

DOI: <https://doi.org/10.46296/gt.v8i16.0316>

FRONTERAS COMPARTIDAS: REVISIÓN INTERDISCIPLINARIA GINECO- UROLÓGICA SOBRE EL MANEJO INTEGRAL DE LA DISFUNCIÓN DEL PISO PÉLVICO FEMENINO

SHARED FRONTIERS: AN INTERDISCIPLINARY GYNECO-UROLOGICAL REVIEW ON THE COMPREHENSIVE MANAGEMENT OF FEMALE PELVIC FLOOR DYSFUNCTION

Arias-Gutiérrez Andrés Felipe ¹; Espinosa-González Isabella ²; Alvarez-Arias Yaleidy
Cristina ³; Montiel-Vásquez Linda Marcela ⁴; Rueda-Ospina Jose Alejandro ⁵;
Chaparro-Basto Jhonatan Humberto ⁶; Navarro-Perdomo Jose Gregorio ⁷;
Valencia-Rodríguez Natalia ⁸

¹ Universidad Surcolombiana de Neiva. Neiva, Colombia.

Correo: pipearias2000@hotmail.es. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0005-5789-4230>.

² Universidad Javeriana Cali. Cali, Colombia.

Correo: isaespinosa@javerianacali.edu.co. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0005-9490-643X>.

³ Universidad Metropolitana de Barranquilla. Barranquilla, Colombia. Correo:

alvarezarias cristina0909@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0000-1516-6917>.

⁴ Universidad del Sinú, Sede Montería. Montería, Colombia.

Correo: lindamontielv12@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0003-0382-112X>.

⁵ Universidad Libre De Colombia - Seccional Cali. Cali, Colombia.

Correo: josealejandros pina@hotmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0008-1297-3551>.

⁶ Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

Correo: jhonatan.chaparro@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0003-3920-0966>.

⁷ Universidad de Pamplona. Cúcuta, Colombia.

Correo: jose.navarro@unipamplona.edu.co. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0005-3612-7446>.

⁸ Universidad Libre - Seccional Cali. Cali, Colombia.

Correo: nivalenciar@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0008-6194-348X>.

Resumen

La disfunción del piso pélvico femenino, que incluye afecciones como la incontinencia urinaria y el prolapso de órganos pélvicos, es común en mujeres posparto y posmenopáusicas, afectando su calidad de vida y función sexual. Una evaluación adecuada combina el examen clínico con técnicas de imagen (ultrasonido dinámico y resonancia magnética), las cuales aportan información anatómica y funcional complementaria. El tratamiento inicial es conservador, basado en ejercicios del piso pélvico (ejercicios de Kegel) como primera línea; a menudo se potencia con biofeedback o guía por imágenes para mejorar la activación muscular y reducir la incontinencia. Las intervenciones quirúrgicas, como las cintas suburetrales para la incontinencia de esfuerzo y las cirugías de corrección de prolapso, logran altas tasas de éxito funcional cuando están bien indicadas. La colaboración interdisciplinaria entre ginecología y urología (uroginecología) resulta fundamental para un abordaje integral que contemple simultáneamente la continencia urinaria, el soporte de los órganos pélvicos y la satisfacción sexual de las pacientes. La evidencia reciente respalda que un manejo uroginecológico integrado optimiza la recuperación funcional y la calidad de vida, resaltando la importancia de los equipos multidisciplinares en la atención de estos trastornos.

Información del manuscrito:

Fecha de recepción: 20 de septiembre de 2025.

Fecha de aceptación: 15 de noviembre de 2025.

Fecha de publicación: 15 de diciembre de 2025.



Palabras claves: Incontinencia urinaria; Prolapso pélvico; Rehabilitación del piso pélvico; Uroginecología; Biofeedback.

Abstract

Female pelvic floor dysfunction, including conditions such as urinary incontinence and organ prolapse, is common in postpartum and postmenopausal women, affecting their quality of life and sexual function. Proper evaluation combines clinical examination with imaging techniques (dynamic ultrasound and magnetic resonance imaging), which provide complementary anatomic and functional information. Initial treatment is conservative, centered on pelvic floor muscle exercises (Kegel exercises) as first-line therapy; this is often enhanced with biofeedback or imaging guidance to improve muscle activation and reduce incontinence. Surgical interventions, such as mid-urethral slings for stress incontinence and prolapse repair surgeries, achieve high functional success rates when appropriately indicated. Interdisciplinary collaboration between gynecology and urology (urogynecology) is essential for a comprehensive approach addressing urinary continence, pelvic organ support, and patients' sexual satisfaction. Current evidence supports that an integrated urogynecological management optimizes functional recovery and quality of life, underscoring the importance of multidisciplinary teams in the care of these disorders.

Keywords: Urinary incontinence; Pelvic organ prolapse; Pelvic floor rehabilitation; Urogynecology; Biofeedback.

1. Introducción

La disfunción del piso pélvico femenino (DPP) abarca un espectro de trastornos —como la incontinencia urinaria (IU), el prolapso de órganos pélvicos y la incontinencia fecal— que afectan a una proporción sustancial de mujeres a lo largo de la vida (17). Estudios epidemiológicos indican que la IU por sí sola afecta a más de 200 millones de personas en el mundo, con una prevalencia aproximadamente el doble de alta en mujeres que en hombres (1). Estas condiciones impactan negativamente la calidad de vida, incluyendo la esfera social y sexual de las pacientes (1). Por ejemplo, en

el periodo posparto inmediato, hasta un tercio de las mujeres presenta algún grado de IU (13), y cerca de la mitad experimenta disfunción sexual (p. ej., dolor con las relaciones o disminución del deseo) tras el parto (6). Más adelante en la vida, durante la transición posmenopáusica, la deficiencia estrogénica contribuye a cambios atróficos urogenitales y debilitamiento del soporte pélvico, favoreciendo la aparición de prolapsos e incontinencia (18).

