

PROPUESTA DE UN PLAN DE MEJORA PARA EL FORTALECIMIENTO DEL SUELO PÉLVICO DURANTE EL INGRESO DE LAS PUÉRPERAS

Autora: Ainhoa Reparaz Marroyo

Directora: M^a Dolores Redín Areta

Grado en Enfermería Curso 2013-2014

Junio de 2014

Universidad Pública de Navarra

upna

Universidad
Pública de Navarra

Nafarroako
Unibertsitate Publikoa



RESUMEN

Introducción: Existe evidencia científica^{1,2,3} de que la gestación y, en mayor medida, el parto vaginal son los principales responsables de la disfunción del suelo pélvico, como consecuencia del sobreesfuerzo a que son sometidos los tejidos músculo-conjuntivos y nerviosos de estas estructuras. Esta disfunción puede dar lugar, en mayor o menor grado, a incontinencia urinaria, incontinencia anorectal, estreñimiento terminal y/o prolapsos de órganos pélvicos.

Objetivo: Mejorar la recuperación del suelo pélvico de las mujeres que han dado a luz en el Complejo Hospitalario de Navarra, comenzando esta recuperación durante el ingreso postparto.

Metodología: Revisión bibliográfica en bases de datos, como Dialnet e IME, y en páginas web, como la del Servicio de Urología de la Clínica Universidad de Navarra, la Federación de Matronas, la Asociación Española de Fisioterapeutas y la del creador de los Abdominales Hipopresivos Marcel Caufriez. Se ha seleccionado información sobre la anatomía del suelo pélvico, el postparto y la calidad de vida, la recuperación y reeducación perineal y los diferentes ejercicios para el fortalecimiento del suelo pélvico.

Propuesta de Mejora: Elaborar un plan de formación sobre el suelo pélvico para los profesionales de enfermería de la primera y segunda planta de la maternal del Complejo Hospitalario de Navarra. Estos profesionales, a su vez, explicarán a las mujeres ingresadas en las primeras 24-48 horas del puerperio la realización de ejercicios para la recuperación y fortalecimiento de estas estructuras.

Conclusiones: Teniendo en cuenta los objetivos planteados, en primer lugar, señalar que la revisión bibliográfica, la selección y la lectura de los documentos encontrados ha permitido disponer de la información necesaria para la elaboración del trabajo. En base a la información seleccionada se ha preparado el material para impartir un curso de formación dirigido al personal de enfermería de la primera y segunda planta de la maternal. Finalmente, se ha realizado una propuesta para la explicación del tema a las mujeres en el postparto.

Palabras clave: Lesión obstétrica del suelo pélvico, incontinencia urinaria y anorectal postparto, prevención.

ABSTRACT

Introduction: There is scientific evidence^{1,2,3} that pregnancy and, further, vaginal delivery are the main responsible for pelvic floor dysfunction as a result of overexertion to undergo the muscle-connective and nervous tissues of these structures. This dysfunction may lead to a greater or lesser extent, urinary incontinence, anorectal incontinence, constipation terminal and/or pelvic organ prolapse.

Aim: Improve recovery of pelvic floor of women who have given birth at the Complejo Hospitalario de Navarra, starting this income postpartum recovery.

Methodology: Literature review in databases such as Dialnet and IME, and web pages, such as the Department of Urology at the University Clinic of Navarra, Federation of Midwives, the Spanish Association of Physiotherapists and the creator of the Abdominales Hipopresivos Marcel Caufriez. Is selected information about the anatomy of the pelvic floor, postpartum and quality of life, recovery and perineal re-education and the different exercises to strengthen the pelvic floor.

Proposal for improvement: Develop a training plan about the pelvic floor for nurses of the first and second floor on the maternal of the Complejo Hospitalario de Navarra. These professionals, in turn, explained to the women admitted in the first 24-48 hours postpartum performing exercises for recovery and strengthening of these structures.

Conclusion: Taking into account the objectives, first, to note that the literature review, selection and reading documents found has made available the information necessary for the preparation of the work. Based on the selected information has been prepared material for imparting training course for nurses in the first and second floors of the maternal. Finally, a proposal was made to explain the issue to postpartum women.

Keywords: Obstetric pelvic floor dysfunction, postpartum urinary and ano-rectal incontinence, prevention.

ÍNDICE

I. Introducción	1
II. Objetivos	3
a) Objetivo general	
b) Objetivos específicos	
III. Metodología	4
a) Revisión bibliográfica	
b) Análisis de la situación	
IV. Propuesta de mejora	6
a) Plan de formación de los profesionales de enfermería	6
1. <i>Anatomía del suelo pélvico</i>	6
2. <i>Factores de riesgo</i>	6
i. <i>Embarazo como factor de riesgo</i>	
ii. <i>Parto como factor de riesgo</i>	
3. <i>Ejercicios de recuperación</i>	10
i. <i>Ejercicio físico durante el puerperio</i>	
ii. <i>Técnicas básicas para la reeducación perineal</i>	
iii. <i>Abdominales Hipopresivos</i>	
4. <i>Cuestionario de satisfacción</i>	15
b) Cronograma para los profesionales de enfermería	15
c) Guía para la explicación a las puérperas	16
1. <i>Introducción del suelo pélvico</i>	16
2. <i>Cómo realizar el ejercicio físico durante el puerperio</i>	17
3. <i>Cómo realizar los ejercicios del suelo pélvico</i>	17
4. <i>Cómo realizar las diferentes técnicas de reeducación perineal</i>	17
5. <i>Consejos relacionados con el ejercicio en el postparto</i>	17
6. <i>Recomendaciones en el postparto</i>	18
7. <i>Cuestionario de satisfacción</i>	18
d) Cronograma para las puérperas	18
V. Conclusiones	20
VI. Agradecimientos	21
VII. Bibliografía	22
VIII. Anexos	24

I. INTRODUCCIÓN

Durante mi estancia en un periodo de prácticas en el Servicio de Partos del Complejo Hospitalario de Navarra, pude comprobar el sobreesfuerzo que supone el parto para esta musculatura pélvica; pude constatar el sentir del personal, tanto matronas como enfermeras, sobre la falta de cuidados programados al respecto, ya sea por la falta de tiempo o por la carga de trabajo; así como comprobar también la importancia de transmitir esta información a la mujer no solo durante el embarazo y en la revisión postparto, sino también en esos primeros días tras el parto, para no perder tiempo en la reeducación de esta musculatura. Por tanto, me gustaría elaborar una propuesta de mejora en el servicio de partos junto con la primera y segunda planta de la maternal del Complejo Hospitalario.

El periné o suelo pélvico es un conjunto de músculos que sustentan la porción abdominal inferior y sirve de apoyo a la vejiga, al útero y a una porción del intestino. Para que esta estructura anatómica funcione correctamente, sus músculos deben estar adecuadamente preparados.

Cuando se debilita el suelo pélvico puede desarrollarse incontinencia urinaria de esfuerzo, cistocele, rectocele, prolapso uterino, disfunciones sexuales (disminución de la sensibilidad e intensidad del orgasmo, coitos dolorosos), etc.¹

El parto es uno de los factores que más incide en la aparición de traumatismos del suelo pélvico; su frecuencia y el paso de los años hacen que las estructuras musculares se vayan deteriorando, y esto, añadido al déficit en la producción de estrógenos, permite hablar de una generalización más o menos grave de la incontinencia urinaria y/o anorectal. Por tanto, es necesario unificar estrategias para reducir al mínimo las lesiones que se producen con el embarazo y el parto.²

En la sociedad de bienestar de las culturas occidentales, la calidad de vida de la mujer en la etapa maternal no sólo debe abarcar la fase de gestación y parto, sino también la fase postnatal. Esta calidad de vida postparto depende de varios factores, tanto sociolaborales como físicos y psíquicos, siendo estos últimos a menudo desatendidos por las instituciones sociosanitarias y políticas en España. Este tema es muy diferente en países como Francia y Bélgica, donde las mujeres disponen de diez sesiones de recuperación postparto cubiertas por el sistema mutualista, o en Reino Unido y los países nórdicos, con programas pre y postparto instaurados en la sanidad pública y en la cultura tanto de las mujeres como del personal sanitario.³

La incontinencia urinaria afecta a una gran parte de la población. Las mujeres a partir de los 40 años son las más afectadas, puesto que los dos factores etiológicos que más influyen en la relajación de la musculatura del suelo pélvico son la edad y la paridad. A comienzos de la década de los ochenta, Bourcier² introdujo en Francia la reeducación perineal. Pigné y Cotelle² avanzan en la investigación y deducen que los factores de riesgo que afectan en mayor medida en la incontinencia urinaria de esfuerzo son los obstétricos. Los primeros estudios y encuestas que se realizan en el año 2000 tratan de determinar el número de mujeres que, después del parto, padecen incontinencias, prolapsos u otras afecciones. Este mismo año se inician los primeros estudios comparativos entre múltiparas, nulíparas y atletas. Comienza a cuestionarse la eficacia y el uso sistemático de

la episiotomía utilizada en la asistencia al parto como prevención de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Las primeras estadísticas hablan de un 20% de mujeres incontinentes tras el parto. En las revisiones bibliográficas realizadas no se han encontrado datos sobre la incidencia de incontinencia urinaria de esfuerzo durante el embarazo y el puerperio en la población española, pero en estudios realizados en otros países la estimación es de un 50%.²

Dentro de los programas de educación maternal, deben realizarse intervenciones en el postparto, cuyo objetivo ha de ser recuperar aquellas estructuras que han sufrido alteraciones y/o disfunciones durante la gestación y el parto. Esta fase de recuperación postnatal contribuirá a mejorar la calidad de vida de las mujeres y a prevenir disfunciones a medio y largo plazo con elevada incidencia postparto.³

La rehabilitación perineal resulta especialmente compleja, ya que a diferencia de cualquier otro músculo del cuerpo, la contracción del músculo perineal no es apreciable por la vista debido a que es un músculo interno, con lo cual el seguimiento es más complicado de lo normal. Mantener en buen estado la musculatura del suelo pélvico es fundamental para la salud y calidad de vida de la mujer y existen diferentes técnicas para conseguir este objetivo.¹

Actualmente, el principal factor de prevención de la disfunción del suelo pélvico, consiste en la realización de los ejercicios de Kegel como método de reeducación perineal. Dada la importancia de este método preventivo, cada vez se está introduciendo más en los programas de educación para la maternidad.²

II. OBJETIVOS

a) Objetivo general

- ✚ Mejorar la recuperación del suelo pélvico de las mujeres que han dado a luz en el Complejo Hospitalario de Navarra, comenzando esta recuperación durante el ingreso postparto.

b) Objetivos específicos

- ✚ Recoger y sistematizar la información sobre este tema.
- ✚ Preparar el material para impartir un curso de formación dirigido al personal de enfermería de la primera y segunda planta de la Maternal del Complejo Hospitalario de Navarra.
- ✚ Realizar una propuesta para incluir, dentro de los cuidados que las enfermeras de las plantas maternas realizan a las puérperas, el inicio precoz de la recuperación del suelo pélvico.

