturna:** de primera elecció en nens i famílies motivades.
- **Tractament farmacològic:**
 - **Desmopresina (Minurin 120mcg flash):** indicada en els nens amb poliúria nocturna associada.
 - **Oxibutinina:** en les enuresis no monosimptomàtiques com a tractament de suport a l'alarma o desmopresina.

Resum tractament Enuresi monosimptomàtica:



Resum tractament Enuresi NO monosimptomàtica:



CRITÈRIS DERIVACIÓ NIVELL 3

Incontinències que no responen al tractament conservador ni tractament mèdic habitual, per tal de valorar altres tractaments més específics:

- **Biofeedback:** de primera elecció en la micció obstructiva funcional i incontinència del riure i en el cas de bufeta hiperactiva si no resposta a uroteràpia estàndard i tractament mèdic de primera línia.
- **Sondatge vesical intermitent:** en bufetes hipoactives.
- **Injecció de toxina botulínica:** en bufetes hiperactives que no han respost a tractament mèdic de primera línia ni reeducació per Biofeedback o en les disinèrgies vesicoesfinterianes.

NIVELL 2.7 NEUROLOGIA

PATOLOGIES A TRACTAR:

- Incontinència urinària per bufeta hiperactiva en pacient amb sospita de bufeta neurògena no inhibida per patologia cerebral (malalties vasculars cerebrals, hidrocefàlia, etc)
- Incontinència-retenció urinària en sospita de bufeta neurògena reflexe amb disinèrgia de contracció del detrusor i relaxació esfínter per lesions de tronc cerebral i medul·lars altes.
- Incontinència urinària hipoactiva en pacient amb sospita de bufeta neurògena autònoma (detrusor i esfínter hipoactius) en lesions medul·lars sacres i perifèriques (isquèmia conus medul·lar, tumors, malformacions, neuropatia diabètica, amiloide, AMS (parkinsonismes)

PROCEDIMENT

1. DERIVACIÓ DES DE:

- Nivell 2.2: Ginecologia, Urologia, Rehabilitació

2. PRIMERA VISITA CONSULTA EXTERNA :

➤ **Visita presencial:**

- Valoració resultat urodinàmia.
- Anamnesi
- Exploració neurològica dirigida en funció de resultats urodinàmia (hiperactiva buscant patologia cerebral o medul·lar alta, i hipoactiva valorant lesió medul·lar baixa i perifèrica)...
- Orientació diagnòstica
- Sol·licitud de proves complementàries:
 - RMN segons sospita topografia lesional
 - Estudi neurofisiològic (pudendo-pelvic i EMG) en bufeta hipoactiva amb sospita de patologia perifèrica

TRACTAMENT

INCONTINÈNCIA URINÀRIA

- Hiperactivitat del detrusor: anticolínegics (oxibutinina, tolterodina, bromur de propantelina..), antagonistes del calci, micció reflexe freqüent...
- Disinergia: alfa bloquejants (doxazosina, fenoxibenzamina,..), esfinterotomia, toxina botulínica, sondatge intermitent o permanent.

Hipotonia detrusor: maniobra Credé, colínèrgics (betanecol), col·lector extern, sondatge

7. CRITERIS D'AVUACIÓ

Per tal de fer l'avaluació del protocol, es demanarà un llistat a Planificació i sistemes d'informació, d'històries clíniques de l'últim any, amb els diagnòstics principals de: (segons codis CIM-10)

Incontinència urinària codis: N393, N3941, N3944, N3945, N3946, N39490, N39491, N39492, N39498

Prolapse d'òrgans pelvians codis: N8111, N8112, N8110, N812, N813, N815, N816, N8181, N8185, N8189, N8181, N819, N814, N8110, N810

Incontinència fecal codis: K623, R159

D'aquest llistat se'n revisaran 40 seleccionades aleatòriament i la recollida de dades es farà seguint el format establert en el full de registre d'avaluació, annex 8

Per valorar l'acompliment del protocol, es tindran en compte els següents paràmetres: els que s'especifiquen al full de registre d'avaluació, annex 8

Per a un bon acompliment del protocol, cal revisar tots els ítems i que els mesurables estiguin dins de l'interval en el $75\% \pm 5\%$ dels casos revisats

8. INFORMACIÓ QUE CAL DONAR ALS PACIENTS / FAMILIARS

La patologia del Sòl pelvià és una patologia que afecta la qualitat de vida. És molt important transmetre a les/els pacients aquesta informació, i objectivar l'afectació de manera individualitzada, mitjançant una bona anamnesi, l'escolta del/la pacient i utilitzant qüestionaris validats.

Cal informar que per establir un bon diagnòstic són necessàries una sèrie d'exploracions físiques i proves complementàries, que ens ajudaran a fer un bon diagnòstic i a poder oferir un tractament adequat i individualitzat per a cada pacient. S'informarà que comptem amb un Comitè de patologia de sòl pelvià on s'analitzen els casos complexos o que requereixen atenció multidisciplinar.