Históricamente, el manejo de estos trastornos ha estado compartido entre dos disciplinas: la ginecología (particularmente a través de la uroginecología) y la urología. Cada especialidad aporta perspectivas

complementarias sobre un mismo territorio anatómico y funcional. En décadas pasadas hubo incluso disputas de “territorio”, pero en la actualidad se reconoce ampliamente que ninguna por sí sola abarca plenamente la complejidad de la DPP; por el contrario, se necesitan mutuamente para lograr avances en la atención, investigación y formación profesional (17). De hecho, en 2011 se oficializó en Norteamérica la subespecialidad conjunta de Medicina Pélvica Femenina y Cirugía Reconstructiva (Female Pelvic Medicine and Reconstructive Surgery), acreditando a especialistas tanto de urología como de ginecología, reflejando la convergencia de ambas ramas en un abordaje integral de estas patologías (17).

El objetivo de esta revisión es examinar las fronteras compartidas entre urología y ginecología en el diagnóstico y tratamiento de la disfunción del piso pélvico femenino. Se abordan los puntos de convergencia en: (1) la evaluación diagnóstica, enfatizando el papel de técnicas de imagen modernas (ultrasonido transperineal y

resonancia magnética dinámica) en complemento al examen clínico; (2) las estrategias terapéuticas conservadoras (ejercicio muscular, fisioterapia, biofeedback) frente a las quirúrgicas, según la perspectiva de cada especialidad y la evidencia disponible; y (3) la importancia de un abordaje interdisciplinario uroginecológico que integre aspectos funcionales (continencia urinaria, soporte anatómico) con resultados centrados en la paciente, como la satisfacción sexual y la calidad de vida.

2. Desarrollo

Evaluación diagnóstica: clínica e imagenológica del piso pélvico

La valoración integral del piso pélvico femenino comienza con una detallada historia clínica y examen físico ginecológico/urológico. Las escalas de síntomas y cuestionarios de calidad de vida específicos (como ICIQ-SF para incontinencia o PFIQ-7/PFDI-20 para disfunciones pélvicas) ayudan a objetivar el impacto. En la exploración, se evalúa el tono del músculo elevador del ano y se realiza la maniobra de Valsalva

para objetivar prolapsos, usualmente cuantificados mediante el sistema POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification). Adicionalmente, pruebas como el *test* de esfuerzo con vejiga llena (stress test) y la prueba del hisopo ayudan a valorar la hipermovilidad uretral en casos de IU de esfuerzo. Sin embargo, la exploración física tiene limitaciones para apreciar estructuras musculares y fasciales profundas.

En los últimos años, las técnicas de **imagen dinámica** se han incorporado como complemento diagnóstico importante, aportando visualización “en tiempo real” de los compartimentos pélvicos. La **ecografía transperineal** (o translabial) es particularmente accesible y útil: es no invasiva, de bajo costo y puede realizarse con la paciente realizando maniobras de Valsalva o contracción perineal en consulta. Estudios recientes muestran que la ecografía dinámica del piso pélvico, combinada con el examen vaginal, logra resultados excelentes en la evaluación de los prolapsos de los compartimentos anterior y posterior, con alta correlación respecto a métodos más complejos (8). De hecho, el uso de la

ecografía perineal ha aumentado en la última década como herramienta diagnóstica en uro-ginecología, superando en parte a modalidades como la defecografía por fluoroscopia o incluso la resonancia magnética en la práctica clínica rutinaria (8). La ecografía permite medir parámetros como el descenso del cuello vesical, el ángulo uretrovesical y el área del hiato levatoriano durante Valsalva, proporcionando una evaluación objetiva del prolapso y la función muscular. Un hallazgo clínicamente relevante es la identificación de lesiones ocultas del músculo elevador del ano: se ha documentado mediante imagen que hasta ~20% de las primíparas presentan *defectos* (avulsiones) del elevador tras un parto vaginal instrumentado, lesiones que pueden no detectarse en el examen físico pero predisponen a prolapsos futuros (18). Estas alteraciones musculares se evidencian claramente con ecografía 3D/4D, lo cual refuerza su valor en la evaluación posparto de pacientes con traumatismo obstétrico.

La **resonancia magnética dinámica** de piso pélvico

(defecografía por RM) es otra modalidad que ofrece una visualización multiplanar de alta resolución de los tres compartimentos (anterior, medio y posterior) de forma simultánea. Permite identificar detalladamente defectos específicos de soporte (por ejemplo, distensión o desgarro del complejo fascial urogenital) y distinguir entre distintos tipos de prolapsos (como rectocele vs. enterocele) (18). Si bien la RM aporta información anatómica superior, su uso rutinario está generalmente reservado para casos complejos o de diagnóstico dudoso, debido a su menor disponibilidad, costo y falta de estandarización universal en la interpretación de hallazgos (18). En ausencia de guías consensuadas, la RM se emplea principalmente con fines de investigación o planificación preoperatoria selectiva. En la práctica, la ecografía perineal dinámica ha demostrado concordancia diagnóstica elevada con la RM para prolapsos significativos (grado $\geq$ II) (8), por lo que suele recomendarse como primera línea de imagen por su carácter no invasivo. La RM queda

indicada ante preguntas específicas (8), por ejemplo, sospecha de *enterocele* de fondo de saco, evaluación integral prequirúrgica en prolapsos multicompartimentales o para investigación de disfunciones anorectales concomitantes. Adicionalmente, la evaluación urodinámica funcional (presiones vesicales/uretrales, estudios de flujo-presión) forma parte del enfoque diagnóstico en entornos urológicos, sobre todo en casos de incontinencia urinaria compleja o cuando coexisten síntomas de vejiga hiperactiva. Estas pruebas complementarias ayudan a caracterizar la fisiopatología (p. ej., diferenciar incontinencia de esfuerzo genuina de inestabilidad detrusora) para guiar la elección terapéutica.