III. METODOLOGÍA

a) Revisión bibliográfica

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos utilizando estas palabras y seleccionando los documentos desde los más antiguos a los más recientes:

+ DIALNET:

- Anatomía suelo pélvico
- Postparto y calidad de vida
- Recuperación perineal
- Reeduación suelo pélvico

+ IME:

- Ejercicios suelo pélvico

A parte de los artículos seleccionados en las bases de datos, se ha utilizado información disponible en las páginas web de:

- + Federación de Matronas: se ha encontrado información sobre la incontinencia urinaria de esfuerzo en el embarazo, parto y postparto y lo más destacado es lo siguiente: “El parto es, por excelencia, uno de los factores que más incide en la aparición de traumatismos del suelo pélvico; su frecuencia y el paso de los años hacen que las estructuras musculares se vayan deteriorando, y esto, añadido al déficit en la producción de estrógenos, permite hablar de una generalización más o menos grave de la incontinencia. Por tanto, es necesario unificar estrategias para reducir al mínimo las lesiones que se producirán con el embarazo y parto.”²
- + Creador de los Abdominales Hipopresivos Marcel Caufriez: se ha encontrado información sobre los abdominales hipopresivos y lo más destacado es lo siguiente: “La musculatura de la faja abdominal y del suelo pélvico debido a los constantes aumentos de la presión abdominal en la vida cotidiana y deportiva, a la inactividad, a embarazos... pierde la función para la que está diseñada, que es la de ejercer de sostén de los órganos internos situados en la misma. Con los ejercicios hipopresivos, devolvemos esta función reprogramando la respuesta muscular ante estas circunstancias.”⁵
- + Clínica Universidad de Navarra: se ha encontrado información sobre ejercicios para la incontinencia urinaria en la sección del Servicio de Urología y lo más destacado es lo siguiente: “Los ejercicios a realizar en casa pueden seguir la pauta: contracciones lentas y rápidas, en series de diez, intercaladas, durante quince minutos, dos veces al día, preferentemente antes de levantarse por la mañana y al acostarse por la noche (supone crear un hábito de trabajo).”⁶
- + Asociación Española de Fisioterapeutas: se ha encontrado información sobre recomendaciones en el postparto que se ha utilizado para realizar un folleto (anexo III) para entregar a las mujeres.
- + Junta de Andalucía: se ha encontrado información en la Guía Orientadora para la Preparación al Nacimiento y Crianza sobre el ejercicio físico a realizar durante el puerperio y lo más destacado es lo siguiente: “Los ejercicios de recuperación post-

parto están enfocados a una mejora de la forma física y recuperación del suelo pélvico.”⁷

b) Análisis de la situación

Referente a la situación interna diferenciando el servicio de partos y el de hospitalización postparto se puede comentar que:

- ✚ El personal de enfermería de partos, es especialista en obstetricia (son matronas) y el personal de enfermería de la primera y segunda planta maternal es de enfermería general; por lo que el conocimiento sobre el tema será distinto.
- ✚ El contenido del programa es sencillo, se ha seleccionado información básica sobre este tema; por lo que no habría ningún problema para poder completar los conocimientos del personal de enfermería de las plantas de hospitalización postparto. Teniendo en cuenta este aspecto, sería viable llevarlo a cabo.
- ✚ El tiempo de estancia de la puérpera en el hospital puede ser un problema, ya que no supera las 48 horas y, en función de cómo se sienta la mujer y las complicaciones que pueda presentar, se podrá llevar a cabo el programa o no; por lo que este sería un factor limitante.

Referente a la situación externa y teniendo en cuenta los dos servicios se puede comentar que:

- ✚ La carga de trabajo varía mucho de un día a otro, dependiendo de los partos que haya. Por tanto, habrá días en los que el personal esté tranquilo y pueda llevar a cabo el programa y habrá otros días en los que haya una carga de trabajo excesiva y no tengan tiempo para poder cumplirlo.
- ✚ El clima laboral en los servicios es el adecuado para su realización, ya que el personal es muy consciente de la importancia de este tema, tanto por su incidencia como por la pérdida de calidad de vida que supone.
- ✚ Por último, quedaría pendiente conocer si la propuesta presentada cuenta con el apoyo de la dirección. Como punto a favor tiene el bajo coste económico que presenta poder implementarlo, ya que no hace falta nuevo material, ni mayor número de personal.

IV. PROPUESTA DE MEJORA

La propuesta de mejora que se presenta propone incluir, dentro de los cuidados que las enfermeras de las plantas maternas realizan a las puérperas, el inicio precoz de la recuperación del suelo pélvico.

Con este fin, el plan de formación que se propone tiene la siguiente secuencia:

- ✚ Formación sobre el tema de los profesionales de enfermería de las plantas de hospitalización maternal. Las clases se llevarían a cabo en el Salón de Actos del Hospital Virgen del Camino y el profesorado que se contempla son matronas del mismo Complejo, ya que son enfermeras especialistas en obstetricia.
- ✚ Una vez realizada la formación, las enfermeras explicarán a las puérperas, durante el ingreso postparto, la importancia de la recuperación de las posibles disfunciones que se hayan producido en el suelo pélvico y la correcta realización de los diferentes ejercicios para su recuperación; consiguiéndose, de esta forma, un inicio precoz de la misma.

a) Plan de formación de los profesionales de enfermería

A los profesionales de enfermería que asistan a las clases de formación se les impartirá la teoría seleccionada en la bibliografía encontrada con ayuda de un PowerPoint (anexo V) elaborado con la siguiente información:

1. Anatomía del suelo pélvico

El suelo pélvico es la base que cierra la apertura inferior de la cavidad pelviana y está formado por una serie de capas que comprenden desde el peritoneo que recubre las vísceras pélvicas hasta la piel de la vulva. Está formado por estructuras musculares (diafragma pélvico, diafragma urogenital y cuerpo perineal), estructuras conectivas y ligamentos. Todos ellos se fijan a la pelvis ósea y forman una hamaca sobre la que se apoyan las vísceras pélvicas.

El suelo pélvico, es por tanto, un conjunto de planos musculares y fasciales cuyo objetivo es sostener las vísceras pélvicas, actuar como esfínteres o como estructuras eréctiles.¹¹

2. Factores de riesgo:

i. Embarazo como factor de riesgo

La aparición, aunque poco frecuente, de incontinencia urinaria, en el curso de un primer embarazo confirma la existencia de modificaciones pelvi-perineales ligadas a la gestación.

Durante el embarazo se dan en el organismo modificaciones fisiológicas, que afectan a todos los sistemas corporales. Por lo general, estas regresan a su estado anterior al embarazo después del parto, salvo alguna excepción a nivel de la pelvis y del tracto urinario inferior donde lo normal es que no regresen por completo a su estado de nuliparidad. Ello se debe a factores hormonales y mecánicos, que tienen consecuencias sobre la musculatura perineal y estructuras de suspensión de las vísceras pélvicas e influyen en la génesis de trastornos en el aparato urinario inferior y en la estática de las vísceras alojadas en la pelvis menor. Así pues:

- ✚ El aumento durante el embarazo de los niveles de progesterona (producida primero por el cuerpo lúteo y después por la placenta) presenta un efecto relajante sobre la vejiga y uretra disminuyendo la presión uretral al disminuir el tono de la musculatura lisa. Esto se debe a su acción anticolinérgica al facilitar la respuesta β -adrenérgica. Además también contribuye a disminuir el tono de la musculatura del suelo pélvico, lo que tiene un efecto negativo sobre el sostén de las vísceras pélvicas.
- ✚ El aumento durante el embarazo de los niveles plasmáticos de relaxina (hormona secretada por el cuerpo lúteo, la decidua y la placenta) incrementa la laxitud del tejido conectivo disminuyendo su calidad tensora. Ello afecta tanto a las fascias como a los ligamentos y facilita el aumento de la lordosis lumbar por relajación de los ligamentos vertebrales. Esto, unido a la relajación de los músculos de la pared abdominal, a medida que va avanzando el embarazo, contribuirá a anteversar la pelvis.
- ✚ Por otra parte, el crecimiento del útero provoca un aumento de la presión intrapélvica y del peso de las vísceras en bipedestación. En consecuencia, aumentan las presiones superiores y la resultante de las fuerzas se anterioriza, dirigiéndose, como consecuencia de la anteversión de la pelvis, hacia la hendidura urogenital, zona de debilidad del suelo pélvico localizada entre los fascículos derecho e izquierdo de los elevadores del ano, y no hacia la zona esquelética sacro-coccígea posterior, que está preparada para recibir presiones. Este hecho puede explicar la aparición excepcional de un prolapso genital en el transcurso del embarazo.
- ✚ Además, como resultado del crecimiento uterino se produce una elongación de la uretra y un desplazamiento de la posición normal del cuello vesical. La correcta posición del cuello vesical es uno de los factores que intervienen en la continencia al asegurar la adecuada transmisión de presión desde el abdomen hasta la uretra. Las modificaciones a este nivel que se producen a medida que va avanzando la gestación pueden explicar la frecuencia de incontinencia al final del embarazo, y la persistencia de ésta en el postparto si estos cambios permanecen. Aproximadamente la mitad de las mujeres con movilidad del cuello vesical refieren incontinencia de esfuerzo que persiste a los tres meses del postparto.
- ✚ Los episodios de estreñimiento, que suelen afectar a muchas embarazadas, contribuyen a aumentar, como consecuencia de los esfuerzos realizados para defecar, por lo general en valsalva, la sobredistensión del suelo pélvico y de los ligamentos viscerales. Este estreñimiento se explica en parte por el aumento de los niveles plasmáticos de progesterona que contribuye a reducir la actividad peristáltica por disminución del tono de la musculatura lisa, y por otra parte, como consecuencia de la ingesta habitual de hierro, que tiene un efecto astringente.
- ✚ Durante el embarazo, aumentan progresivamente, desde finales del primer trimestre de gestación los síntomas de polaquiuria y de urgencia miccional. Estos síntomas se pueden explicar por el aumento de producción de orina que se constata en las embarazadas, como consecuencia de las modificaciones de los niveles hormonales, y sobre todo hacia el final del embarazo, por la presión que ejercen el útero grávido y la cabeza fetal sobre la vejiga, especialmente en ortostatismo, produciendo una reducción de la capacidad vesical en este periodo.⁹

ii. Parto como factor de riesgo

De los estudios epidemiológicos se desprende que aproximadamente el 30% de las mujeres que han parido presentan una incontinencia urinaria transitoria en el postparto y un 10% presentan una incontinencia urinaria de esfuerzo persistente y severa.

Como consecuencia del parto se producen sistemáticamente lesiones perineales y alteraciones en las estructuras de sostén de las vísceras pélvicas, muchas de las cuales, a pesar de pasar desapercibidas, se pueden traducir en incontinencia urinaria y/o anorectal y en prolapso de órganos pélvicos. La primiparidad es el principal factor de riesgo, lo que se explica en parte por la mayor duración de los periodos de dilatación y de expulsivo que someten a mayor estrés a las estructuras de suspensión y sostén visceral. La ralentización del expulsivo en la primípara se debe en ocasiones a la resistencia elástica del hiato urogenital y a la falta de relajación de la musculatura perineal. Como consecuencia de ello, aproximadamente un tercio de las primíparas presentan en el postparto alguna evidencia de lesión en el esfínter anal.