La prevenció primària és de cabdal importància en evitar l'aparició i/o evolució de la patologia del Sòl Pelvià. Farem èmfasi en aquest punt i així ho transmetrem als pacients.

Disposem de fulls informatius per a pacients que s'entreguen en el post-operatori de les patologies d'incontinència urinària i prolapse d'òrgans pelvians. (veure annex 2)

9. ASPECTES DE SEGURETAT DEL PACIENT QUE CAL TENIR EN COMPTE EN EL PROTOCOL

Aspectes rellevants per evitar esdeveniments que poden afectar a la seguretat del pacient.

Per exemple:

- Identificació pacient
- Revisió historial pacient (preanestèsia)
- Xec-list quirúrgic
- Higiene zona
- Profilaxi antibiòtica (en cirurgia, en l'ús de malles i en exploracions diagnòstiques invasives com l'urodinàmia complexa o la cistoscòpia)
- Traçabilitat instrumental quirúrgica (malles)

10. IMPACTE DE LA IMPLANTACIÓ DEL PROTOCOL

IMPACTE ORGANITZATIU

En el projecte d'Unitat Multidisciplinar del Sòl pelvià es suggereix un model organitzatiu basat en la bona coordinació entre diferents nivells assistencials i entre les diferents especialitats, posant el pacient en el centre, optimitzant les visites mèdiques simultànies amb la prova complementària (per ex. Urodinàmia + visita mèdica i Ecografia Sòl Pelvià + Visita mèdica) amb l'objectiu de reduir desplaçaments dels pacients al centre i optimitzar i millorar així l'atenció mèdica. També es contempla l'incorporació de la figura d'infermera de pràctica clínica avançada a la Unitat.

És de vital importància mantenir la regularitat en els Comitès de Sòl Pelvià de caràcter mensual, que ja s'està portant a terme des del juny 2019, i que es tradueix en una millora de la qualitat assistencial.

IMPACTE ECONÒMIC

Per part de ginecologia actualment s'estan realitzant urodinàmies simples a les consultes de ginecologia de Sòl Pelvià (un total de 32/any 2021 i 51/any 2022) i ecografies de Sòl pelvià implementades des de mitjans del 2021 que estan incloses dins l'agenda d'ecografies gineco-obstètriques, amb una cadència quinzenal (un total de 98/any 2021)

Hi ha la previsió d'internalitzar les urodinàmies complexes i les manometries que fins ara es fan de forma externa, l'any 2021 es van sol·licitar 281 urodinàmies (171 urologia i 110 ginecologia). Respecte les manometries, actualment se n'estan sol·licitant unes 65-70/any.

A nivell quirúrgic s'utilitzen malles transobrturadores per la IUE i malla de colposacropèxia, com a material d'implant.

Per part de rehabilitació:

- Recurs mèdic: primera visita de 45 minuts i visites successives de 30 minuts per avaluació clínica inicial i evolutiva registrant paràmetres objectius en la resposta al tractament.
- Recurs fisioteràpic: sessions individuals de 30 minuts amb un màxim de 15 sessions per pacient. Sessions grupals fins a 8 pacients per grup, de 30 minuts amb un màxim de 5 sessions.
- Recurs material:
 - o Aparell de BFB/EE per tractament en centre HSC i HSJM. Aparell de BFB per avaluació.
 - o Electrodes vaginals i rectals d'ús únic per pacient.
 - o Aparells d'electroteràpia (tecarteràpia, TENS, electroestimulació, neuromodulació, ones de xoc)
 - o Ecògraf amb sonda lineal i convex

11. DIFUSIÓ PREVISTA DEL PROTOCOL

- Difusió a tots els professionals a través de pissarra virtual
- La formació específica del personal mèdic es duu a terme dins de cada servei implicat en el protocol, a través de les sessions regulars respectives