Un beneficio añadido de la imagenología en DPP es su capacidad no solo diagnóstica sino educativa/terapéutica. La visualización en tiempo real mediante ultrasonido puede emplearse como **biofeedback** durante la rehabilitación. Por ejemplo, mostrar a la paciente en pantalla el movimiento del cuello vesical o de la pared vaginal al contraer el piso pélvico le permite

“*ver dentro de su cuerpo*” y entender si ejecuta correctamente los ejercicios (1). Esto ha sido aprovechado en fisioterapia: algunos protocolos de entrenamiento incluyen ultrasonido transabdominal para retroalimentación visual, mejorando la activación muscular selectiva. En suma, la integración de técnicas de imagen en la evaluación del piso pélvico proporciona una caracterización más precisa de los defectos anatómicos y funcionales, guía la planificación terapéutica e incluso puede motivar y educar a las pacientes durante la rehabilitación, en sinergia con la valoración clínica tradicional.

Manejo conservador: rehabilitación uroginecológica del piso pélvico

El tratamiento de primera línea de la mayoría de disfunciones del piso pélvico es **conservador** y está centrado en la rehabilitación muscular y conductual. La evidencia respalda firmemente el uso de los **ejercicios de musculatura del piso pélvico** (PFMT, por sus siglas en inglés) como terapia inicial de la incontinencia urinaria en mujeres, ya que aumentan la fuerza y resistencia del elevador del ano, mejorando el

soporte uretral y la continencia (1). Varias revisiones sistemáticas y metaanálisis (incluyendo Cochrane) han confirmado que las mujeres que realizan PFMT presentan tasas significativamente mayores de curación o mejoría de la IU en comparación con ninguna intervención (14), con reducciones sustanciales en la frecuencia de escapes y un impacto positivo en su calidad de vida (1). Por ello, las guías clínicas internacionales recomiendan indicar ejercicios de Kegel supervisados durante al menos 3 meses como tratamiento inicial para la IU de esfuerzo y mixta (16). En el contexto obstétrico, un PFMT *temprano* (iniciado durante el embarazo o puerperio inmediato) puede incluso prevenir la aparición de incontinencia en el último trimestre y posparto temprano en mujeres previamente continentes (13). Se ha observado una menor incidencia de IU en el postparto entre quienes realizaron programas estructurados de ejercicios durante la gestación (13). Sin embargo, cuando la incontinencia ya está establecida después del parto, la efectividad del PFMT como tratamiento único es más variable (13), dependiendo de factores como

la severidad de la lesión obstétrica y la adherencia de la paciente. Aun así, dada su seguridad y bajos riesgos, la rehabilitación continúa siendo la piedra angular del manejo inicial en este periodo.

La correcta ejecución de los ejercicios de piso pélvico suele requerir de **educación y retroalimentación** para garantizar que la paciente identifique y contraiga los músculos adecuados (muchas mujeres al inicio realizan maniobras compensatorias incorrectas, como contraer glúteos o realizar Valsalva en vez de una contracción verdadera del elevador). En este sentido, las técnicas de **biofeedback (BF)** han cobrado popularidad como adjunto a la fisioterapia. El biofeedback utiliza dispositivos que convierten las señales fisiológicas del piso pélvico en información visual, auditiva o táctil para la paciente (por ejemplo, un gráfico en pantalla, un tono sonoro o la vibración de un dispositivo) (1). Existen diversas modalidades: BF mediante sensores perineales de presión, electromiografía superficial (electrodos vaginales/anales) o dispositivos de ultrasonido en tiempo

real, entre otros. El objetivo común es “guiar” a la paciente durante los ejercicios, confirmándole cuándo está contrayendo (y relajando) correctamente los músculos objetivo. De este modo se mejora la toma de conciencia corporal y la calidad del entrenamiento. Varios estudios han evaluado si añadir biofeedback al PFMT aumenta su eficacia. En general, la literatura muestra que tanto el PFMT solo como el PFMT asistido con BF producen mejoras significativas en la fuerza muscular, severidad de la incontinencia y calidad de vida (1). Algunos ensayos controlados han encontrado beneficios adicionales del BF en ciertos parámetros: una revisión sistemática reciente (1) reportó que alrededor de la mitad de los estudios incluidos mostraron una reducción de escapes más pronunciada y mayor fuerza muscular en el grupo con BF vs. ejercicios sin BF, aunque en la mayoría no se evidenciaron diferencias en las puntuaciones de calidad de vida entre ambos grupos. La evidencia sugiere entonces un efecto positivo pero modesto del biofeedback sobre los resultados clínicos del PFMT, con considerable

heterogeneidad entre estudios (1,15). En mujeres en posparto, específicamente, un análisis de 2023 no encontró aún base científica suficiente para afirmar que el uso rutinario de BF (ya sea supervisión adicional por fisioterapeuta o dispositivos) supere a las indicaciones estándar de ejercicio en la mejoría de la IU o la incontinencia anal postparto (4). En consecuencia, se requieren más estudios de alta calidad para delimitar qué subpoblaciones podrían beneficiarse más del BF y qué modalidades son óptimas. No obstante, dado que el BF es seguro y bien tolerado, puede considerarse en pacientes que presentan dificultad para aislar la contracción del piso pélvico o que no logran progreso con las indicaciones iniciales, ya que proporciona una valiosa guía kinestésica.