En general, después del parto nos podemos encontrar con:

- ✚ Lesiones tisulares conjuntivas: pueden afectar al sistema de suspensión ligamentaria y al sistema de sostén músculo-facial (musculatura del suelo pélvico y fascia endopélvica). Las lesiones ligamentosas, generalmente distensiones, unidas a una debilidad del suelo pélvico facilitan el descenso de las vísceras pélvicas. La falta de continuidad entre la fascia visceral y la fascia parietal interrumpe la acción de la contracción del suelo pélvico sobre las vísceras pélvicas, de modo que estas no serán arrastradas hacia arriba cuando el músculo elevador del ano se contrae. Ello tendrá importancia en las situaciones de hiperpresión abdominal generadas por el esfuerzo (estornudos, tos, deporte, elevación de cargas...), cuando la resultante de las fuerzas incidirá sobre las vísceras, desplazándolas hacia abajo, sin encontrar ninguna fuerza opuesta que la contrarreste (en condiciones normales estaría representada por la contracción del suelo pélvico). En esta situación puede aparecer incontinencia urinaria de esfuerzo ya que el músculo elevador del ano no jugará su papel como esfínter periuretral, pero además se favorecen los prolapsos de órganos pélvicos, al convertirse la hiperpresión en una fuerza puramente vertical, sin desviarse hacia la concavidad sacra, sino solicitando directamente la hendidura urogenital que es una zona débil.
- ✚ Lesiones musculares: distensiones, desgarros o esclerosis cicatriciales consecuencia de los microtraumatismos. Los principales factores de riesgo obstétricos para un desgarro de tercer grado; es decir, con afectación del esfínter anal son: la primiparidad, el parto instrumental con uso de fórceps, la macrosomía fetal y la presentación occipito-posterior. Cuando los desgarros afectan al esfínter anal, pueden dar lugar a una incontinencia anal de grado variable. Así como la lesión del esfínter externo del ano se puede asociar con episiotomía o desgarro espontáneo, el esfínter interno se puede lesionar en presencia de un periné intacto, pasando en consecuencia desapercibida.
- ✚ Lesiones en la inervación: el parto vaginal, especialmente el primero, puede dar lugar a un incremento de la latencia motora terminal del nervio pudendo, ya sea por denervación parcial de la musculatura del suelo pélvico al ser sometida a una tracción excesiva o por la compresión que ejerce sobre la misma la cabeza fetal. Entre los factores de riesgo del parto que pueden producir trastornos en la inervación cabe destacar: el alumbramiento de bebés macrosómicos, tiempos de expulsión

prolongados (más en primíparas), partos instrumentalizados o la multiparidad como consecuencia de lesiones nerviosas parciales repetidas. La denervación del suelo pélvico puede dar lugar a incontinencia urinaria, descenso del suelo pélvico, síndrome perineal descendente (descenso de todas las vísceras pélvicas), estreñimiento crónico, dificultad defecatoria e incontinencia ano-rectal.

- ✚ Lesiones estructurales: en ocasiones en el transcurso del parto se puede producir una subluxación o malposición del coxis, zona de inserción de gran cantidad de fascículos musculares del suelo pélvico. En caso de malposición del coxis es de suponer que disminuirá la eficacia de la contracción de la musculatura perineal.⁹

El parto en sí mismo puede ser lesivo, pero debemos tener en cuenta que fisiológicamente la mujer está preparada para soportar un parto vaginal, gran parte de las lesiones que se producen tienen una causa yatrogénica que se podría minimizar si durante el mismo se respetara la fisiología. El principal problema es que los partos que se vienen realizando de manera convencional no la respetan:

- ✚ La postura adoptada para el expulsivo en decúbito supino con flexión, abducción y rotación externa de caderas y flexión de rodillas, no es la más idónea, independientemente de que consideremos que las posiciones en cuclillas o cuadrupedia respeten más la fisiología, en la postura adoptada la rotación externa de caderas produce una aproximación de las tuberosidades isquiáticas disminuyendo los diámetros del estrecho inferior cuando si algo necesitamos en estos momentos es la mayor apertura posible del mismo, para ello se deberían colocar las caderas en rotación interna que aumenta el diámetro bituberoso.
- ✚ Por otra parte, el tipo de pujo. En cada contracción uterina se le dice a la mujer que eleve el tronco, bloquee la respiración y empuje en apnea inspiratoria. Pero si se empuja al mismo tiempo que se contrae el útero se puede producir una distensión excesiva del sistema de suspensión, lo que disminuirá la eficacia de la contracción, y además se deprimirá mucho el suelo pélvico. Lo que empuja al bebé fuera es la contracción uterina y para que esta sea eficaz en el expulsivo hace falta que el útero se encuentre bien anclado por los ligamentos y que el suelo pélvico le ofrezca contraapoyo. Si hay una hipotonía del suelo pélvico, esta dificulta la salida de la cabeza fetal, ya que, en cada pujo el suelo pélvico se abombará cada vez más.
- ✚ Prácticas tales como la maniobra de Kristeller (presión abdominal realizada por un tercero durante el expulsivo) o la instrumentación (uso de fórceps), son tremendamente lesivas para las estructuras tisulares del suelo pélvico y las estructuras de sostén de las vísceras pélvicas.
- ✚ La episiotomía, es tema de controversia en relación con su eficacia real en la prevención de lesiones perineales, pero además no está exenta de riesgo, en especial la medial, que puede fácilmente desgarrar el esfínter externo del ano. La episiotomía disminuye la tensión a nivel del suelo pélvico, sin embargo, hace falta esa tensión, ese contraapoyo para evitar que el periné se abombe en exceso como consecuencia de la presión ejercida por la cabeza fetal durante el pujo. Además con la episiotomía se corta el nervio hemorroidal inferior que proporciona sensibilidad al cuarto inferior del periné, este en ocasiones se regenera mal y puede dar lugar a dispareunia postparto. Por todo ello, las episiotomías deberían ser selectivas, incluso en la primípara.⁹

Muchos estudios ponen en evidencia que el parto por cesárea disminuye el riesgo de disfunción perineal esfinteriana, aunque para algunos autores, la cesárea, solo protege el suelo pélvico cuando es practicada precozmente, pero no la tardía de urgencia realizada con un trabajo de parto ya avanzado. Algunos autores sugieren que la cesárea electiva se debería recomendar únicamente a las mujeres que tienen un alto riesgo de sufrir daño del suelo pélvico, por ejemplo, a aquellas mujeres que sufrieron un desgarro de tercer grado en un parto previo y que presentan síntomas de incontinencia asociados al mismo.

Otro tema de controversia es la anestesia epidural, porque si bien es cierto que relaja perfectamente la musculatura perineal también lo es que ralentiza los tiempos de expulsivo y que la mayor parte de las veces se acompaña del uso de los fórceps.⁹

3. Ejercicios de recuperación:

i. Ejercicio físico durante el puerperio

Los ejercicios de recuperación postparto están enfocados a una mejora de la forma física y recuperación del suelo pélvico.

Gimnasia post-parto

✚ Respiración torácica:

- ✓ Ejercicio de oxigenación y relajación que se realizará como preparación del resto de los ejercicios (se hará de pie), así como para finalizar los mismos (se puede hacer en decúbito supino).
- ✓ Desde la posición inicial, se extienden o se suben (dependiendo si se hace de pie o en decúbito supino, respectivamente) los brazos y finaliza volviendo a la posición inicial.
- ✓ Se tomará aire por la nariz al extender o subir los brazos y se soltará por la boca al volver a la posición inicial.

✚ Tabla de ejercicios:

- ✓ *Pelvis:*
 - Bascular la pelvis: ejercicio que ayuda a corregir las curvas de la columna y a potenciar los músculos abdominales y glúteos. Tumbadas boca arriba, con las piernas ligeramente flexionadas, metemos el vientre hacia dentro, elevando del suelo la cadera, al mismo tiempo que apretamos los glúteos hacia arriba. Durante todo momento, la espalda estará en contacto con la colchoneta. Mantenemos esta posición de dos a tres segundos y volvemos a la posición inicial relajando suavemente los músculos contraídos.
 - Alargamiento de músculos de la cadera (Psoas iliaco): ayuda a mantener la pelvis en posición correcta. En decúbito supino, flexionar la rodilla y cadera hacia el pecho, mientras se mantiene la pierna contraria estirada lo más posible. Se debe realizar el ejercicio primero con una pierna y luego con la otra, alternativamente.
- ✓ *Abdominales:*
 - Potenciación de los músculos abdominales bajos: ayuda a reducir el vientre. Tumbada boca arriba, flexionamos en ángulo recto (90º) los muslos con el tronco, contraemos el vientre y subimos las rodillas hacia el pecho con los pies flexionados. Desde esta posición estiramos suavemente la rodilla derecha y luego la izquierda, siempre con el abdomen contraído. Volvemos lentamente a la posición inicial.

- Potenciación de los músculos abdominales altos: tumbada boca arriba y con las manos entrelazadas bajo la nuca, flexionamos cabeza y tronco hacia las rodillas, y volvemos a la posición inicial.
- ✓ *Glúteos:*
 - Potenciación de los músculos glúteos medios: estabiliza la pelvis y mejora la marcha. En decúbito lateral, subir la pierna 45º sobre la horizontal de la columna y volver a la posición inicial. Realizarlo primero con una pierna y después con otra.
 - Potenciación de los músculos glúteos mayores: arrodillándose en cuadrupedia, alinear los brazos al nivel de las rodillas (en flexión y unidos codo y rodilla), apoyando los antebrazos en la colchoneta, y las rodillas por delante de las caderas, estirar y elevar una pierna procurando que no suba por encima de la columna. Volver a la posición inicial y hacer el ejercicio con la otra pierna.
- ✓ *Tórax:*
 - Alargamiento de los músculos del tórax: sentada con las caderas y rodillas flexionadas, sujetamos la pelvis con una mano mientras el brazo opuesto lo elevamos al máximo flexionando la parte alta del tronco hacia el lado contrario. Volvemos suavemente a la posición inicial. Realizamos el ejercicio primero con un brazo y luego con el otro.
- ✓ *Rotación del tronco:*
 - Sentadas en el suelo con las piernas abiertas y flexionadas levemente intentamos mantener la columna lo más recta posible.
 - Con las manos sobre las caderas, en forma de jarra, girarnos el tronco suavemente cuanto sea posible, de forma rítmica hacia un lado y hacia el otro. Repetimos este ejercicio alternativamente y acabar en el punto de partida.
 - Con este movimiento ayudamos a flexibilizar la columna.
- ✓ *Espalda:*
 - Flexibilizar la columna: nos sentamos en el suelo con los muslos colocados sobre las espinillas, de tal forma que los pies nos queden bajo los glúteos. Mantenemos la espalda lo más recta posible y, a continuación, avanzamos con las manos intentando tocar la colchoneta con el pecho. Volvemos a la posición de partida suavemente, manteniendo la pelvis estable.
 - Potenciación de los músculos altos de la columna: nos colocamos en el suelo con las piernas flexionadas y ligeramente abiertas, con los muslos colocados sobre las espinillas, de tal forma que los pies nos queden bajo los glúteos. Con el cuerpo totalmente echado hacia delante y la cabeza apoyada en la colchoneta, empezamos a elevar los brazos y suavemente subimos cabeza y tronco. Volvemos gradualmente a la posición de partida, manteniendo la barbilla metida en todo el recorrido.⁷

ii. Técnicas básicas para reeducación perineal

Las tres técnicas básicas son las siguientes: cinesiterapia, biofeedback y electroestimulación. La decisión sobre qué técnica utilizar o a cuál se le dedica más tiempo debe basarse más en la paciente (tipo de incontinencia que presenta, estado del periné, predominio de uno u otro tipo de fibras musculares, capacidad de aprendizaje, motivación, perseverancia en la realización de ejercicios de mantenimiento) y debe seguir

siempre una pendiente ascendente, desde las medidas más sencillas e inocuas a las más agresivas, pero consiguiendo siempre los objetivos terapéuticos preestablecidos.

✚ Cinesiterapia (ejercicios musculares del suelo pélvico): los ejercicios del suelo pélvico constituyen una parte fundamental en los tratamientos de reeducación vesicoesfinteriana. Fueron descritos inicialmente por J.W. Davis, aunque fue Arnold Kegel quien los detalló en 1948, conociéndose desde entonces como “**ejercicios de Kegel**”. Estos, por lo general, se aprenden en la preparación al parto y se pueden comenzar a realizar en las primeras 24-48h del puerperio.

a. Indicaciones:

- **Problemas de incontinencia urinaria de esfuerzo.**
- Problemas de incontinencia urinaria mixta y motora.
- Problemas de incontinencia tras una cirugía de próstata.
- Problemas de incontinencia fecal.

b. Objetivos: varían según la patología con la que nos encontramos.