12. BIBLIOGRAFIA

1. Martín Tuda, C, Carnero Fernández, MP. Prevalencia y factores asociados a incontinencia urinaria en el área de salud este de Valladolid. *Enfermería Global*. 2019; 19 (1); 390-412. DOI:<https://doi.org/10.6018/eglobal.19.1.368611>.
2. Rodríguez Ruiz M, Méndez Gallart R, García Mérida M, Somoza Argibay I. Influencia del estreñimiento en la enuresis monosintomática y en el síndrome enurético. *Anales de Pediatría* Aug 2021; 95 (2): 108-15.
3. Franco de Castro A, Peri Cusí L, Alcaraz Asensio A. Incontinencia urinaria. Servicio de Urología, ICNU, HCPB. AEU. Recuperado de [https://www.aeu.es/UserFiles/IncontinenciaUrinariaInterna_rev\(1\).pdf](https://www.aeu.es/UserFiles/IncontinenciaUrinariaInterna_rev(1).pdf)
4. Plumed Tejero M, De Jorge Martínez R, Boira Muñoz E, Rivas Cantín J, García Bruñen JM, Parra Olivar D, Royo Tolosana P. La Incontinencia urinaria en Atención Primaria. *Revista Electrónica de Portales Medicos.com*; 16 (8), Abr 2021 425. Recuperado de <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/la-incontinencia-urinaria-en-atencion-primaria/>.
5. De Miguel Valencia MJ. (2020). Resultados a largo plazo funcionales, de calidad de vida y evaluación económica del tratamiento de la incontinencia fecal con neuroestimulación de raíces sacres. Tesis Doctoral, Universidad Pública de Navarra. Departamento de Ciencias de la Salud. Repositorio Institucional Tesis Doctorales DCS - Universidad Pública de Navarra.
6. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Prolapso de los órganos pélvicos. *Prog Obstet Ginecol* 2020;63(1):54-59. DOI: 10.20960/j.pog.00262
7. Martínez Peromingo J, Rodríguez Couso M, Jiménez Jiménez MP, Yela Martínez G. (2006). Tratado de Geriatria para residentes. Estreñimiento e incontinencia fecal. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Recuperado de: <https://www.segg.es/tratadogeriatra/main.html>.
8. Walnsteln C, Quera R, Quljada MI. Incontinencia fecal en el adulto: Un desafío permanente. *Rev Med Clín Condes*. 2013;24(2):249-61.
9. Francisco Nohales Alfonso, Mar Muñoz Muñiz, Celia Bauset Castelló, Irene Díez Itza, Jordi Cassadó Garriga, Alicia Martín Martínez, Eloy Muñoz Galligo y Elisa López-Herrero Pérez. Dolor pélvico crónico en la mujer: definición, clasificación, terminología y diagnóstico. Guía de asistencia de la sección de suelo pélvico de la SEGO, 2021.
10. Kajiwara M, Inoue K, Usui A, Kurihara M, Usui T. The micturition habits and prevalence of daytime urinary incontinence in Japanese primary school children. *J Urol*. 2004;171(1):403-7.
11. Guía aeped enuresis
12. Flandez J, Monroy H. Escalas de evaluación en incontinencia fecal. *Gastroenterol. latinoam* 2016; Vol 27, Nº 4: 226-230
13. De la Portilla F, Ramallo I, Maestre MV, et al. Validation of a Novel Fecal Incontinence Scale: The Rapid Assessment Fecal Incontinence Score (RAFIS). *J Clin Gastroenterol* . 2021 Feb 1;55(2):141-146. doi: 0.1097/MCG.0000000000001342.
14. Satish SC. Diagnosis and management of fecal incontinence. . Practice guideline- *American Journal of Gastroenterology*, 2004. ISSN 0002-9270
15. Paquette, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons' Clinical Practice Guideline for the Treatment of Fecal Incontinence. Practice parameters. *Dis Colon Rectum* 2015; 58: 623–636 DOI: 10.1097/DCR.0000000000000397 © The ASCRS 2015
16. Assmann SL, et al. Guideline for the diagnosis and treatment of Faecal Incontinence—A UEG/ESCP/ESNM/ESPCG collaboration. *UEG Journal* 18 March. 2022. <https://doi.org/10.1002/ueg2.12213>
17. Muñoz , et al. Circuito de alta resolución en el diagnóstico de la incontinencia fecal. Satisfacción de los pacientes. *Cir Esp* 2017, 95(5) 276-82
18. Haylen bt, et al. An international urogynecological association (iuga)/international continence society (ics) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. an international urogynecological association (iuga)/international continence society (ics) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction

13. ANNEXOS

ANNEX 1–INFORME ECOGRAFIA SÒL PELVIÀ

- Residu orina: cm³
- Lliscament uretral: mm.
- Embudització coll vesical: Sí / No
- Múscul elevador anus: íntegre / avulsióparcial / completa / dreta / esquerra
- Àrea HUG: cm²
- Elongaciócervical :Sí / No. S'observa un descens del fons uteri de mm en Valsalva.
- Prolapse anterior: mm per sota de vora inferior de pubis.
- Prolapse mig: mm per sota de vora inferior de pubis.
- Prolapse posterior: mm per sota de vora inferior de pubis.

Malla suburetral:

- Terç distal/mig/ proximal
- Distància a llum uretral: mm.
- Distància de pubis (vora inferoposterior) a sling: mm.
- Forma en repòs i valsalva: "C/C" = obstrucció; "plana/C" = curació; "plana/plana" = no curació.
- Simetria en els trajectes dels dos extrems de la malla

Complexe esfínter anal:

- Esfínter anal intern aparentment íntegre
- Esfínter anal extern aparentment íntegre

ANNEX 2–RECOMANACIONS POST-QUIRÚRGIQUES. FULLS INFORMATIUS

Cirurgia d'incontinència urinària

En què consisteix la intervenció?

La incontinència urinària és la pèrdua involuntària d'orina. La cirurgia d'incontinència urinària consisteix en col·locar una cinta sota la uretra per millorar el suport i la suspensió i renovar el mecanisme natural de contenció. Si es combina amb un bon postoperatori, els resultats solen ser molt satisfactoris.

