

REVISTA MEXICANA DE FISIOTERAPIA AÑO 1. NÚM. 2

REHABILITACIÓN EN PROSTATECTOMÍA RADICAL CON EL MÉTODO RUICET

LAHR. Cristina Itzel Escalera Ávila ¹ y LFT. Ivan Diaz Garcia ².

Directora del Centro de Especialidades Terapéuticas Toluca, fundadora del método RUICET, especialista en Terapia Regenerativa y Medicina Oriental, especialista en Sistema Musculoesquelético. (1)

Director del Centro de Especialidades Terapéuticas Tenango del Valle, fundador del método RUICET (2)

Palabras clave: Prostatectomía, piso pélvico, incontinencia urinaria.

Existen diferentes tipos de incontinencia urinaria que pueden ser tratados bajo análisis rehabilitatorio en cualquiera de las fases en las que estos se encuentren. En pacientes post operados por cáncer de próstata, en los que se secciona el sistema urinario funcionalmente, las repercusiones de contención suelen ser normales, sin embargo es un proceso que tiene diferencias en tiempos de recuperación, síntomas y signos dependiendo de los abordajes multidisciplinarios al que se someta. La efectividad de reincorporar las actividades cotidianas con niveles de funcionalidad en continencia urinaria es muy elevada, aún más cuando se dirige el proceso pre y post operatorio con objetivos multidisciplinarios entre los cirujanos urólogos, rehabilitadores, nutriólogos y psicólogos clínicos, pues todo conlleva a un avance a nivel estructural musculo esquelético, neurológico, psicológico

y social. Palabras clave: incontinencia, prostatectomía, contención, neurología.

Rehabilitación en estadios pre y post operatorios

En lo que respecta al papel fundamental de la rehabilitación musculo esquelética, se deben realizar esquemas de trabajo que sustenten la función del sistema urinario en estadios pre operatorios, con la finalidad de hacer consciente el movimiento y sensaciones propioceptivas, interoceptivas y exteroceptivas a nivel local, segmentario y global. El conocimiento de la estructuración anatomofisiológica del sistema urinario, nos permitirá adentrarnos a los factores que pueden desencadenar mayores alteraciones secundarias, pero también a cómo tratarlas y reintegrarlas a la función. (C., 2013) El aprendizaje del control de esfínteres, muy ocasionalmente suele reforzarse en la etapa adulta, una vez que se han superado los

primeros años de vida en donde esta capacidad tiene sus fundamentos, por lo que el esquema central pudiese interferir en el proceso de recuperación después de haber tenido un fallo periférico. En estadios post operatorios los inputs neurales deben regularse para mejorar la conductividad autonómica simpática, parasimpática, sensitiva y motora, tanto en vías aferentes como eferentes para llevar enlaces de conexión periférica a centros de regulación en la corteza cerebral, sistema límbico, tálamo, ganglios de la base, hipotálamo, cerebelo y formación reticular.

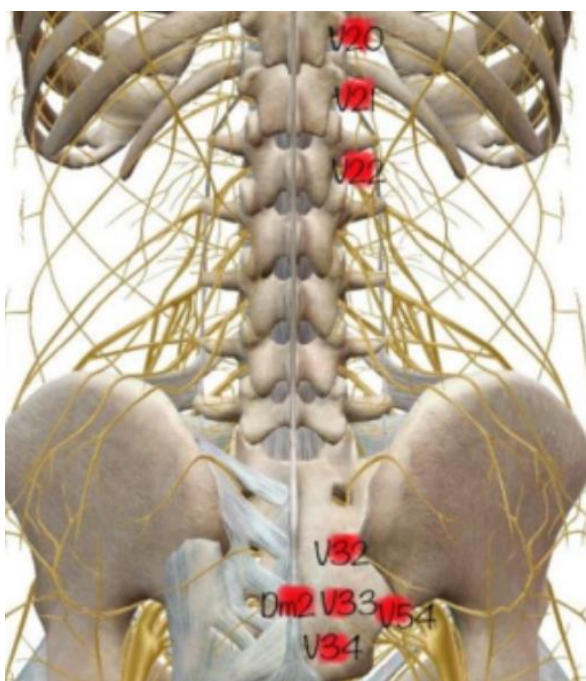


Imagen 1.- Puntos de correspondencia. V19-T10, V20-T11, V21-T12, V22-L1, V32-1º agujero sacro, V33-2º agujero sacro, V34 3º agujero sacro, V35- 1cm lateral del coxis, V54- foramen ciático mayor, DM2- hiato del sacro.

La inervación por parte del sistema nervioso autónomo en los niveles medulares S2, S3 y S4 correspondientes al sistema nervioso parasimpático cuyas neuronas forman el centro sacro de la micción. Las fibras salen de la medula espinal anterior formando los nervios pélvicos y erectores los cuales llegan al plexo hipogástrico inferior o pélvico situado por delante del recto y a ambos lados de la vejiga. Por tal razón, los estímulos deben realizarse desde la salida de las raíces nerviosas

teniendo como técnica favorable el estímulo con aguja acupuntural directamente localizados en los orificios sacros (V32, V33 y V34 bilateralmente). Para el sistema nervioso simpático, existe el centro simpático toracolumbar a nivel de los segmentos medulares T10 a L2, que abandonan la medula anteriormente y atraviesan los ganglios simpáticos paravertebrales, alcanzando el plexo hipogástrico superior o también llamado nervio pre sacro, a nivel de L5- S1, estimulando con aguja acupuntural los puntos V19, V20, V21 y V22.