- En los trastornos de la estática pélvica:
 - ✓ Reforzar el sistema de sostén.
 - ✓ Asegurar la protección instantánea durante el esfuerzo o situaciones de riesgo.
- En los trastornos vesicoesfinterianos:
 - ✓ La inhibición vesical mediante la contracción perineal voluntaria (activación del reflejo inhibitor perineodetrusoriano).
 - ✓ La continencia activa durante el esfuerzo.
 - ✓ Restablecimiento instantáneo del cuello vesical en el eje de presión.

c. Fases:

- Fase de información: es muy importante explicar a la paciente, de la forma más comprensible posible, la fisiopatología de la incontinencia, los componentes anatómicos básicos y la función de la musculatura perineal. Es imprescindible crear un clima de confianza con la mujer e implicarla de forma activa en el tratamiento.
- Fase de identificación: es una parte fundamental y difícil ya que muchas mujeres no saben localizar correctamente su periné y ante la orden de contracción activan grupos musculares diferentes. Para aprender cuáles son, resulta de gran utilidad seguir las siguientes instrucciones de forma ordenada (junto con anexo IV):
 - ✓ Lubricarse un dedo con un poco de agua y colocarlo en la vagina o ano.
 - ✓ Contraer los músculos abdominales y centrarse en las sensaciones que se experimentan. Informar que eso no es lo que se debe sentir cuando se contraen los músculos apropiados.
 - ✓ Con los músculos abdominales relajados y mientras se expulsa aire por la boca poco a poco, apretar alrededor del dedo como si se tratase de parar el movimiento de los intestinos (controlar una defecación o diarrea). Explicar que recuerde esa sensación, ya que ésta sí es la que debe sentir cuando se contraen los músculos apropiados (este es el ejercicio básico de entrenamiento). Se pueden utilizar otras estrategias para enseñar a la paciente:
 - ✚ Interrupción del chorro de orina: se sentará en el inodoro con el tronco inclinado hacia delante y las piernas separadas al máximo. Debe comenzar a orinar y parar en la mitad, luego volver a orinar y parar de nuevo. Después, seguir orinando hasta acabar.

- ✚ Se realizará una vez por micción.
- ✚ No en todas las micciones.
- ✚ Sólo en esta fase de terapia.
- ✓ Visualización perineal en un espejo: observando cómo asciende el periné o cómo se cierra el introito de modo simultáneo a la contracción perineal.¹
- Fase de terapia activa: consiste en la realización de una serie de contracciones lentas, rápidas y contra resistencia de la musculatura perineal.
 - ✓ Contracciones lentas: mantenidas durante cinco segundos en series de diez. Progresivamente se irá incrementando el tiempo de mantenimiento de la contracción y el número de repeticiones por serie.
 - ✓ Contracciones rápidas: a modo de sacudida, en series de diez intercaladas entre las series anteriores. Se realiza un mínimo de 2-3 series de cada, teniendo en cuenta que cada contracción debe ir seguida siempre de, al menos, el mismo tiempo de relajación. Habitualmente se utiliza una relación trabajo-reposo de 1-2 y en caso de músculos muy débiles el tiempo de reposo será mayor.
 - ✓ Contracciones contra resistencia: se introduce en el entrenamiento cuando el periné ha adquirido ya un cierto tono. Para ello se pueden utilizar los dedos del terapeuta que, mediante tacto vaginal con la palma orientada hacia la camilla, ejerce una fuerza que se opone al movimiento. Algunos autores utilizan tubos Pyrex lastrados con cargas progresivas o conos vaginales para estos ejercicios.
- Fase de mantenimiento: es necesario mantener los ejercicios de forma regular, ya que la mejoría que se obtiene en la fase activa puede perderse en 10-20 semanas si se abandonan los ejercicios. La pauta de ejercicios de mantenimiento es dos veces cada veinticuatro horas, preferentemente al levantarse y al acostarse, mínimo diez minutos cada vez.

Cómo se practican los ejercicios de Kegel: para facilitar el aprendizaje, se puede probar inicialmente:

- Sentarse bien atrás en una silla, con los pies y piernas cómodamente apoyadas, las piernas ligeramente separadas, inclinándose hacia delante, apoyando los codos o antebrazos sobre los muslos.
- Contraer los músculos de la vagina tres segundos y luego relajar. Debe repetirse diez veces.
- Contraer y relajar lo más rápido que se pueda y repetirlo veinticinco veces.
- Imaginar que se sujeta algo en la vagina, manteniendo esa posición durante tres segundos y relajar. Repetir diez veces.
- La frecuencia de estos ejercicios debe ser tres veces diarias.

Cómo se practican los ejercicios de Kegel en iniciadas:

- Tumbarse en el suelo con las rodillas dobladas y las plantas de los pies cara a cara.
- Mantener los músculos del abdomen y la vagina en posición relajada.
- Imaginar las paredes interiores de la vagina e intentar acercarlas contrayendo los músculos.
- No flexionar los músculos del abdomen ni presionar los glúteos.
- Contraer lentamente contando hasta diez.
- Mantener los músculos contraídos con la vagina cerrada, contando hasta diez.
- Continuar la contracción contando hasta diez.

- Relajar contando hasta diez y volver a empezar.

Errores más comunes al realizar los ejercicios de Kegel: un 40% de las mujeres no saben contraer su periné aún después de haber recibido minuciosas instrucciones individuales. Es importante hacer los ejercicios correctamente; la forma incorrecta puede causar que la incontinencia empeore. Los errores más comunes incluyen:

- La contracción de los glúteos, aductores y, sobre todo, los músculos abdominales.
- Aguantar la respiración o apretar el tórax mientras se contraen los músculos.
- Aumentar el número y la frecuencia del ejercicio.
- Peor aún es que un 25% de las mujeres invierten el orden y, en vez de contraer, empujan.

Esto debe ser eliminado antes de empezar la terapia activa ya que puede tener serias consecuencias, puesto que agrava la incontinencia y los prolapsos incipientes, con mayor motivo si se da en el postparto.

✚ **Biofeedback:** es un método de reforzamiento positivo. Consiste en el empleo de electrodos que se colocan en el abdomen y a lo largo de la zona anal para hacer conscientes funciones biológicas que habitualmente no lo son, haciendo posible su control o modificación por parte del sujeto.

✚ **Electroestimulación:** consiste en la estimulación de las fibras nerviosas y musculares mediante la aplicación de estímulos eléctricos. En el campo de la incontinencia urinaria pretende establecer el equilibrio vesicouretral actuando sobre los diferentes elementos musculares implicados y los reflejos miccionales alterados.⁴

iii. Abdominales Hipopresivos

Marcel Caufriez es un fisioterapeuta belga, especializado en urología, que se dio cuenta de que tras los partos las mujeres que trabajaban con él para recuperar su figura tras el embarazo, con los abdominales tradicionales, en vez de mejorar, empeoraban. Entonces, se puso a investigar. En este tipo de ejercicio el trabajo es postural y tiene una serie de posturas: se debe alargar la columna vertebral; existen colocaciones específicas para trabajar los serratos, músculos antagonistas al diafragma; se necesita también abrir mucho el diafragma, músculo muy importante para la respiración, y todo esto hay que realizarlos en apnea; es decir, sin respirar.

Existe el sistema RSF (Reprocessing Soft Fitness) que está enfocado a trabajar los abdominales hipopresivos. Se deben realizar pasada la cuarentena. Estos trabajan la cinta abdominal sin presionar al suelo pélvico y ayudan a tonificar la musculatura perineal. Todas las ventajas se logran debido al músculo transversal abdominal, que es el músculo más profundo de esta zona del cuerpo. Su función es de corsé o de faja, puesto que sujeta los órganos internos. Cuando se estornuda o se ríe, este músculo, en un acto reflejo, se tiene que contraer para proteger los órganos. De lo que se trata es de reprogramar, de reeducar este músculo para que vuelva a contraerse. Las personas que hacen mal los abdominales tradicionales, las que no mantienen el abdomen contraído, ceden ese músculo que deja de hacer su función. Entonces, cuando se ríen o tosen, el abdomen se sale para afuera, en vez de contraerse, que sería su movimiento natural. Una incorrecta realización de ejercicios además de la pérdida de orina, también puede provocar prolapsos, desprendimientos de órganos, sobre todo del útero o la vagina, porque el

suelo pélvico está cedido. Si los prolapsos son débiles se pueden corregir con los abdominales hipopresivos. Pero para solucionar los más graves, es necesario operarlos.

A diferencia de los abdominales tradicionales, en los hipopresivos se trata de trabajar sin presión. Se hace un vacío abdominal para que no haya presión. Esto es, se mete el abdomen y todos los órganos mientras se contiene la respiración. De esta manera, esas fibras que trabajan de modo reflejo o involuntario se activan y esto provoca que se recupere ese suelo pélvico. En cambio, en los tradicionales hay presión y se da un empuje del suelo pélvico hacia fuera.

Con diez ó quince minutos al día es suficiente para reprogramar esa faja abdominal, volver a educarla para que el abdomen se meta para dentro y no salga para fuera. La única contraindicación es para las personas con hipertensión, ya que no pueden estar tanto tiempo en apnea. Entonces en vez de hacer series de 20 segundos, deben hacerlas más cortas para que no les suba la tensión.

Los ejercicios hipopresivos engloban diversas Técnicas Hipopresivas con posturas y movimientos que logran una disminución de la presión en las cavidades torácica, abdominal y pélvica.

Las Técnicas Hipopresivas se realizan con la ayuda de un profesional a través de ejercicios físicos rítmicos complejos de reprogramación corporal que permite al sistema nervioso cerebral modificar el esquema corporal y emocional, y que tienen la característica en común de lograr una disminución de la presión intrabdominal (aproximadamente 50mmHg).

Aunque depende de la situación de partida de cada persona, el tiempo necesario suele durar unos dos meses y puede llegar a seis, aunque requiere que los ejercicios se realicen correctamente y de forma constante, unos 20 minutos, dos días a la semana en el primer mes y cada día o cuatro o cinco días en el siguiente sería suficiente. A partir de este momento, sólo será necesario un mantenimiento periódico.⁵

4. Cuestionario de satisfacción a los profesionales (Anexo VI)

Al finalizar las clases de formación se les pasará un cuestionario de satisfacción y evaluación para saber la opinión de los profesionales respecto a la formación recibida.

b) Cronograma para los profesionales de enfermería

El plan de formación de los profesionales de enfermería de la primera y segunda planta de la maternal como se ha señalado anteriormente, sería el siguiente:

- ✚ Las clases serán impartidas por las matronas del Complejo Hospitalario de Navarra, ya que son enfermeras especialistas en obstetricia. Irán impartiendo las clases en dos días consecutivos una vez al mes, durante un total de 6 meses; de esta forma, cada profesional podrá escoger el momento que le convenga sin estar limitado por los turnos de trabajo.

- ✚ El programa se comenzará el martes y miércoles de la primera semana de julio, y así sucesivamente cada mes. El horario irá alternándose, un mes se hará de mañana y al siguiente de tarde.
- ✚ La formación tendrá lugar en el salón de actos del Hospital Virgen del Camino con la ayuda de una presentación en PowerPoint (anexo V).
- ✚ Cada mes, los dos días impartiría las clases la misma matrona, para saber que se ha dado, los conocimientos de los profesionales... con dos horas de duración cada día, sumándole al último quince minutos para el cierre y evaluación de las sesiones.