Què heu de saber sobre el postoperatori?

La cirurgia d'incontinència urinària no requereix ingrés. Si no hi ha cap complicació podreu tornar a casa després d'unes hores d'observació. Heu de tenir present que:

- ✓ Abans de marxar us informaran de les pautes i tractament a seguir.
- ✓ Marxareu a casa amb una sonda vesical que caldrà retirar l'endemà i haureu de visitar l'hospital per fer un control. La infermera us indicarà com retirar-vos la sonda.
- ✓ Durant les primeres hores podeu notar somnolència, mareig, basques o molèsties. Cal acompanyament d'una persona durant 24h i seguir el tractament pel dolor.
- ✓ Durant les primeres 24h cal fer repòs relatiu, després podeu augmentar l'activitat.

Un cop a casa:

- ✓ Es recomana un període de convalescència de 4 a 6 setmanes abans de tornar a les activitats quotidianes. La durada dependrà de les característiques de cada pacient.
- ✓ Durant un mínim de 6 setmanes i fins que visiteu el ginecòleg, es recomana:
 - **NO** mantenir relacions sexuals, fer banys d'immersió o fer ús de tampons
 - **NO** fer esforços físics, aixecar pesos o practicar activitat esportiva
- ✓ Cal evitar el restrenyiment amb una dieta rica en fibra o fent ús de laxants.
- ✓ Eviteu tossir de manera intensa i freqüent (refredats, infeccions respiratòries...).
- ✓ Podeu pujar i baixar escales, però ho heu de fer a poc a poc.
- ✓ Podeu caminar a estones i diversos cops al dia, amb un augment progressiu.
- ✓ Es recomana utilitzar sabó d'higiene íntima.

És normal que tingueu els següents símptomes:

- ✓ Petit sagnat o secreció vaginal. Utilitzeu compreses higièniques.
- ✓ Molèsties a la zona operada (zona baixa de l'abdomen, engonal, vaginal).
- ✓ Molèsties o canvis en les sensacions quan orineu.
- ✓ Cansament.

Aquests símptomes desapareixen al cap d'uns dies després de la intervenció.

Heu d'anar a Urgències en cas que:

- ✓ La temperatura sigui superior a 37,5 °C.
- ✓ Noteu dolor que no cedeix amb analgèsia.
- ✓ Tingueu sagnat vaginal en quantitat superior a una menstruació.
- ✓ Noteu incapacitat per orinar.

Per al control de la recuperació, us visitarem a la consulta de sòl pelvià en 1 o 2 mesos.

Cirurgia de prolapse vaginal per via ambulatoria

En què consisteix la intervenció?

El prolapse vaginal és el descens d'òrgans pèlvics a conseqüència del relaxament dels seus mitjans de fixació. Per resoldre-ho, es fa una intervenció per via vaginal. Segons el tipus de prolapse, la cirurgia consistirà en l'extirpació de l'úter i/o la correcció del prolapse de la bufeta i/o del recte. El ginecòleg us explicarà els detalls del vostre cas en particular.

Què heu de saber sobre el postoperatori?

Aquesta cirurgia es realitza per Cirurgia Major Ambulatoria. Això significa que el mateix dia de la intervenció es donarà l'alta a domicili.

Un cop a casa:

- ✓ Es recomana un període de convalescència de 4 a 6 setmanes abans de reincorporar-vos a les vostres activitats quotidianes habituals. La durada dependrà de les característiques de cada pacient.
- ✓ Durant un mínim de 6 setmanes i fins que visiteu el ginecòleg, es recomana:
 - **NO** mantenir relacions sexuals, fer banys d'immersió o fer ús de tampons
 - **NO** fer esforços físics, aixecar pesos o practicar activitat esportiva
- ✓ Cal evitar el restrenyiment amb una dieta rica en fibra o fent ús de laxants.
- ✓ Eviteu tossir de manera intensa i freqüent (refredats, infeccions respiratòries...).
- ✓ Podeu pujar i baixar escales, però ho heu de fer a poc a poc.
- ✓ Podeu caminar a estones i diverses vegades al dia, i anar augmentant progressivament la durada i el nombre de vegades.
- ✓ Es recomana utilitzar sabó d'higiene íntima.

És normal que tingueu els següents símptomes:

- ✓ Petit sagnat o secreció vaginal. Utilitzeu compreses higièniques.
- ✓ Molèsties a la zona operada (zona baixa de l'abdomen, engonal, vaginal).
- ✓ Molèsties o canvis en les sensacions quan orineu.
- ✓ Cansament.

Aquests símptomes desapareixen al cap d'uns dies després de la intervenció.

Heu d'anar a Urgències en cas que:

- ✓ La temperatura sigui superior a 37,5 °C.
- ✓ Noteu dolor que no cedeix amb analgèsia.
- ✓ Tingueu sagnat vaginal en quantitat superior a una menstruació.
- ✓ Noteu incapacitat per orinar.