Otras modalidades conservadoras complementan la rehabilitación. Entre ellas, los **conos vaginales** (pesarios de peso graduado) permiten entrenar la musculatura mediante ejercicios de retención del dispositivo en la vagina; algunas mujeres encuentran esto útil para mejorar la propiocepción perineal.

La **electroestimulación**

neuromuscular con electrodos vaginales o superficiales puede emplearse en casos de piso pélvico muy débil, induciendo contracciones pasivas que facilitan posteriormente el ejercicio voluntario. Intervenciones conductuales, como la reeducación vesical (entrenamiento de los intervalos miccionales) y modificaciones de estilo de vida (pérdida de peso en mujeres con obesidad, manejo del estreñimiento crónico, etc.), son asimismo pilares del manejo conservador integrativo. En pacientes posmenopáusicas con atrofia urogenital, la aplicación de **estrógenos tópicos** (vía crema vaginal u óvulos) mejora el trofismo de la mucosa uretral y vaginal, reduciendo la irritabilidad vesical y las fugas asociadas a atrofia; por ello suele indicarse concomitantemente con la fisioterapia en esta población, dado su perfil de seguridad y beneficio localizado. Para el prolapso de órganos pélvicos, una alternativa conservadora clásica son los **pesarios vaginales** de soporte: dispositivos de silicona de diversos formatos (anillos, cubos, etc.) que se colocan en la vagina para sostener mecánicamente los órganos prolapsados. El pesario bien adaptado puede aliviar los síntomas

de presión pélvica y bulging vaginal en prolapsos moderados, evitando o posponiendo la necesidad de cirugía (16). Su manejo suele estar a cargo de ginecología; requiere controles periódicos para limpieza y vigilancia de la mucosa vaginal, pero en mujeres seleccionadas (por ejemplo, con alto riesgo quirúrgico o que desean fertilidad futura) es un recurso muy útil dentro del manejo integral. Las guías actuales recomiendan ofrecer tanto la opción de PFMT como la de pesario en pacientes con prolapsos de grado II-III antes de considerar la vía quirúrgica (16).

Un aspecto importante a destacar del manejo conservador es su impacto en la **función sexual**. La debilitación del piso pélvico puede asociarse con disfunciones sexuales en la mujer, como disminución de la sensibilidad vaginal, dispareunia e incapacidad de alcanzar el orgasmo, además de la angustia por posibles escapes urinarios durante el coito. El entrenamiento muscular tiene el potencial de mejorar varios de estos aspectos. Se ha observado que los programas de ejercicios pélvicos fortalecen la contractilidad vaginal y

el flujo sanguíneo perineal, lo cual puede traducirse en mayor satisfacción sexual. En un ensayo clínico, las mujeres con incontinencia que realizaron PFMT mostraron mejorías significativas en el deseo, la excitación y la capacidad orgásmica tras 3 meses de tratamiento (5). Aquellas con disfunción sexual inicial parecen obtener el mayor beneficio en términos de mejora en puntuaciones de función sexual (5). Además, la ganancia de continencia y confianza derivada de la rehabilitación contribuye psicológicamente a disminuir la ansiedad sexual. Por otro lado, la incorporación de dispositivos como los conos vaginales (que la paciente debe mantener en vagina mediante contracción) no solo fortalece el piso pélvico sino que también puede aumentar la percepción de la propia contracción, algo que ha sido vinculado con mejoría en parámetros sexuales (lubricación, sensación durante el coito, etc.). En suma, las terapias conservadoras – principalmente los ejercicios de Kegel, con o sin biofeedback– no solo son efectivas para la continencia urinaria sino que también ofrecen un enfoque

terapéutico no invasivo para mejorar la función sexual y la calidad de vida íntima de las pacientes con DPP. Este efecto dual refuerza la importancia de implementar y persistir con la rehabilitación, aún cuando se planifique eventualmente un tratamiento definitivo más invasivo, ya que el acondicionamiento del piso pélvico optimiza las condiciones para cualquier intervención posterior y provee beneficios funcionales amplios.

Manejo quirúrgico: perspectivas ginecológica y urológica

Cuando las medidas conservadoras resultan insuficientes o el grado de disfunción es severo, se recurre al **tratamiento quirúrgico**. Las cirugías uroginecológicas han avanzado notablemente, incorporando técnicas menos invasivas y materiales protésicos para restaurar la continencia y el soporte pélvico. Si bien tanto urólogos como ginecólogos realizan estos procedimientos, históricamente cada especialidad aportó enfoques que hoy se han unificado bajo la práctica de la uroginecología.

Para la **incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE)** femenina, el tratamiento quirúrgico de elección en la última década es la **colocación de cabestrillos mediouretrales** (*mid-urethral slings* o MUS) (11). Este procedimiento consiste en implantar una cinta sintética (polipropileno) bajo la uretra media, a modo de “hamaca” de soporte, lo que otorga suspensión al cuello vesical y mejora su coaptación ante los esfuerzos. Existen dos variantes principales: vía retropúbica (TVT) y vía transobturatriz (TOT), con resultados comparables. Las MUS han revolucionado el manejo de la IUE por su alta efectividad, perfil mínimamente invasivo (anestesia local o regional, incisión vaginal pequeña) y rápida recuperación. En alrededor del 80–90% de las pacientes se logra continencia objetiva y/o subjetiva al año de la cirugía (11), tasas de curación superiores a las de técnicas previas como la colposuspensión de Burch o las cintas pubouretrales de material autólogo. De hecho, las MUS se consideran actualmente el “estándar de oro” en el tratamiento quirúrgico de la IUE (11). Un meta-análisis de la Cochrane reportó que las pacientes con sling mediouretral tienen ~8