Tabla 1: Cronograma de impartición de clases a los profesionales de enfermería:

Día 1 (Martes, un mes a las 10:00h y el siguiente mes a las 17:00h)	Día 2 (Miércoles, un mes a las 10:00h y el siguiente mes a las 17:00h)
Acogida y presentación (15´)	Recordar teoría día anterior (15´)
Conocimientos sobre el suelo pélvico de los profesionales y teoría sobre ello (45´)	Ejercicio físico durante el puerperio (45´)
Embarazo y parto como factores de riesgo (1h)	Técnicas básicas para reeducación perineal y abdominales hipopresivos (1h)
	Cierre y evaluación (15´)

c) Guía para la explicación a las puérperas

Una vez hayan asistido a las clases de formación, estos profesionales de enfermería, comenzarán a enseñar a las mujeres ingresadas después del parto las diferentes técnicas a realizar para la recuperación del suelo pélvico. La guía que se propone como apoyo para la explicación a las puérperas es:

1. Introducción del suelo pélvico

El suelo pélvico es la base que cierra la apertura inferior de la cavidad pelviana y está formada por una serie de capas que comprenden desde el peritoneo que recubre las vísceras pélvicas hasta la piel de la vulva. Está formado por estructuras musculares, estructuras conectivas y ligamentos. Todos ellos se fijan a la pelvis ósea y forman una hamaca sobre la que se apoyan las vísceras pélvicas.¹¹

El puerperio es el periodo de tiempo que transcurre desde el final del parto hasta 6-8 semanas del postparto. Este periodo consta de tres etapas, el postparto inmediato (abarca las primeras 24 horas después del parto), el postparto mediato (hasta los 10 días después del parto) y el postparto tardío (hasta los 40 días después del parto o la primera menstruación). Muchas de las incontinencias que encontramos en el postparto inmediato son transitorias, pero no se deben descuidar ya que pueden ser un indicador perfecto de

daños perineales y de un mayor riesgo de aparición de incontinencia urinaria en etapas posteriores de la vida.

- ✚ En el puerperio: durante las 6-8 semanas después del parto tiene lugar la involución de los tejidos y del útero hacia la normalidad. Este periodo coincide con el afán de las mujeres de reducir su abdomen, lo que las lleva a practicar ejercicios abdominales clásicos, o en el mejor de los casos, a incorporarse cuanto antes al ritmo de vida cotidiano. Todo ello conlleva esfuerzos con un periné distendido, una vagina abierta y una cincha abdominal laxa. En estas condiciones hay que evitar el fortalecimiento clásico de la musculatura abdominal por la presión que engendra a nivel intrabdominal distendiendo, más si cabe, los ligamentos viscerales y el suelo pélvico. Ello favorecerá el descenso de órganos y la instauración de una incontinencia urinaria de esfuerzo por ptosis de la unión uretrovesical. En 1948 A. Kegel señaló el valor de los ejercicios de la musculatura del suelo pélvico para restaurar su función después del parto. Introdujo un régimen de ejercicios con resistencia progresiva, y constató su eficacia en la prevención de la incontinencia urinaria de esfuerzo. En este periodo se aconseja, evitar cargar pesos y habrá que realizar ejercicios de Kegel. Además resultan muy convenientes los ejercicios de aspiración diafragmática, preconizados por Caufriez realizados en apnea espiratoria y en determinadas posturas facilitadoras de la relajación del diafragma, los cuales hay que realizarlos bajo la supervisión de un profesional.
- ✚ Pasado el puerperio: a partir de la octava semana después del parto habría que realizar de manera sistemática una valoración pelvi-perineal y en función de la misma programar la actuación.⁹

2. Cómo realizar el ejercicio físico durante el puerperio

El personal de enfermería explicará la información relacionada con el punto 4 de la página 14 del “plan de formación de los profesionales de enfermería”, siempre adaptando la formación y los conocimientos previos de cada puérpera.

3. Cómo realizar los ejercicios del suelo pélvico, con entrega de anexo I, anexo II y anexo IV

El personal de enfermería les explicará y enseñará cómo se realizan los ejercicios, adaptándose a la situación de cada puérpera y realizando una demostración para hacerlo más visual. También les entregarán dos folletos para que los tengan como referencia en su domicilio.

4. Cómo realizar las diferentes técnicas de reeducación perineal

El personal de enfermería explicará información relacionada con el apartado c) de Cinesiterapia del punto 5 de la página 15 del “plan de formación de los profesionales de enfermería”, siempre adaptando la información a los conocimientos de cada puérpera.

5. Consejos relacionados con el ejercicio en el postparto

Los ejercicios a realizar en casa pueden seguir la siguiente pauta: contracciones lentas y rápidas, en series de diez, intercaladas, durante quince minutos, dos veces al día, preferentemente antes de levantarse por la mañana y al acostarse por la noche (supone crear un hábito de trabajo).

Hay que adquirir el hábito de realizar los ejercicios con regularidad, asociándolos a alguna actividad cotidiana: cada vez que toque agua si está en casa, cuando conteste al teléfono si está en una oficina, cuando el semáforo se ponga rojo si conduce, etc. Nadie notará que está haciendo ejercicios de suelo pélvico.

Se realizarán un mínimo de 2-3 series de cada (contracciones lentas y rápidas), teniendo en cuenta que cada contracción debe ir seguida siempre del mismo tiempo de relajación. Progresivamente se irá incrementando el número de repeticiones hasta alcanzar diez veces al día (cinco contracciones lentas y cinco rápidas).

Si se es constante y regular en la práctica diaria de estos ejercicios se empezará a notar mejoría en unas 5-6 semanas y, con dedicación diaria, los músculos del suelo pélvico adquirirán el tono ideal en tan solo 4-6 meses.⁶

6. Recomendaciones en el postparto, con entrega de anexo III

El personal de enfermería les explicará cuales son las recomendaciones a seguir en el postparto y les entregará un folleto para que lo tengan como referencia en su domicilio, siempre adaptando la información a los conocimientos de cada puérpera.

7. Cuestionario de satisfacción a las puérperas (anexo VI)

Al finalizar las explicaciones, que coincidirá con el día del alta hospitalaria, se les pasará un cuestionario de satisfacción y evaluación para saber la opinión de las mujeres respecto a la información recibida.

d) Cronograma para las puérperas

Los profesionales de enfermería que vayan asistiendo al taller y sean formados en este tema, podrán comenzar a poner en práctica sus conocimientos con las puérperas que ingresen en la planta.

- ✚ En las primeras 24 horas del puerperio, comenzarán preguntando a la mujer sobre los conocimientos que tiene en relación al suelo pélvico y los diferentes ejercicios de reeducación perineal, para ir añadiendo la información pertinente en función de lo que sepa cada mujer.
- ✚ En estas primeras horas también se les entregarán los folletos (anexos I, II, III y IV) para que los tengan como referencia.
- ✚ Esta explicación se les dará individualmente en su habitación en diferentes momentos del día, para no agobiarlas demasiado. También se les dará la opción de acudir a la parte práctica que se dará en grupo al día siguiente.
- ✚ De esta forma, tras las primeras 24 horas del parto y teniendo en cuenta la situación de cada mujer, comenzará la parte práctica hasta el momento del alta, supervisando la realización de estos ejercicios y corrigiendo los errores realizados en una de las salas de esa misma planta del hospital.

Tabla 2: Cronograma de explicación a las puérperas:

Día 1: Formación teórica (en distintos momentos del día y muy breve)	Día 2: Clase práctica (30´)
Conocimientos sobre el suelo pélvico y los ejercicios de recuperación de cada puérpera, añadiendo la teoría pertinente	Muestra y realización de Ejercicios de Kegel (10´)
Entrega de folletos y dar la opción a que acudan a la parte práctica del día siguiente	Supervisión y corrección de errores en la puesta en práctica (15´)
	Cierre y evaluación (5´)

V. CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta los objetivos planteados al inicio del trabajo, podemos concluir:

- ✚ En primer lugar, señalar que la revisión bibliográfica, la selección y la lectura de los documentos encontrados ha permitido disponer de la información necesaria para la elaboración del trabajo.
- ✚ En base a la información seleccionada se ha preparado el material para impartir un curso de formación dirigido al personal de enfermería de la primera y segunda planta de la maternal.
- ✚ Con la información aportada en el curso, se ha realizado una propuesta para la explicación del tema a las mujeres en el postparto.

Finalmente, tras la evaluación de la propuesta por parte de las Jefas de Unidad de Enfermería de los servicios implicados, si procede, se pondría en marcha el programa y se llevaría a cabo su posterior evaluación de resultados.

VI. AGRADECIMIENTOS

- ✚ A la Universidad Pública de Navarra y, en concreto, a la Facultad de Ciencias de la Salud por haberme formado en esta etapa.
- ✚ A Osasunbidea, por permitirnos realizar las prácticas en sus servicios.
- ✚ A todo el personal del Servicio de Partos, por haberme acogido y enseñado sobre el tema para poder realizar este trabajo.
- ✚ A M^a Dolores Redín Areta, por haberme guiado y tutorizado en la realización del trabajo.
- ✚ A mi familia, por haberme apoyado y comprendido estos cuatro años.

VII. BIBLIOGRAFÍA

1. Moreno J, et al. Recuperación y reeducación perineal. Cátedra y Servicio de Urología. Hospital Clínico San Carlos. 2000; 8. Madrid. Consultada el día 16 de Enero de 2014, en: http://dialnet.unirioja.es/buscar/documentos?query=Dismax.DOCUMENTAL_TODO=recuperacion+y+reeducacion+perineal
2. Sánchez M.I, et al. Influencia de la actuación de la matrona ante la incontinencia urinaria de esfuerzo durante el embarazo, parto y puerperio. Unidad Docente de Matronas de Madrid. Matronas Profesión. 2001; 2 (6). Consultada el día 16 de Enero de 2014, en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7590/173/influencia-de-la-actuacion-de-la-matrona-ante-la-iue-durante-el-embarazo-parto-y-puerperio>
3. Martínez S. Posparto y calidad de vida. Profesora titular E. U. Fisioterapia, 2011. A Coruña. Consultada el día 16 de Enero de 2014, en: <http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/2183/9098/1/CC119-art10.pdf>
4. García A.I, et al. Reeducación del suelo pélvico. Servicio de Urología del HGU Gregorio Marañón. 2005; 94. Consultada el día 23 de Abril, en: <http://www.dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3099456>
5. Caufriez M. ¿En qué consisten los abdominales hipopresivos? Método Hipopresivo. Consultada el día 23 de Abril de 2014, en: http://www.metodohipopresivo.com/index.php?option=com_content&view=article&id=49&Itemid=66&lang=es
6. Ejercicios para la incontinencia urinaria. Clínica Universitaria de Navarra. Servicio de Urología. Consultada el día 23 de Abril de 2014, en: <http://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/cuidados-casa/ejercicios-incontinencia-urinaria>
7. González Sanz J D. et al. Guía Orientadora para la Preparación al Nacimiento y Crianza. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2014. Junta de Andalucía. Con la colaboración de la Universidad de Huelva y la Universidad de Sevilla. Consultada el día 23 de Abril de 2014, en: http://www.enfermeriasoria.com/docs/descargas_alberca/PreparacionAlNacimiento_2014.pdf
8. Páramo V. Ejercicios de Suelo Pélvico. Consultada el día 14 de Mayo de 2014, en: <http://www.victoriaparamo.org/p/suelo-pelvico.html>
9. Ferri Morales A, Amostegui Azkúe J.M. Prevención de la disfunción del suelo pélvico de origen obstétrico. Fisioterapia. 2004; 26 (5). Consultado el día 14 de Mayo de 2014, en: <http://bddoc.csic.es:8080/detalles.html;jsessionid=75BAE913FD1DC143879AA7AD64B76AF5?id=262739&bd=IME&tabla=docu>
10. Recomendaciones en el Postparto. Asociación Española de Fisioterapeutas. Consultada el día 14 de Mayo de 2014, en: <http://www.aefi.net/Fisioterapiaysalud/fisioterapiapostparto.aspx>

11. Revista Decana de la Especialidad Toko-Ginecología Práctica. Noviembre - Diciembre 2010; 69 (6). Navarro L, et al. Anatomía quirúrgica del suelo pélvico. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Unidad de Suelo Pélvico del Hospital Sanitas La Zarzuela. Madrid. Consultada el día 23 de Mayo de 2014, en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4682984>
12. Fisioterapia para la Incontinencia Urinaria. Blog de Fisioterapia. Consultada el día 30 de Mayo de 2014, en: <http://blogfisioterapia.salud.es/fisioterapia-para-la-incontinencia-urinaria>

VIII. ANEXOS

Anexo I


- ✚ Folleto para entregar a cada mujer (Fisioterapia para la Incontinencia Urinaria. Blog de Fisioterapia. Consultada el día 30 de Mayo de 2014, en: <http://blogfisioterapia.salud.es/fisioterapia-para-la-incontinencia-urinaria>):

EJERCICIOS DEL SUELO PÉLVICO

Los ejercicios mejoran el tono de la musculatura pelviana, constituyen la mejor opción para la prevención de la incontinencia de esfuerzo y el tratamiento eficaz de la incontinencia urinaria de esfuerzo.