Per al control de la recuperació, us visitarem a la consulta de sòl pelvià en 1 o 2 mesos.

Cirurgia de prolapse vaginal

En què consisteix la intervenció?

El prolapse vaginal és el descens d'òrgans pèlvics a conseqüència del relaxament dels seus mitjans de fixació. Per resoldre-ho, es fa una intervenció per via vaginal. Segons el tipus de prolapse, la cirurgia consistirà en l'extirpació de l'úter i/o la correcció del prolapse de la bufeta i/o del recte. El ginecòleg us explicarà els detalls del vostre cas en particular.

Què heu de saber sobre el postoperatori?

Estareu ingressada un mínim de 48-72 hores en funció del tipus de cirurgia i de com evolucioni. Durant l'ingrés:

- ✓ Començareu una dieta líquida a partir de les 6 o 8 hores posteriors a la intervenció i s'anirà progressant fins a una dieta normal.
- ✓ Portareu un taponament vaginal i una sonda vesical les primeres 24-48 hores.

Un cop a casa:

- ✓ Es recomana un període de convalescència de 4 a 6 setmanes abans de reincorporar-vos a les vostres activitats quotidianes habituals. La durada dependrà de les característiques de cada pacient.
- ✓ Durant un mínim de 6 setmanes i fins que visiteu el ginecòleg, es recomana:
 - **NO** mantenir relacions sexuals, fer banys d'immersió o fer ús de tampons
 - **NO** fer esforços físics, aixecar pesos o practicar activitat esportiva
- ✓ Cal evitar el restrenyiment amb una dieta rica en fibra o fent ús de laxants.
- ✓ Eviteu tossir de manera intensa i freqüent (refredats, infeccions respiratòries...).
- ✓ Podeu pujar i baixar escales, però ho heu de fer a poc a poc.
- ✓ Podeu caminar a estones i diverses vegades al dia, i anar augmentant progressivament la durada i el nombre de vegades.
- ✓ Es recomana utilitzar sabó d'higiene íntima.

És normal que tingueu els següents símptomes:

- ✓ Petit sagnat o secreció vaginal. Utilitzeu compreses higièniques.
- ✓ Molèsties a la zona operada (zona baixa de l'abdomen, engonal, vaginal).
- ✓ Molèsties o canvis en les sensacions quan orineu.
- ✓ Cansament.

Aquests símptomes desapareixen al cap d'uns dies després de la intervenció.

Heu d'anar a Urgències en cas que:

- ✓ La temperatura sigui superior a 37,5 °C.
- ✓ Noteu dolor que no cedeix amb analgèsia.
- ✓ Tingueu sagnat vaginal en quantitat superior a una menstruació.
- ✓ Noteu incapacitat per orinar.

Per al control de la recuperació, us visitarem a la consulta de sòl pelvià en 1 o 2 mesos.

Cuestionario de Autoevaluación del Control de la Vejiga

Es usted: ☐ Hombre ☐ Mujer (Marque lo que proceda)

Por favor, anote EL NÚMERO APLICABLE a su caso en las casillas indicadas por las flechas, teniendo en cuenta lo siguiente:

EN ABSOLUTO= 0 UN POCO= 1 BASTANTE= 2 MUCHO= 3

SÍNTOMAS	MOLESTIA
☐ ← URGENCIA ¿Le resulta difícil retener la orina cuando siente la necesidad urgente de orinar? +	¿En qué medida le molesta? → ☐ +
☐ ← FRECUENCIA ¿Necesita ir al lavabo con demasiada frecuencia durante el día? +	¿En qué medida le molesta? → ☐ +
☐ ← NOCTURIA ¿Se despierta por la noche con la necesidad urgente de orinar? +	¿En qué medida le molesta? → ☐ +
☐ ← INCONTINENCIA ¿Tiene pérdidas de orina? +	¿En qué medida le molesta? → ☐ +

AHORA, SUME LAS PUNTUACIONES DE CADA COLUMNA E INTRODUZCA LOS RESULTADOS EN ESTAS CASILLAS

☐ ← Mi puntuación de "Síntomas" Mi puntuación de "Molestia" → ☐

Puntuación de "síntomas"	Esta puntuación de "síntomas" significa:	Puntuación de "molestia"	Esta puntuación de "molestia" significa:
0	Es usted afortunado/a y no tiene un problema urinario	0	No tiene molestias debido a problemas urinarios
1-3	Sus síntomas son leves	1-3	Sus síntomas le molestan ligeramente
4-6	Tiene síntomas moderados	4-6	Sus síntomas le molestan bastante
7-9	Tiene síntomas importantes	7-9	Sus síntomas son una molestia importante para usted
10-12	Tiene síntomas muy importantes	10-12	Sus síntomas son un problema grave para usted

Adaptado de Boiro et al. European Urology 2007; 52 : 230-238

Una puntuación del Cuestionario de Autoevaluación del Control de la Vejiga igual o superior a 6 es indicativo de sintomatología de Vejiga Hiperactiva. Si este es su caso, debería consultar a su médico.