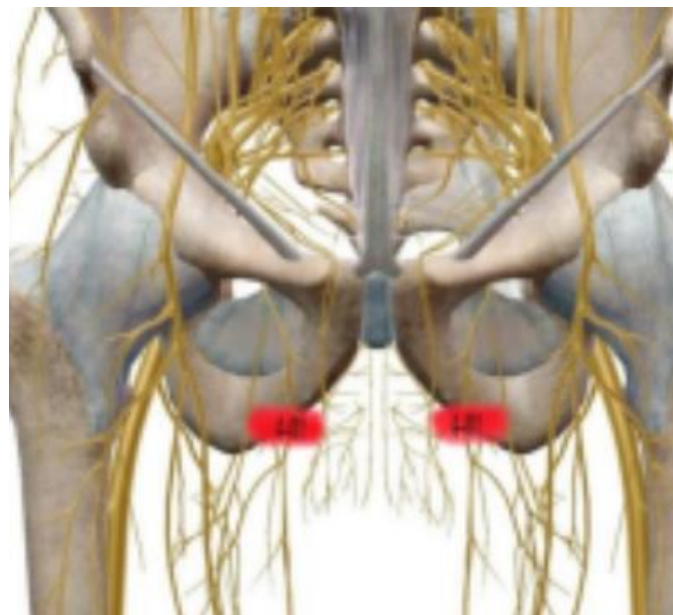


Imagen 2.- Puntos de correspondencia. H11-nervio obturador.

Para efecto de la inervación de ramas del plexo lumbosacro del sistema nervioso periférico, se realiza Neuromodulación con frecuencias altas en trenes de estimulación y por periodos bajos de 10 a 12 minutos, colocando una rama nerviosa bilateral a la vez, sobre el trayecto del nervio pudiendo, a nivel del foramen ciático mayor y menor en los puntos V35, V54 bilateralmente y DM2 sobre el hiato sacro. Nervio obturador interno a nivel de los músculos aductores largo, corto y mayor con el punto H11 bilateral. Y nervio tibial posterior sobre el punto B6, sobre el borde postero-medial de la tibia.

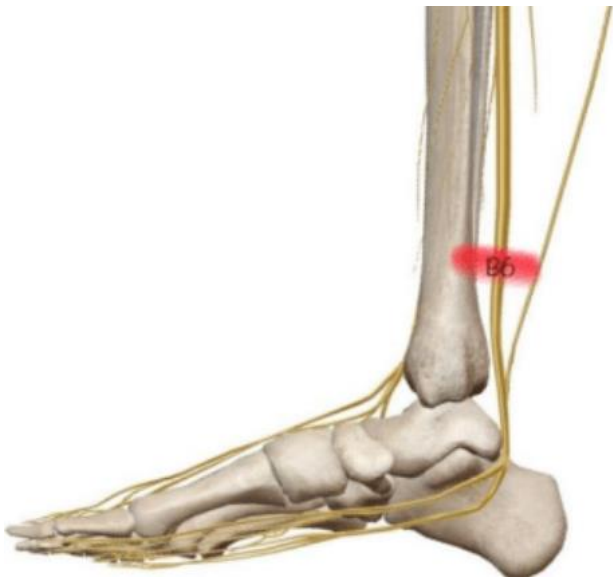


Imagen 3.- Puntos de correspondencia. B6-nervio tibial posterior.

Además se conjunta con el diseño de ejercicios musculares isométricos en estadios tempranos que evolucionan a ejercicios de contracción auxotónica, tratando de unificar cada grupo muscular que se implica en la regulación de las fuerzas de contracción para cada uno de los circuitos miccionales, llevándolos progresivamente a engramas de movilidad funcional. Es de resaltar que el apoyo de la gravedad tiene que ser considerado como una de las pautas más importantes en el proceso de fortalecimiento (en término de reeducación muscular).

Como todos los músculos esqueléticos, el piso pélvico también tiene secuelas de atrofia por la misma manipulación quirúrgica y por desuso, para ello se toman en cuenta tiempos de contracción para estímulos intrínsecos como extrínsecos (electro estimulación), con el fin de evitar el gasto energético que atente contra el costo-beneficio de la progresión.

Referencias

1. Walker C. Fisioterapia En Obstetricia y Uroginecolog, Ciudad Condal, España: Elsevier Masson; 2011.
2. Guyton y Hall JE. Compendio de Fisiología Medica. Ed 12. España: Elsevier; 2014.
3. Luo L. Acupuntura: Explicada Punto Por Punto. México: Abg-Selector; 2017.