En posición de descarga de la pelvis debemos estar unos cinco minutos antes de iniciar los ejercicios del suelo pélvico, para ello colocamos al paciente estirado sobre una colchoneta, mejor que en una zona blanda, en posición supina, con las rodillas dobladas a 90 grados, apoyadas encima de un taburete y con un cojín debajo la pelvis


A continuación, con las rodillas flexionadas y ligeramente separadas, iniciar una serie de cinco inspiraciones profundas abdominales, efectuando la entrada del aire por la nariz, seguida con una expulsión suave y lenta por la boca, hasta llegar a un punto máximo, con ello se moviliza el diafragma hacia el tórax y se invierten las presiones en el interior del abdomen.



1 PRIMER EJERCICIO. Se realiza estirado en posición de decúbito supino y con ambas rodillas flexionadas y ligeramente separadas, con las plantas de los pies apoyadas en el suelo. Se inicia una inspiración por la nariz lentamente, hinchando la barriga (respiración abdominal), a continuación una espiración por la boca lentamente, al mismo tiempo de la espiración, una contracción de cierre hacia arriba del ano. Una vez terminada la espiración unos momentos de relajación y empezar nuevamente el ejercicio hasta completar las repeticiones que se han propuesto.

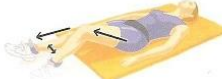
El número de repeticiones de un ejercicio ha de ser creciente gradualmente pero evitando la fatiga muscular que comporta la utilización de un músculo hipotónico.

El objetivo a conseguir es la realización de treinta repeticiones repartidas en tres bloques de diez, intercalando en cada bloque un descanso de uno o dos minutos.

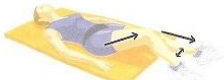


2 SEGUNDO EJERCICIO. Se realiza en la misma posición que el primero pero con una variación, la extensión de una rodilla y dejamos la otra flexionada como en la posición anterior, en esta posición se hace una inspiración profunda abdominal por la nariz seguida de la espiración lenta por la boca con una contracción mantenida, mientras dure la espiración, de la musculatura del suelo de la pelvis.

Como en el ejercicio anterior el número de repeticiones ha de ser gradual hasta llegar a una tanda de treinta repartida en tres bloques de diez.




3 TERCER EJERCICIO. Se realiza en la misma posición anterior pero alternando la posición de las piernas, efectuando el mismo número de repeticiones y con la misma metodología.



4 CUARTO EJERCICIO. Se realiza sentada en una silla o taburete, separando ligeramente las rodillas, estas han de estar a la misma altura que las caderas, con el tronco inclinado hacia delante unos treinta o cuarenta grados y los brazos descansando encima de las piernas. En esta posición de base se realiza la contracción de la musculatura del suelo pélvico cerrando el ano. Como en las veces anteriores se mantiene la contracción unos cinco segundos aproximadamente, a continuación relajarse durante unos diez segundos.


Como en los ejercicios anteriores el inicio es siempre gradual hasta alcanzar treinta repeticiones en tres tandas de diez y un intervalo de uno o dos minutos cada vez.



5 QUINTO EJERCICIO. En posición de bipedestación, con las piernas ligeramente separadas y los pies en ligera rotación interna, con las puntas de los pies hacia dentro, en esta postura iniciar la contracción de la musculatura del suelo pélvico, mantenerse en esta posición cinco segundos, a continuación relajarse diez segundos.

El número total de repeticiones recomendadas es también de treinta, siempre siguiendo las mismas recomendaciones.

Durante todos los ejercicios hasta ahora explicados se estimulan fibras motoras con contracción lenta y mantenida.



Anexo II

- ✚ Folleto para entregar a cada mujer (Páramo V. Ejercicios de Suelo Pélvico. Consultada el día 14 de Mayo de 2014, en: <http://www.victoriaparamo.org/p/suelo-pelvico.html>):

EJERCICIOS DE SUELO PELVICO

1. De pie con las piernas bien separadas, pon las manos en los glúteos y asegúrate que no los utilizas cuando tensas la musculatura del suelo pelviano hacia arriba y hacia dentro.



2. Sentada y sin apoyar la espalda, curva la columna hacia dentro y contrae la musculatura del suelo pelviano. Concéntrate para utilizar únicamente la musculatura de la vagina y la uretra.



3. De pie con las rodillas flexionadas, apoyando los brazos en los muslos, presiona con los músculos hacia el suelo pelviano hacia arriba y hacia adentro.



EJERCICIOS DE SUELO PELVICO

4. Sentada sobre una silla, sin apoyar la espalda, separa las piernas y coloca un objeto entre ellas que provoque algo de resistencia, como por ejemplo un cojín. Contrae los músculos.



5. Sentada o tumbada, cruza las piernas y aprieta las partes externas de los pies una contra otra.



6. Siéntate con las piernas cruzadas y la espalda recta. Tira hacia arriba del suelo pelviano, separándolo del suelo



7. Es muy importante que seas capaz de reaccionar ante repentinos ataques de tos, risa o ejercicios que aumenten la presión en la vejiga. Necesitas practicar contracciones rápidas, contrayendo el suelo pelviano y reteniéndolo durante un segundo, así hasta un máximo de 10 veces. También es conveniente ante una urgencia miccional, el inclinarse hacia delante para disminuir de esa manera la presión de la vejiga

Anexo III

- ✚ Folleto para cada mujer sobre Recomendaciones en el Postparto (Asociación Española de Fisioterapeutas. Consultada el día 14 de Mayo de 2014, en: <http://www.aefi.net/Fisioterapiaysalud/fisioterapiapostparto.aspx>):

RECOMENDACIONES EN EL POSTPARTO

POSTPARTO INMEDIATO (Primeras 48 horas-primer semana)

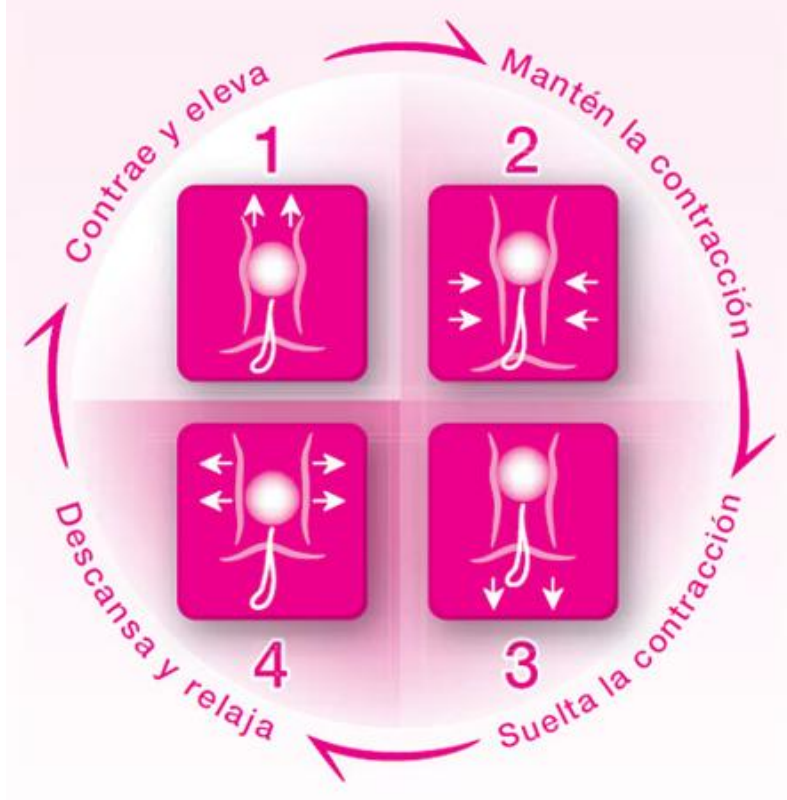
- Control de una postura correcta tanto cuando la mujer esté sentada, de pie o amamantando al bebé.
- Evitar cargar peso.
- No realizar ejercicios abdominales tradicionales. Los ejercicios abdominales deben ser hipopresivos.
- Pasadas 24 horas del parto se deben comenzar a hacer ejercicios de kegel del suelo pélvico.
- Contraer el suelo pélvico ante los esfuerzos, ante la contracción abdominal: coger al recién nacido, toser, estornudar...
- Evitar estar mucho tiempo en bipedestación.
- Se debe evitar la inmovilización para no provocar problemas vasculares. Realizar ejercicios circularotios.
- Control de la evolución y problemas derivados de la episiotomía o del desgarro.
- Evitar relaciones sexuales en las primeras 6 semanas.
- Realizar medidas contra el estreñimiento.

POSTPARTO TARDIO (A partir de la sexta semana postparto)

- Es necesaria una valoración toraco-abdominal para evaluar la competencia de la musculatura abdominal y la presencia de diástasis de los rectos anteriores de abdomen y de la sínfisis púbica.
- Mantener la protección del suelo pélvico ante las situaciones de hiperpresión, contrayéndolo ante los esfuerzos, ante la contracción abdominal.
- Se puede iniciar la gimnasia postparto. Los ejercicios abdominales que se realizarán serán siempre hipopresivos.
- A las doce semanas se debe acudir a un profesional para la valoración de la musculatura del suelo pélvico y las consecuencias del parto en la misma.

Anexo IV

- ✚ Folleto para cada mujer sobre Ejercicios de Kegel y ejercitadores de los músculos del suelo pélvico (Consultadas el día 6 de Junio de 2014, en: <http://elembarazo.net/ejercicios-kegel-con-ejercitadores-de-suelo-pelvico.html>, <http://clasesconbebesygimnasiahipopresiva.blogspot.com.es> y <http://farmacia1896.com/blog/cuida-tu-suelo-pelvico-con-ejercitadores-de-kegel>):





28g
Resistencia baja
Ideal para mujeres
con un suelo pélvico
débil o para
principiantes

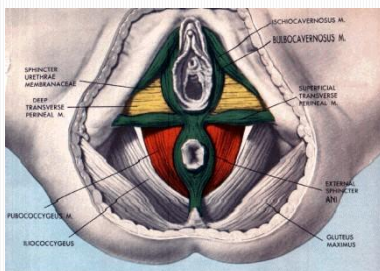
38g
**Resistencia
moderada**
Recomendado p ara
aquellas que han
practicado ejercicios
Kegel sin peso

48g
Resistencia alta
Para quienes ya han
practicado ejercicios
Kegel con peso y
desean el
entrenamiento más
avanzado

Anexo V

- Presentación PowerPoint utilizada en la formación del personal de enfermería (elaboración propia con la información seleccionada de la revisión bibliográfica):

CURSO DE FORTALECIMIENTO DEL SUELO PÉLVICO



Hospital Virgen del Camino
1ª y 2ª Maternal

ÍNDICE

1. Introducción
2. Factores de riesgo:
 - A. Embarazo como factor de riesgo
 - B. Parto como factor de riesgo
3. Ejercicios de recuperación:
 - A. Ejercicio físico durante el puerperio
 - B. Técnicas básicas para reeducación perineal
 - C. Abdominales hipopresivos
4. Conclusión
5. Dudas y preguntas
6. Cuestionario de satisfacción
7. Bibliografía

1.- Introducción

- El **periné o suelo pélvico**:
 - Conjunto de músculos que sustentan la porción abdominal inferior .
 - Sirve de apoyo a la vejiga, al útero y a una porción intestinal.
- Para que esta estructura anatómica funcione correctamente, sus **músculos** deben estar adecuadamente **preparados**.
- **Cuando** el suelo pélvico **se debilita**, se puede producir:
 - Incontinencia urinaria de esfuerzo
 - Cistocele, rectocele, prolapso uterino
 - Disfunciones sexuales
 - Etc.