veces más probabilidad de reportar curación de la IUE en comparación con manejo no quirúrgico (14). A largo plazo, mantienen una eficacia elevada: seguimientos a 10–15 años muestran continencia preservada en 70–80% de las mujeres, aunque con necesidad ocasional de pequeñas reintervenciones (p. ej., aflojamiento o ajuste del sling, o muy raramente, un segundo sling si recidiva). Es importante mencionar que, si bien infrecuentes, existen **complicaciones** potenciales asociadas a las MUS que deben ser comunicadas. Entre ellas se incluyen la erosión o exposición de la malla en vagina (en ~1-2% de los casos), lesiones vesicales o uretrales intraoperatorias (minoría, generalmente detectadas y reparadas al momento), urgencia urinaria de novo, e hipercorrección causando retención urinaria temporal. La mayoría de estas complicaciones son manejables y la tasa de efectos adversos serios es baja, por lo que distintos paneles de expertos continúan respaldando su uso, enfatizando una adecuada selección de paciente y técnica operatoria refinada (11). En 2018-2019, a raíz de la preocupación

pública por complicaciones de las mallas transvaginales para prolapso, algunas agencias reguladoras recomendaron mayor vigilancia en cirugías con mallas sintéticas (16). Sin embargo, los datos acumulados sostienen que las MUS presentan un perfil de seguridad aceptable y beneficio riesgo favorable en IUE, muy distinto de las mallas de prolapso que se retiraron del mercado. De hecho, revisiones de largo plazo indican bajas tasas de reoperación tras MUS (p. ej., ~2–3% a 5 años) principalmente para liberar tensiones o tratar erosiones leves. En caso de contraindicaciones para usar material protésico (por ejemplo, paciente con reacción previa a polipropileno) o ante IUE compleja (como fallo de sling previo o hipermovilidad uretral extrema), aún se utilizan cirugías alternativas: la **colposuspensión retropúbica** (clásica técnica de Burch) o los **cabestrillos de fascia autóloga** (usando tejido de la propia paciente, generalmente fascia del muslo o rectoabdominal). Estas técnicas logran también tasas altas de curación, aunque con recuperación más prolongada y mayor morbilidad que las MUS, por lo que han

quedado relegadas a situaciones especiales o a cirujanos con experiencia particular. Otra opción mínimamente invasiva para IUE leve es la **inyección de agentes bulking** (sustancias de relleno) en la submucosa uretral, para aumentar la coaptación; no obstante, su eficacia es inferior y típicamente temporal, por lo que se reserva a pacientes que no pueden o no desean someterse a cirugías mayores.

En cuanto al **prolapso de órganos pélvicos (POP)**, la corrección quirúrgica está indicada cuando el prolapso es sintomático y de grado moderado a severo (habitualmente estadios III–IV de POP-Q) o cuando fracasan las medidas conservadoras. El objetivo es restaurar la anatomía normal y aliviar síntomas de presión, protrusión vaginal y disfunción urinaria/intestinal asociada. Existen dos abordajes principales: **vía vaginal** (reconstrucción transvaginal) y **vía abdominal** (abierta o mínimamente invasiva laparoscópica/robótica). La elección depende de factores como el compartimento predominante prolapsado, deseo de preservar el útero, comorbilidades y experiencia

del cirujano. La *colporrafia anterior* (reparación de fascia pubocervical) para cistocele y la *colporrafia posterior* (reparación de fascia rectovaginal) para rectocele son las técnicas vaginales clásicas con tejidos nativos. Tienen la ventaja de ser procedimientos relativamente simples, sin materiales protésicos, y pueden combinarse con operaciones como la histerectomía vaginal si hay prolapso uterino. Sin embargo, presentan tasas de recurrencia de prolapsos del 20–30% a mediano plazo, especialmente en mujeres jóvenes o con múltiples compartimentos afectados. En prolapsos apicales (prolapso de cúpula vaginal post-histerectomía o útero prolapsado), la corrección vaginal estándar es la *sacroespinosofijación* (fijación de la cúpula vaginal a ligamento sacroespinoso) o la *colpocleisis* (cuando no se desea mantener la funcionalidad coital, cerrando parcial o totalmente la vagina).

Por otro lado, la cirugía por **vía abdominal** (tradicionalmente abierta, hoy frecuentemente laparoscópica o robótica) ofrece una reparación más anatómica del prolapso apical mediante la

sacrocolpopexia. En esta técnica, se emplea un injerto protésico de malla para suspender la cúpula vaginal (o el cuello uterino, si se preserva útero) a la cara anterior del sacro mediante una tira de malla fijada con suturas. La sacrocolpopexia está considerada el tratamiento con mejores resultados para el prolapso apical, logrando tasas de éxito anatómico superiores al 90% a largo plazo (12). Un metaanálisis Cochrane reportó menores recurrencias y reoperaciones con sacrocolpopexia abdominal en comparación con la fijación transvaginal en el ligamento sacroespinoso, a costa de una recuperación algo más prolongada (12). Debido al uso de malla colocada en un plano profundo (fuera de vagina), las complicaciones protésicas son menos frecuentes que con las antiguas mallas transvaginales; aun así, puede ocurrir erosión de la malla al interior vaginal en ~3-5% de casos, típicamente manejable con escisión local. Tras la controversia por las mallas transvaginales de prolapsos (prohibidas en varios países desde 2019), la sacrocolpopexia ha cobrado mayor relevancia como la

opción protésica preferida, siempre realizada en quirófano por cirujanos entrenados. En general, la vía abdominal (incluida la laparoscópica) es preferida por muchos urólogos para prolapso apical, dada su familiaridad con abordajes abdominales y la posibilidad de combinar con corrección de trastornos urinarios (p. ej., *Burch* concomitante). Los ginecólogos uroginecólogos, por su parte, suelen estar muy entrenados en la vía vaginal y seleccionan la técnica caso a caso; ambos enfoques, bien ejecutados, proporcionan alivio sintomático significativo y mejoría en la calidad de vida. Cabe destacar que aproximadamente 1 de cada 9 mujeres se someterá a alguna cirugía por prolapso o incontinencia a lo largo de su vida (17), lo cual refleja la alta demanda de estos procedimientos en una población femenina que envejece.