Instrucciones para rellenar este Diario Miccional de 3 días

Nombre del paciente

Apellidos

Fecha

El Diario Miccional recoge adecuadamente sus síntomas y permite valorar a su médico y a usted la gravedad de su enfermedad y la mejora que obtiene con un tratamiento. Rellénelo durante 3 días con atención en el dorso de esta hoja, anotando:

- **HORA:** ponga la hora a la que orina o tiene una pérdida de orina (incluida toda la noche). Empezar a anotar cada día a partir de la hora a la que se levanta de la cama
- **VOLUMEN ORINADO:** indique la cantidad que orina, en mililitros (ml) o centímetros cúbicos (cc), medida con un vaso medidor
- **URGENCIA** para orinar: marque cuando sienta un deseo fuerte y repentino de orinar (imperioso), que no puede aguantar, usando la siguiente escala para clasificarla:

Clasificación de la urgencia en **grados de 0 a 4:**

0	No hay Urgencia	No siento necesidad imperiosa de orinar
1	Leve urgencia	Tengo ganas de orinar, pero puedo retrasar ir a orinar tanto como necesite, sin miedo a mojarme
2	Urgencia moderada	Puedo retrasar orinar un rato, sin miedo a mojarme
3	Urgencia severa	No puedo retrasar ir a orinar, debo ir rápido al aseo para no tener una pérdida de orina
4	Incontinencia por urgencia	Se me escapa la orina antes de llegar al aseo

- **ESCAPE DE ORINA** (PÉRDIDA INVOLUNTARIA, INCONTINENCIA) y tipo: indique si tiene escapes o pérdidas accidentales de orina, y si los escapes son:

Incontinencia de urgencia: el escape de orina se produce por un deseo fuerte y repentino de orinar.

Incontinencia de esfuerzo: pérdida de orina causado por cualquier esfuerzo (tos, coger peso,...), ejercicio (saltar, caminar deprisa,...)

o movimiento (levantarse,...). No se acompaña de urgencia.

- **MUDA:** apunte si se cambia de ropa interior, pañal, salvavip o compresa, por pérdida de orina

- **BEBIDA:** apunte la cantidad de líquido de cualquier tipo que tome (ml o cc)

- **NO OLVIDE PONER LA HORA A LA QUE SE ACUESTA Y A LA QUE SE LEVANTA**

EJEMPLO DE CÓMO RELLENAR EL DIARIO ➔

Día 1. Hora a la que se levanta de la cama..... **8:15** Hora a la que se acuesta..... **23:30**

HORA	VOLUMEN orinado (ml o cc)	URGENCIA su grado (0-4)	ESCAPE DE ORINA Tipo: por urgencia o con esfuerzos	MUDA De ropa, pañal, compresa	BEBIDA (ml o cc)
8:20	250	2	NO	Compresa	300
10:30	200	0	NO	NO	250
12:45					
15:30	150	4	si con urgencia	Ropa interior	300
18:30					
20:30	300	1	NO	NO	200
21:00					
22:00			si con esfuerzo	Salvaslip	
22:15	200	3	NO		225
3:00	175	4	si con urgencia	Ropa interior	
6:15	200	3	NO	NO	

* ©MA, Jiménez Cidre. Urólogo.

Dia 1 Hora a la que se levanta de la cama: Hora a la que se ajeueta: http://www.seu.es/PDF/DIAP10_HICCI0114_L_3_DIA5.PDF (último acceso: noviembre 2016) Autor: © T. A. Jiménez Cifre

HORA	VOLUMEN Orina (ml)	URGENTE Sangre (cc)	ESCAPE DE ORINA Per vagina o uretra (cc)	HIDA De repulsió, compres	IBIDA De repulsió, compres
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					

Dia 2 Hora a la que se levanta de la cama: Hora a la que se ajeueta:

HORA	VOLUMEN Orina (ml)	URGENTE Sangre (cc)	ESCAPE DE ORINA Per vagina o uretra (cc)	HIDA De repulsió, compres	IBIDA De repulsió, compres
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					

Dia 3 Hora a la que se levanta de la cama: Hora a la que se ajeueta:

HORA	VOLUMEN Orina (ml)	URGENTE Sangre (cc)	ESCAPE DE ORINA Per vagina o uretra (cc)	HIDA De repulsió, compres	IBIDA De repulsió, compres
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					