- El **parto** es uno de los factores que más incide en la aparición de traumatismos del suelo pélvico; su frecuencia y el paso de los años hacen que las estructuras musculares se vayan deteriorando, y esto, añadido al déficit en la producción de estrógenos, permite hablar de una generalización más o menos grave de la incontinencia.



1. Introducción
2. **Factores de riesgo:**
 - A. Embarazo como factor de riesgo
 - B. Parto como factor de riesgo
3. Ejercicios de recuperación:
 - A. Ejercicio físico durante el puerperio
 - B. Técnicas básicas para reeducación perineal
 - C. Abdominales hipopresivos
4. Conclusión
5. Dudas y preguntas
6. Cuestionario de satisfacción
7. Bibliografía

2. **Factores de riesgo:**
 - A. Embarazo como factor de riesgo
 - B. Parto como factor de riesgo
 - ✓ Tipos de lesiones
 - I. Lesiones tisulares conjuntivas
 - II. Lesiones musculares
 - III. Lesiones en la inervación
 - IV. Lesiones estructurales
 - ✓ Factores asociados al desarrollo del parto
 - I. Postura adoptada para el expulsivo
 - II. Tipo de pujo
 - III. Maniobra de Kristeller o instrumentación
 - IV. Episiotomía
 - V. Parto por cesárea
 - VI. Anestesia epidural

2. A.- Embarazo como factor de riesgo

- Durante el embarazo se producen **modificaciones fisiológicas**, que afectan a todos los sistemas corporales.
 - Regresan a su estado anterior después del parto, salvo alguna excepción a nivel de la pelvis y del tracto urinario inferior donde lo normal es que no regresen por completo a su estado de nuliparidad.
 - Ello se debe a factores hormonales y mecánicos que influyen en la génesis de trastornos en el aparato urinario inferior y en la estática de las vísceras alojadas en la pelvis menor.

- El **aumento** durante el embarazo de los **niveles de progesterona** producen:
 - Efecto relajante sobre la vejiga y uretra disminuyendo la presión uretral al disminuir el tono de la musculatura lisa.
 - Se debe a su acción anticolinérgica al facilitar la respuesta β -adrenérgica.
 - También contribuye a disminuir el tono de la musculatura del suelo pélvico.
- El **aumento** durante el embarazo de los **niveles plasmáticos de relaxina** provoca:
 - Incremento de la laxitud del tejido conectivo disminuyendo su calidad tensora.
 - Afecta tanto a las fascias como a los ligamentos y facilita el aumento de la lordosis lumbar por relajación de los ligamentos vertebrales. Esto, unido a la relajación de los músculos de la pared abdominal, a medida que va avanzando el embarazo, contribuirá a anteversar la pelvis.

- **El crecimiento del útero provoca:**
 - Un aumento de la presión intrapélvica y del peso de las vísceras en bipedestación.
 - Aumentan las presiones superiores y la resultante de las fuerzas se anterioriza, dirigiéndose, hacia la hendidura urogenital y no hacia la zona esquelética sacro-coccígea posterior, que está preparada para recibir presiones.
 - La elongación de la uretra y un desplazamiento de la posición normal del cuello vesical.
 - La correcta posición del cuello vesical interviene en la continencia al asegurar la adecuada transmisión de presión desde el abdomen hasta la uretra.
 - Las modificaciones a este nivel pueden explicar la frecuencia de incontinencia al final del embarazo, y la persistencia de ésta en el postparto si estos cambios permanecen.

- **Estreñimiento:**
 - Contribuye a aumentar, como consecuencia de los esfuerzos realizados para defecar, por lo general en valsalva, la sobredistensión del suelo pélvico y de los ligamentos viscerales.
 - Se produce por el aumento de los niveles plasmáticos de progesterona que contribuye a reducir la actividad peristáltica por disminución del tono de la musculatura lisa y como consecuencia de la ingesta habitual de hierro, que tiene un efecto astringente.
- **Polaquiuria y urgencia miccional:**
 - Por el aumento de producción de orina que se constata en las embarazadas, como consecuencia de las modificaciones de los niveles hormonales, y sobre todo hacia el final del embarazo, por la presión que ejercen el útero grávido y la cabeza fetal sobre la vejiga, especialmente en ortostatismo, produciendo una reducción de la capacidad vesical en este periodo.

2.B.- Parto como factor de riesgo

- Aproximadamente el 30% de las mujeres que han parido presentan una incontinencia urinaria transitoria en el postparto y un 10% presentan una incontinencia urinaria de esfuerzo persistente y severa.



- La **primiparidad** es el principal factor de riesgo:
 - Por la mayor duración de los periodos de dilatación y de expulsivo que someten a mayor estrés a las estructuras de suspensión y sostén visceral.
 - Por la ralentización del expulsivo explicada por la resistencia elástica del hiato urogenital y la falta de relajación de la musculatura perineal.
 - Un tercio de las primíparas presentan en el postparto alguna evidencia de lesión en el esfínter anal.

- En general, después del parto nos podemos encontrar con los siguientes tipos de lesiones:

I.- Lesiones tisulares conjuntivas:

- Pueden afectar al sistema de suspensión ligamentaria y al sistema de sostén músculo-facial.
 - Las lesiones ligamentosas, generalmente distensiones, unidas a una debilidad del suelo pélvico facilitan el descenso de las vísceras pélvicas.
- La falta de continuidad entre la fascia visceral y la fascia parietal interrumpe la acción de la contracción del suelo pélvico sobre las vísceras pélvicas, de modo que estas no serán arrastradas hacia arriba cuando el músculo elevador del ano se contrae.
 - Tiene importancia en las situaciones de hiperpresión abdominal generadas por el esfuerzo (estornudos, tos, deporte, elevación de cargas...)

II.- Lesiones musculares:

- Distensiones, desgarros, esclerosis cicatriciales consecuencia de los microtraumatismos.
- Los principales factores de riesgo obstétricos para un desgarro de tercer grado, es decir con afectación del esfínter anal son:
 - La primiparidad
 - El parto instrumental con uso de fórceps
 - La macrosomía fetal
 - La presentación occipito-posterior

III.- Lesiones en la inervación:

- Parto vaginal:
 - Incremento de la latencia motora terminal del nervio pudiendo por denervación parcial de la musculatura del suelo pélvico al ser sometida a una tracción excesiva o por la compresión que ejerce sobre la misma la cabeza fetal.
- Causas:
 - Alumbramiento de bebés macrosómicos, tiempos de expulsión prolongados, partos instrumentalizados o la multiparidad.
- La denervación del suelo pélvico provoca:
 - Incontinencia urinaria, descenso del suelo pélvico, síndrome perineal descendente, estreñimiento crónico, dificultad defecatoria e incontinencia ano-rectal.

IV.- Lesiones estructurales:

- Se puede producir una subluxación o malposición del coxis, zona de inserción de gran cantidad de fascículos musculares del suelo pélvico.
 - En caso de malposición del coxis es de suponer que disminuirá la eficacia de la contracción de la musculatura perineal.

- Factores asociados al desarrollo del parto:
 - Fisiológicamente la mujer está preparada para soportar un parto vaginal, gran parte de las lesiones que se producen tienen una causa yatrogénica que se podría minimizar si durante el mismo se respetará la fisiología.
 - El principal problema es que los partos que se vienen realizando de manera convencional no la respetan:
 - I. Postura adoptada para el expulsivo
 - II. Tipo de pujo
 - III. Maniobra de Kristeller o instrumentación
 - IV. Episiotomía
 - V. Parto por cesárea
 - VI. Anestesia epidural

- Factores asociados al desarrollo del parto:
 - I.- Postura adoptada para el expulsivo:**
 - Decúbito supino con flexión, abducción y rotación externa de caderas y flexión de rodillas.
 - No es la más idónea.
 - La rotación externa de caderas produce una aproximación de las tuberosidades isquiáticas disminuyendo los diámetros del estrecho inferior y se necesita la mayor apertura posible del mismo.
 - Colocar las caderas en rotación interna aumenta el diámetro bituberoso.

II.- Tipo de pujo:

- En cada contracción uterina se le dice a la mujer que eleve el tronco, bloquee la respiración y empuje en apnea inspiratoria.
- Si se empuja al mismo tiempo que se contrae el útero se puede producir una distensión excesiva del sistema de suspensión, lo que disminuirá la eficacia de la contracción, y además se deprimirá mucho el suelo pélvico.
- Lo que empuja al bebé fuera es la contracción uterina y para que esta sea eficaz hace falta que el útero se encuentre bien anclado por los ligamentos y que el suelo pélvico le ofrezca contraapoyo.
- Si hay una hipotonía del suelo pélvico, esta dificulta la salida de la cabeza fetal, ya que, en cada pujo el suelo pélvico se abombará cada vez más.

III.- Maniobra de Kristeller o la instrumentación (uso de fórceps):

- Muy lesivas para las estructuras tisulares del suelo pélvico y las estructuras de sostén de las vísceras pélvicas.

IV.- Episiotomía:

- No está exenta de riesgo en especial la medial que puede fácilmente desgarrar el esfínter externo del ano.
- Disminuye la tensión a nivel del suelo pélvico, sin embargo, hace falta esa tensión, ese contraapoyo para evitar que el periné se abombe en exceso como consecuencia de la presión ejercida por la cabeza fetal durante el pujo.
- Con ella se corta el nervio hemorroidal inferior que proporciona sensibilidad al cuarto inferior del periné, en ocasiones se regenera mal y puede dar lugar a dispareunia postparto.
- Deberían ser selectivas, incluso en la primípara.

V.- Parto por cesárea:

- Disminuye el riesgo de disfunción perineo esfinteriana, aunque para algunos autores solo protege el suelo pélvico cuando es practicada precozmente, pero no la tardía de urgencia realizada con un trabajo de parto ya avanzado.
- La cesárea electiva se debería recomendar únicamente a las mujeres que tienen un alto riesgo de sufrir daño del suelo pélvico.

VI.- Anestesia epidural:

- Relaja la musculatura perineal, pero ralentiza los tiempos de expulsivo y la mayor parte de las veces se acompaña del uso de los fórceps.

1. Introducción
2. Factores de riesgo:
 - A. Embarazo como factor de riesgo
 - B. Parto como factor de riesgo
3. **Ejercicios de recuperación:**
 - A. Ejercicio físico durante el puerperio
 - B. Técnicas básicas para reeducación perineal
 - C. Abdominales hipopresivos
4. Conclusión
5. Dudas y preguntas
6. Cuestionario de satisfacción
7. Bibliografía

3.A.- Ejercicio físico durante el puerperio

- Los ejercicios de recuperación postparto están enfocados a una mejora de la forma física y recuperación del suelo pélvico.
- **GIMNASIA POSTPARTO:**
 - a) Respiración torácica
 - b) Tabla de ejercicios

a) Respiración torácica:

- Ejercicio de oxigenación y relajación que se realizará como preparación del resto de los ejercicios, así como para finalizar los mismos.
- Desde la posición inicial, se extienden o se suben (dependiendo si se hace de pie o en decúbito supino, respectivamente) los brazos y finaliza volviendo a la posición inicial.
- Se tomará aire por la nariz al extender o subir los brazos y se soltará por la boca al volver a la posición inicial.

b) Tabla de ejercicios:

• **Pelvis:**

- Bascular la pelvis: ayuda a corregir las curvas de la columna y a potenciar los músculos abdominales y glúteos.
- Alargamiento de músculos de la cadera (Psoas iliaco): ayuda a mantener la pelvis en posición correcta.