Un aspecto vital del manejo quirúrgico es su impacto en la función sexual y la satisfacción global de la paciente. A diferencia de las intervenciones antiguas (p. ej., colporrafias con excesiva resección

vaginal que podían acortar o estrechar en demasía la vagina), las técnicas modernas buscan optimizar resultados anatómicos manteniendo la funcionalidad sexual. Estudios sugieren que la mayoría de las mujeres experimentan **mejoría o mantenimiento de su función sexual tras la cirugía de prolapso o incontinencia**, especialmente gracias a la resolución de síntomas molestos como la protrusión vaginal o el escape de orina durante el coito (18). Por ejemplo, al corregir un cistocele severo, suele desaparecer la sensación de “masa” que interfería en las relaciones; al colocar un sling suburetral exitoso, se elimina la preocupación de sufrir escapes durante la intimidad. Esto se traduce en un aumento de la satisfacción sexual reportada en muchas pacientes después del tratamiento quirúrgico de la DPP (18). Un análisis mostró que las mujeres con IUE que fueron tratadas con sling referían un incremento significativo en su puntaje de satisfacción sexual y disminución del miedo a la incontinencia durante el sexo, en comparación con su estado preoperatorio (20). Sin embargo, es fundamental abordar la sexualidad de manera franca en el proceso

preoperatorio, pues ciertas técnicas conllevan riesgos pequeños de disfunción sexual. Por ejemplo, un exceso de tensión en un sling puede originar dispareunia o dificultad en la estimulación; la histerectomía concomitante al prolapso puede, en casos aislados, afectar la respuesta sexual por cambios en la anatomía del soporte pélvico; y la colpocleisis (oclusión vaginal para prolapso en mujeres que no buscan conservar la función coital) obviamente implica pérdida de la posibilidad de coito vaginal, por lo cual solo se realiza en pacientes informadas que así lo aceptan. Afortunadamente, con técnicas refinadas y suturas adecuadas, las tasas de dispareunia de novo tras reparaciones actuales son bajas (p. ej., <15% en algunas series de sacrocolpopexia laparoscópica). La utilización racional de mallas y el respeto a la elasticidad vaginal contribuyen a estos buenos resultados funcionales. En síntesis, desde la perspectiva quirúrgica interdisciplinaria, el enfoque óptimo es individualizar la técnica a cada paciente —considerando sus expectativas de función sexual, comorbilidades y gravedad de la disfunción— y **ofrecer**

procedimientos que maximicen la corrección anatómica con mínima morbilidad. Gracias a la colaboración entre urología y ginecología, hoy se dispone de un arsenal completo de opciones quirúrgicas (desde mini-slings hasta cirugías reconstructivas complejas), permitiendo resolver la mayoría de DPP con elevados índices de éxito y mejorar sustancialmente la calidad de vida de las pacientes.

Abordaje interdisciplinario y rehabilitación funcional integrada

La superposición de competencias entre urólogos y ginecólogos en el campo del piso pélvico ha dado lugar a un enfoque verdaderamente **multidisciplinario** centrado en la paciente. Actualmente, el manejo óptimo de la DPP involucra con frecuencia a un **equipo** de profesionales que, además del ginecólogo y el urólogo, incluye fisioterapeutas especializados en piso pélvico, personal de enfermería, coloproctólogos (cuando hay incontinencia fecal asociada) e incluso psicosexólogos en casos de disfunción sexual importante. Este abordaje colaborativo ofrece múltiples beneficios. Estudios han

demostrado que las clínicas de piso pélvico con equipos multidisciplinarios mejoran los resultados reportados por las pacientes, aumentando las tasas de adherencia a la terapia indicada y la satisfacción con el tratamiento (10). Por ejemplo, integrar la evaluación con fisioterapia en la misma consulta uroginecológica inicial incrementa la proporción de mujeres que inician y mantienen los ejercicios de rehabilitación indicados (10). Asimismo, la presencia de distintos especialistas permite abordar de forma simultánea las diversas aristas de estas disfunciones, evitando derivaciones múltiples que retrasen la atención.

Desde la perspectiva de la paciente, el contar con un “*servicio integral*” de piso pélvico es altamente valorado. Las mujeres con prolapso o incontinencia a menudo padecen síntomas mixtos (urinarios, ginecológicos, digestivos) y tradicionalmente debían navegar entre varias especialidades por separado en busca de solución. En el modelo interdisciplinario, en cambio, se ofrece una vía unificada donde la evaluación y el plan

terapéutico se diseñan conjuntamente, reduciendo la fragmentación de la atención. Esto se traduce en una experiencia más cómoda y confiable para la paciente, quien siente que su problema es abordado de manera global y coherente. En palabras actuales, las pacientes “ya no se conforman con buscar respuestas en múltiples sitios; quieren una atención fácilmente accesible y coordinada para sus problemas multisistémicos” (17). Por ello, centros clínicos académicos y privados han establecido clínicas conjuntas de piso pélvico (muchas bajo la dirección compartida de urología y ginecología), logrando un enfoque realmente centrado en la persona.