ANNEX 4–RECOMANACIONS PREVENCIÓ INCONTINÈNCIA. FULL PER PACIENTS

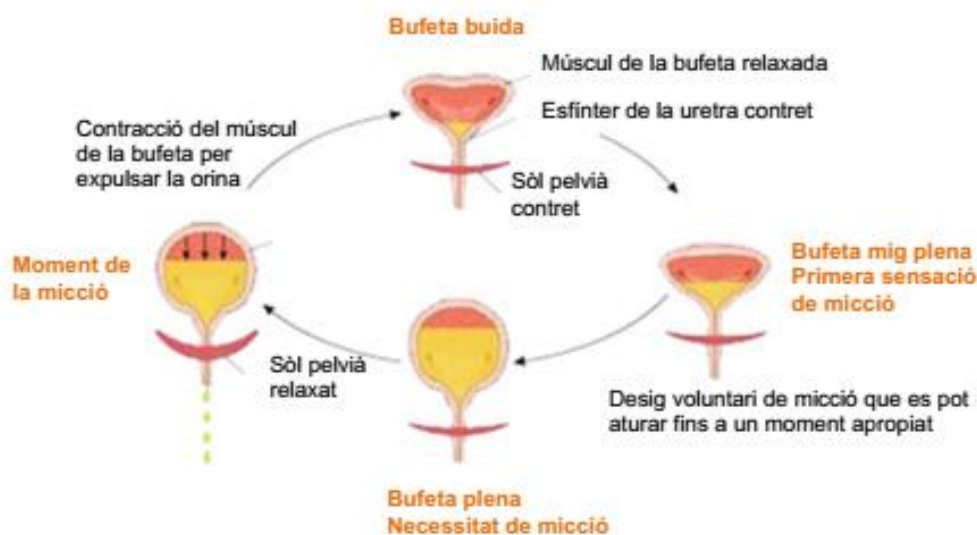
Pautes per prevenir la incontinència urinària

Què és la incontinència urinària?

La incontinència urinària és la pèrdua involuntària de l'orina. Passa quan, de sobte, tens la necessitat d'orinar i no pots retenir-ne la pèrdua mitjançant la contracció del sòl pelvià.



Com funciona la micció?



Hi ha principalment dos tipus d'incontinència urinària. Quines són?

- ✓ La **incontinència d'esforç** es produeix quan les pèrdues d'orina apareixen durant un esforç, ja sigui fent esport, esternudant, estossegant, rient, agafant pesos, etc.
- ✓ La **incontinència d'urgència** es dona quan apareix una necessitat urgent d'orinar però no som a temps d'arribar al lavabo.



Com puc prevenir la pèrdua d'orina?

A continuació t'oferim alguns consells que et poden ajudar a disminuir aquestes pèrdues involuntàries d'orina.

- ✓ **Vés al lavabo** cada dues o tres hores.
- ✓ **No forçis l'abdominal** per orinar o fer deposicions. Evita els exercicis de contracció del sòl pelvià durant la micció.
- ✓ **Evita el restrenyiment:**
 - Adopta una **postura correcta** durant les evacuacions. Si aixeques els genolls, ajudaràs a que el múscul puborectal alliberi el flux del colon.
 - **Beu entre 1,5 i 2 litres d'aigua al dia.** Una bona hidratació evita el restrenyiment i ajuda a mantenir un bon funcionament de l'aparell urinari i renal.
 - **Fes activitat física amb regularitat.** Camina regularment i estigues actiu.
- ✓ Procura **no ingerir begudes excitants** com el cafè, el té, l'alcohol o les begudes gasoses. Són estimulants vesicals que poden facilitar la incontinència urinària.
- ✓ **Evita beure líquids just abans d'anar a dormir.**
- ✓ Mantingues una **postura correcta** quan caminis o facis qualsevol activitat. T'ajudarà a tenir bé la bàscula pelviana i no forçaràs el sòl pelvià.
- ✓ Quan aixequis pes, riguis o tussis, **intenta contraure el sòl pelvià durant l'esforç**, com si aguantessis els gasos o tallessis la micció, i amaga la panxa.
- ✓ **Evita l'esport d'impacte** (córrer, saltar...), fer abdominals clàssics o aixecar pesos, sobretot si no tens del tot recuperada la musculatura abdominal.
- ✓ **Evita el sobrepès.**



Per què no he de fer esport d'impacte i haig d'evitar el sobrepès?

Tant l'esport d'impacte com el sobrepès augmenten la pressió abdominal i sobrecarreguen les estructures del sòl pelvià, facilitant o agreujant els símptomes d'incontinència.

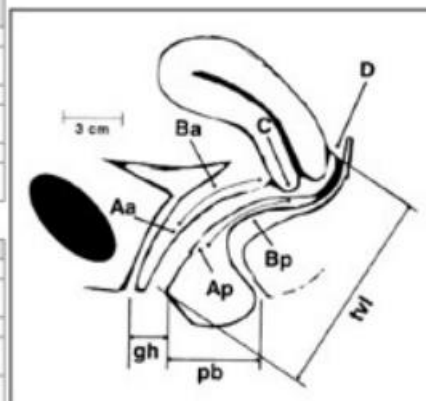


ANNEX 5- CLASSIFICACIÓ PROLAPSES D'ÒRGANS PÈLVICS

Clasificación ICS: *Pelvic Organ Prolapse Quantification* **POPQ**

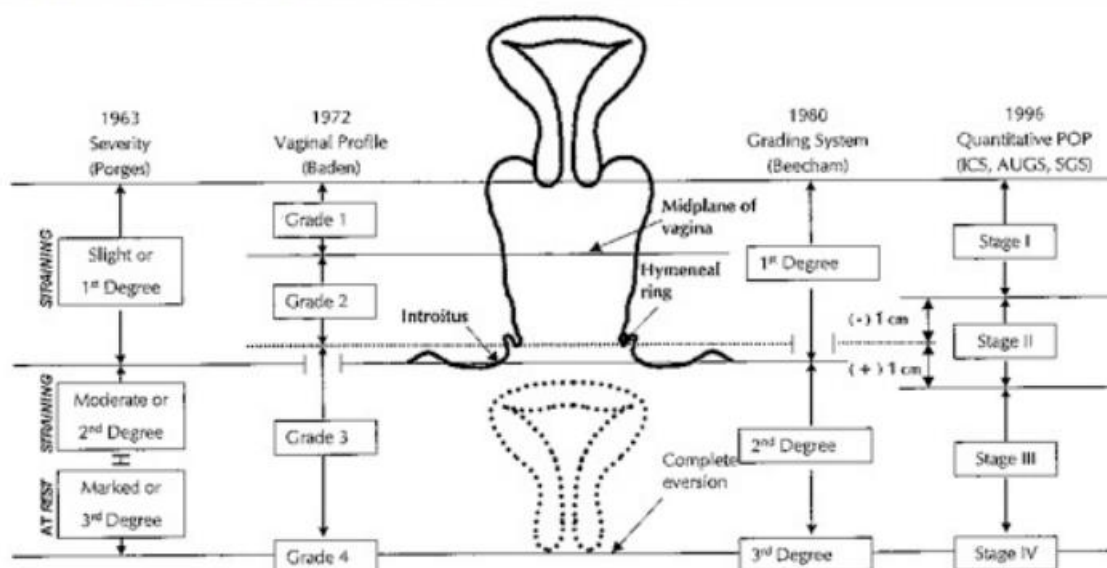
TABLA PARA REGISTRAR LAS MEDICIONES DEL PROLAPSO A PARTIR DE EXPLORACIONES PÉLVICAS CUANTITATIVAS		
Pared anterior	Pared anterior	Cérvix
Aa	Ba	C
Hiato genital	Cuerpo perineal	Longitud total de la vagina
hg	pb	tvI
Pared posterior	Pared posterior	Cúpula
Ap	Bp	D

ESTADIOS DE LA CLASIFICACIÓN POPQ	
GRADO	CLASIFICACIÓN
0	Sin prolapso. Aa, Ba, Ap y Bp tienen un valor de -3. C y D tienen un valor que va de -(Tvl) a -(Tvl-2).
I	La porción más distal del prolapso está a más de 1 cm por sobre el himen.
II	La porción más distal del prolapso está entre -1 y +1 cm con respecto al himen.
III	La porción más distal del prolapso está a menos de 2 cm sobre el largo vaginal total (LVT-2).
IV	Procedencia genital. La porción más distal está a más de 2 cm sobre el largo vaginal total (LVT-2).



CLASIFICACIÓN DEL AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGISTS	
GRADO	CLASIFICACIÓN
Primer Grado	Al deprimir el perineo, el prolapso, el prolapso se extiende hasta el centro de la vagina.
Segundo Grado	El prolapso se acerca al anillo himenal sin sobrepasarlo.
Tercer Grado	El prolapso se encuentra en el anillo himenal.
Cuarto Grado	El prolapso se extiende más allá del anillo himenal.

CLASIFICACIÓN DE BADEN-WALKER	
GRADO	CLASIFICACIÓN
0	Normal, sin prolapso.
I	El prolapso desciende entre la posición normal y la altura de las espinas isquiáticas.
II	El prolapso desciende entre las espinas isquiáticas y el introito.
III	El prolapso sobrepasa el introito.
IV	El prolapso sobrepasa el introito por completo.



ANNEX 6 – QUADRICULA POP-Q

Pared anterior Aa	Pared anterior Ba	Cuello uterino o cúpula vaginal C
Hiato genital gh	Cuerpo perinatal pb	Largo vaginal total tvl
Pared posterior Ap	Pared posterior Bp	Fórmix posterior D

ANNEX 7– FULL DE REGISTRE D'AVALUACIÓ DEL PROTOCOL

Dades del pacient (o etiqueta identificativa)

Nom icognoms

Núm. HC

EDAT

	Sí	No
1. Consta anamnesis detallada		
2. Consta puntuació qüestionaris validats (en cas que calgui)		
3. Consta orientació diagnòstica		
4. Consten Resultats proves complementaries		
5. Consta feedback pacient (grau satisfacció ...)		
6.-En visita post-quirúrgica, si és el cas, consta resultat		
	Sí	No NP

Acompleix el protocol?

Es considerarà un compliment correcte del protocol quan tots els ítems siguin positius.

OBSERVACIONS

Professional que
avalua

Data d'avaluació