La **integración funcional** implica no solo alinear los esfuerzos diagnósticos y terapéuticos, sino también compartir el seguimiento y la rehabilitación post-tratamiento. Un ejemplo es el manejo posoperatorio de la paciente con prolapso e incontinencia corregidos: idealmente, además de los controles quirúrgicos rutinarios, se incluye en el seguimiento la evaluación fisiátrica para reforzar el entrenamiento muscular y prevenir recurrencias.

Del mismo modo, en pacientes con dolor pélvico crónico asociado (p. ej., síndrome de vejiga hiperactiva más dispareunia), la integración de terapias (fármacos urológicos, fisioterapia miofascial y consejería sexual) bajo un plan único mejora notablemente los resultados. De hecho, los enfoques multidisciplinarios han mostrado reducir la tasa de abandonos al tratamiento y mejorar la puntuación de mejoría percibida por las pacientes en comparación con la atención fragmentada (10). No es exagerado afirmar que la uroginecología es por naturaleza una subespecialidad *transversal*, donde el intercambio de conocimientos redunda en innovación y mejor atención. Fruto de esta colaboración, por ejemplo, surgieron cirugías combinadas que abordan en un solo tiempo quirúrgico el prolapso y la incontinencia (como la sacrocolpopexia abdominal con cabestrillo suburetral simultáneo, practicada tanto por urólogos como por ginecólogos entrenados en suelo pélvico). También se desarrollaron protocolos de rehabilitación perioperatoria compartidos, optimizando la recuperación funcional temprana (p. ej.,

programas de ejercicios guiados que inician pocas semanas tras la cirugía para reentrenar la musculatura sin comprometer la reparación).

Otra ventaja de la aproximación interdisciplinaria es la posibilidad de **investigación colaborativa** y elaboración de guías unificadas. En años recientes se han publicado consensos y guías conjuntas (por sociedades de urología y ginecología) sobre temas como la definición de éxito en cirugías de piso pélvico, criterios de evaluación de imágenes y algoritmos de tratamiento, reflejando la unificación de criterios entre especialidades. Un ejemplo es la guía NICE NG123 (2019) desarrollada en Reino Unido con participación de uroginecólogos, que establece recomendaciones integrales desde PFMT hasta manejo de complicaciones de mallas (16). Asimismo, la necesidad de cuidado integrado ha sido destacada en revisiones contemporáneas, que enfatizan la importancia de estrategias de cuidado integradas y holísticas para mejorar los resultados en DPP (18).

En conclusión, la suma de perspectivas ginecológicas y urológicas aporta un valor añadido claro: la ginecología contribuye con su experticia en la anatomía femenina, el contexto obstétrico y las técnicas de reparación vaginal, mientras que la urología aporta su profundo conocimiento de la función vesical/uretral, la urodinámica y las innovaciones protésicas. Juntas, han creado un abordaje sinérgico que sitúa a la paciente en el centro y aborda todos los componentes de la disfunción del piso pélvico. Este modelo colaborativo ha demostrado mejorar la adherencia, los desenlaces funcionales (continencia, soporte anatómico) y la satisfacción global, incluyendo la función sexual y emocional de las pacientes (10,17). El reto a futuro es continuar derribando barreras burocráticas o culturales que queden para la plena integración de los equipos, extendiendo estos servicios integrales a más centros de atención. La educación médica también juega un rol: exponer a residentes de ambas especialidades a rotaciones conjuntas en piso pélvico y fomentar subespecializaciones formalizadas

(como la mencionada certificación en uroginecología) asegura la próxima generación de especialistas con visión amplia.

3. Conclusiones

La disfunción del piso pélvico en la mujer es una condición prevalente y multifactorial que requiere un abordaje clínico amplio. La presente revisión enfatiza que la integración de las visiones de ginecología y urología –tradicionalmente separadas– potencia la capacidad de diagnóstico y tratamiento de estas patologías. En el plano diagnóstico, la combinación de la exploración clínica con herramientas de imagen modernas (ultrasonido dinámico y resonancia magnética) mejora la detección de defectos musculares y de soporte, permitiendo una planificación terapéutica más precisa. En el plano terapéutico, el manejo conservador basado en la rehabilitación del piso pélvico (ejercicios, biofeedback, fisioterapia) constituye la base inicial para incontinencia y prolapsos leves, demostrando eficacia en la mejoría de la continencia y la función sexual de las pacientes. Las intervenciones quirúrgicas, por su parte, ofrecen

soluciones duraderas para casos avanzados: procedimientos como el sling mediouretral o la sacrocolpopexia abdominal presentan altas tasas de éxito y bajas complicaciones cuando son realizados por equipos entrenados, restituyendo la anatomía y función con mínimas secuelas. La satisfacción sexual de las pacientes tiende a mejorar tras el tratamiento exitoso, reflejando la importancia de abordar no solo la curación física sino también el bienestar íntimo.

Es fundamental adoptar un enfoque uroginecológico interdisciplinario, en el cual ginecólogos, urólogos y otros profesionales trabajen de la mano en la evaluación y manejo de cada caso. Este modelo colaborativo optimiza la recuperación funcional integral –continencia urinaria y fecal, soporte pélvico, función sexual– y eleva la calidad de la atención percibida. Las clínicas multidisciplinarias de piso pélvico han demostrado mayor adherencia de las pacientes a las terapias y mejores desenlaces a largo plazo. En línea con ello, las guías actuales propugnan un manejo centrado en la paciente, con planes de tratamiento individualizados que combinan

medidas conservadoras y, de ser necesario, quirúrgicas, escogidas según las necesidades y preferencias de cada mujer.

En resumen, las “fronteras compartidas” entre urología y ginecología en el territorio del piso pélvico se han difuminado para transformarse en un terreno de colaboración. Esto redundará en un manejo más completo de la disfunción del piso pélvico femenino, abordando sus componentes anatómicos, funcionales y psicosexuales de manera conjunta. El resultado es una atención más eficaz y humana, que mejora la funcionalidad y calidad de vida de millones de mujeres. Continuar fortaleciendo la interdisciplina, apoyado por la investigación y la formación conjunta, permitirá seguir avanzando en el manejo de estas condiciones y enfrentar los desafíos futuros (como el envejecimiento poblacional) con un frente unido en beneficio de las pacientes.

Bibliografía

1. Xergia SA, Tsekoura M, Fousekis K, et al. Effectiveness of pelvic floor muscle exercise with biofeedback in women with urinary incontinence: a systematic review. *Appl Sci.* 2023;13(23):12743. [mdpi.commdpi.com](https://doi.org/10.3390/app132312743)
2. Kopańska M, Torices S, Czech J, et al. Urinary incontinence in women: biofeedback as an innovative treatment method. *Ther Adv Urol.* 2020;12:1756287220934359. [mdpi.com](https://doi.org/10.1177/1756287220934359)
3. Tosun OC, Solmaz U, Ekin A, et al. Assessment of the effect of pelvic floor exercises on pelvic floor muscle strength using ultrasonography in patients with urinary incontinence: a prospective randomized controlled trial. *J Phys Ther Sci.* 2016;28(2):360-365. [jstage.jst.go.jpjstage.jst.go.jp](https://doi.org/10.1589/jpts.2016.360)
4. Höder A, Stenbeck J, Fernando M, Lange E. Pelvic floor muscle training with biofeedback or feedback from a physiotherapist for urinary and anal incontinence after childbirth: a systematic review. *BMC Womens Health.* 2023;23(1):316. [ouci.dntb.gov.ua](https://doi.org/10.1186/s12925-023-00816-1)

5. Sacomori C, Cardoso FL. Predictors of improvement in sexual function of women with urinary incontinence after treatment with pelvic floor exercises: a secondary analysis of a randomized trial. *J Sex Med.* 2015;12(3):746-755.
pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
med.ncbi.nlm.nih.gov
6. Petre I, Furău C, Vacaru V, et al. Pelvic floor muscle training vs. vaginal vibration cone therapy for postpartum dyspareunia and vaginal laxity. *Medicina (Kaunas).* 2025;61(1):23. mdpi.com
7. Lai W, Wang G, Zhao Z. Advancements in magnetic resonance imaging for the evaluation of pelvic organ prolapse: a comprehensive review. *Acad Radiol.* 2025;32(8):4689-4704.
pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
8. Barakat B, Schweda D, Laali A, Afzal A. Comparison of magnetic resonance defecography with pelvic floor ultrasound and vaginal inspection in the urogynecological diagnosis of pelvic floor dysfunction. *Urol Ann.* 2020;12(2):150-155.
pmc.ncbi.nlm.nih.gov
pmc.ncbi.nlm.nih.gov
9. Kapoor DS, Thakar R, Sultan AH. Establishing a multidisciplinary pelvic floor clinic: rationale, design, and outcomes. *Int Urogynecol J.* 2015;26(12):1739-1747.
10. Jallad K, Barber K, Gurland B, Ridgeway B. Better together: multidisciplinary approach improves adherence to pelvic floor physical therapy. *Int Urogynecol J.* 2020;31(5):887-893.
ics.org/science/icsdirect.com
11. Neacșu A, Martiniuc AE, Dumitrescu D, et al. Surgical treatments for women with stress urinary incontinence: a systematic review. *Life (Basel).* 2023;13(7):1480. mdpi.com
12. Maher C, Feiner B, Baessler K, Schmid C. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;(4):CD004014.
13. Woodley SJ, Boyle R, Cody JD, et al. Pelvic floor muscle training for preventing and treating urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;(5):CD007471.
pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
med.ncbi.nlm.nih.gov
14. Dumoulin C, Cacciari LP, Hay-Smith EJ. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database*

- | | | | | |
|--|------------------------|---------------|------------------------------------|---------|
| | Syst
(10):CD005654. | Rev.
2018; | trial.
2017;389(10067):381-392. | Lancet. |
|--|------------------------|---------------|------------------------------------|---------|
15. Nunes EFC, Sampaio LMM, Biasotto-Gonzalez DA, et al. Biofeedback for pelvic floor muscle training in women with stress urinary incontinence: a systematic review with meta-analysis. *Physiotherapy*. 2019;105(1):10-23. [mdpi.com](https://doi.org/10.1016/j.physio.2019.01.003)
 16. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management (NICE Guideline NG123). London: NICE; 2019. [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)
 17. McAchrán SE, Hanno PM. Urology, gynecology collaboration addresses rising demand. *Urology Times*. 1 Jan 2017;45(1):15-17. [urologytimes.com](https://www.urologytimes.com)
 18. Villani F, Furău C, Mazzucato B, et al. Understanding pelvic organ prolapse: a comprehensive review of etiology, epidemiology, comorbidities, and evaluation. *Soc Int Urol J*. 2025;6(1):6. [mdpi.com](https://doi.org/10.1007/s00125-025-0611-1)
 19. Glazener CM, Cooper KG, Freeman RM, et al. Surgical prolapse treatment with or without a midurethral sling in women with occult stress incontinence: a randomized
 20. Fatton B, de Tayrac R, Costa P. Stress urinary incontinence and overactive bladder in women: a review of impact on sexual function and management. *Nat Rev Urol*. 2014;11(10):565-578.