• **Abdominales:**

- Potenciación de los músculos abdominales bajos: ayuda a reducir el vientre.
- Potenciación de los músculos abdominales altos.



• **Glúteos:**

- Potenciación de los músculos glúteos medios: estabiliza la pelvis y mejora la marcha.
- Potenciación de los músculos glúteos mayores.

• **Tórax:**

- Alargamiento de los músculos del tórax.

• **Rotación del tronco:**

- Con este movimiento ayudamos a flexibilizar la columna.

• **Espalda:**

- Flexibilizar la columna.
- Potenciación de los músculos altos de la columna.

3.B.- Técnicas básicas para reeducación perineal

- Las **tres técnicas básicas** son:
 - a) Cinesiterapia
 - b) Biofeedback
 - c) Electroestimulación.
- La decisión sobre qué técnica utilizar o a cuál se le dedica más tiempo debe basarse más en la paciente (tipo de incontinencia que presenta, estado del periné, predominio de uno u otro tipo de fibras musculares, capacidad de aprendizaje, motivación, perseverancia en la realización de ejercicios de mantenimiento).
- Debe seguir siempre una pendiente ascendente, desde las medidas más sencillas e inocuas a las más agresivas.

- a) Cinesiterapia:
 - Indicaciones
 - Objetivos
 - Fases:
 - Fase de información
 - Fase de identificación
 - Fase de terapia activa
 - Fase de mantenimiento
 - Errores más comunes
- b) Biofeedback
- c) Electroestimulación

a) Cinesiterapia (ejercicios musculares del suelo pélvico):

- Parte fundamental en los tratamientos de **reeducción vesicoesfinteriana**.
- Descritos inicialmente por J.W. Davis, aunque **Arnold Kegel** los detalló en 1948, conociéndose desde entonces como “ejercicios de Kegel”.
 - Estos se aprenden en la preparación al parto y se pueden comenzar a realizar en las **primeras 24-48h** del puerperio.
- **Indicaciones:**
 - **Problemas de incontinencia urinaria de esfuerzo.**
 - Problemas de incontinencia urinaria mixta y motora.
 - Problemas de incontinencia tras una cirugía de próstata.
 - Problemas de incontinencia fecal.

- **Objetivos:** varían según la patología.
 - En los trastornos de la estática pélvica:
 - Reforzar sistema de sostén.
 - Asegurar protección instantánea durante el esfuerzo o situaciones de riesgo.
 - En los trastornos vésicoesfinterianos:
 - Inhibición vesical mediante la contracción perineal voluntaria.
 - Continencia activa durante el esfuerzo.
 - Restablecimiento instantáneo del cuello vesical en el eje de presión.

- **Fases:**

- **Fase de información:**

- Explicar a la paciente, de la forma más comprensible posible, la fisiopatogenia de la incontinencia, los componentes anatómicos básicos y la función de la musculatura perineal. Crear clima de confianza e implicarla de forma activa.

- **Fase de identificación:**

- Parte fundamental y difícil ya que muchas pacientes no saben localizar correctamente su periné y ante la orden de contracción activan grupos musculares diferentes.

- **Para aprender** cuáles son, resulta de gran utilidad seguir las siguientes instrucciones de forma ordenada:

- Lubricarse un dedo con un poco de agua y colocarlo en la vagina o ano.
- Contraer los músculos abdominales y centrarse en las sensaciones que se experimentan → **NO** es lo que se debe sentir cuando se contraen los músculos apropiados.
- Con los músculos abdominales relajados y mientras se expulsa aire por la boca poco a poco, apretar alrededor del dedo como si se tratase de parar el movimiento de los intestinos (controlar una defecación o diarrea). Recordar esa sensación → **ES** la que debe sentir cuando se contraen los músculos apropiados.

- Se pueden utilizar **otras estrategias** para enseñar a la paciente:
 - Interrupción del chorro de orina
 - Una vez por micción
 - No en todas las micciones
 - Sólo en esta fase de terapia
- **Visualización perineal** en un espejo:
 - Observando cómo asciende el periné o cómo se cierra el introito de modo simultáneo a la contracción perineal.

- **Fase de terapia activa:**
 - Serie de diferentes contracciones de la musculatura perineal.
 - Contracciones lentas: mantenidas durante cinco segundos en series de diez.
 - Contracciones rápidas: a modo de sacudida, en series de diez intercaladas entre las series anteriores.
 - Contracciones contra resistencia: se introduce en el entrenamiento cuando el periné ha adquirido ya un cierto tono.
- **Fase de mantenimiento:**
 - Mantener los ejercicios de forma regular, la mejoría que se obtiene en la fase activa puede perderse en 10-20 semanas si se abandonan los ejercicios.
 - Pauta de ejercicios de mantenimiento: dos veces cada veinticuatro horas, al levantarse y al acostarse, mínimo diez minutos cada vez.

- **Errores más comunes:**
 - Un 40% de las mujeres no saben contraer su periné aún después de haber recibido minuciosas instrucciones individuales.
- Importante **hacer los ejercicios correctamente**; la forma incorrecta puede causar que la incontinencia empeore.
- Los **errores más comunes** incluyen:
 - La contracción de los glúteos, aductores y, sobre todo, los músculos abdominales.
 - Aguantar la respiración o apretar el tórax mientras se contraen los músculos.
 - Aumentar el número y la frecuencia del ejercicio.
 - Un 25% de las mujeres invierten el orden y, en vez de contraer, empujan.
- Debe ser eliminado antes de empezar la terapia activa, sino serias consecuencias, puesto que agrava la incontinencia y los prolapsos incipientes.

b) Biofeedback:

- Método de reforzamiento positivo.
- Empleo de electrodos que se colocan en el abdomen y a lo largo de la zona anal para hacer conscientes funciones biológicas que habitualmente no lo son, haciendo posible su control o modificación por parte del sujeto.

c) Electroestimulación:

- Estimulación de las fibras nerviosas y musculares mediante la aplicación de estímulos eléctricos.
- En la incontinencia urinaria pretende establecer el equilibrio vesicouretral actuando sobre los diferentes elementos musculares implicados y los reflejos miccionales alterados.

3.C.- Abdominales hipopresivos

- **Marcel Caufriez**, fisioterapeuta belga, especializado en urología.
 - Las mujeres que trabajaban con él para recuperar su figura tras el embarazo, con los abdominales tradicionales, en vez de mejorar, empeoraban.
- En este tipo de ejercicio, el **trabajo es postural**.
 - Se debe alargar la columna vertebral; colocaciones específicas para trabajar los serratos, músculos antagonistas al diafragma; abrir mucho el diafragma, músculo muy importante para la respiración, y todo esto hay que realizarlo en apnea; es decir, sin respirar.

- Estos ejercicios reducen la cintura, mejoran el tono muscular y la posición del cuerpo.
- **Principal beneficio:**
 - Ayudan a las mujeres a solucionar los problemas de pérdida de orina, se logra debido al músculo transversal abdominal, que es el músculo más profundo de esta zona del cuerpo.
 - Su función es de corsé o de faja, puesto que sujeta los órganos internos. Cuando se estornuda o se ríe, este músculo, en un acto reflejo, se tiene que contraer para proteger los órganos. De lo que se trata es de reprogramar, de reeducar este músculo para que vuelva a contraerse.
 - Las personas que hacen mal los abdominales tradicionales, las que no mantienen el abdomen contraído, ceden ese músculo que deja de hacer su función. Entonces, cuando se ríen o tosen, el abdomen se les sale para afuera, en vez de contraerse, que sería su movimiento natural.

- Una **incorrecta realización** de ejercicios además de la pérdida de orina, también puede provocar prolapsos, desprendimientos de órganos, sobre todo del útero o la vagina, porque el suelo pélvico está cedido.
 - Si los prolapsos son débiles se pueden corregir con los abdominales hipopresivos.
 - Para solucionar los más graves, es necesario operarlos.
- A diferencia de los abdominales tradicionales (hay presión y se da un empuje del suelo pélvico hacia fuera), en los hipopresivos se trata de **trabajar sin presión**.
 - Se hace un vacío abdominal para que no haya presión, se mete el abdomen y todos los órganos mientras se contiene la respiración, esas fibras que trabajan de modo reflejo o involuntario se activan y esto provoca que se recupere ese suelo pélvico.

- Con **diez ó quince minutos al día** durante 2-6 meses es suficiente para reprogramar esa faja abdominal, volver a educarla para que el abdomen se meta para dentro y no salga para fuera.
- **Contraindicación:**
 - Personas con hipertensión, ya que no pueden estar tanto tiempo en apnea.
 - Entonces en vez de hacer series de 20 segundos, deben hacerlas más cortas para que no les suba la tensión.
- Los **ejercicios hipopresivos:**
 - Engloban diversas Técnicas Hipopresivas con posturas y movimientos que logran una disminución de la presión en las cavidades torácica, abdominal y pélvica.
 - Se deben realizar con un profesional.

ÍNDICE

1. Introducción
2. Factores de riesgo:
 - A. Embarazo como factor de riesgo
 - B. Parto como factor de riesgo
3. Ejercicios de recuperación:
 - A. Ejercicio físico durante el puerperio
 - B. Técnicas básicas para reeducación perineal
 - C. Abdominales hipopresivos
4. Conclusión
5. Dudas y preguntas
6. Cuestionario de satisfacción
7. Bibliografía

4.- Conclusión

- El embarazo y el parto son los factores de riesgo más importantes en la aparición de traumatismos del suelo pélvico.
- El principal problema es que los partos que se vienen realizando de manera convencional no respetan la fisiología de la mujer.
- Para solventar las disfunciones que se pueden producir en la musculatura pélvica, es recomendable, que la mujer comience a realizar los “ejercicios de Kegel” lo antes posible.

5.- Dudas y preguntas



6.- Cuestionario de satisfacción

- Gracias por vuestra asistencia y colaboración.

Cuestionario de satisfacción a los asistentes

¿Han sido adecuados el tiempo, espacio y materiales en la impartición de las clases?

¿Cree que ha habido una buena participación, motivación y adquisición de conocimientos con respecto a los asistentes?

Aspectos positivos y negativos de las clases recibidas.

Del 1 al 10, ¿en general, qué puntuación daría a las clases recibidas?

7.- Bibliografía

- Moreno J, et al. Recuperación y reeducación perineal. Cátedra y Servicio de Urología. Hospital Clínico San Carlos. 2000; 8. Madrid. Disponible en: <http://www.dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2039169>
- Sánchez M.I, et al. Influencia de la actuación de la matrona ante la incontinencia urinaria de esfuerzo durante el embarazo, parto y puerperio. Unidad Docente de Matronas de Madrid. Matronas Profesión. 2001; 2 (6). Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7590/173/influencia-de-la-actuacion-de-la-matrona-ante-la-iue-durante-el-embarazo-parto-y-puerperio>
- Caufriez M. ¿En qué consisten los abdominales hipopresivos? Método Hipopresivo. Disponible en: http://www.metodohipopresivo.com/index.php?option=com_content&view=article&id=49&Itemid=66&lang=es

- Ferri Morales A, Amostegui Azkúe J.M. Prevención de la disfunción del suelo pélvico de origen obstétrico. Fisioterapia. 2004; 26 (5). Disponible en: <http://bddoc.csic.es:8080/detalles.html;jsessionid=75BAE913FD1DC143879AA7AD64B76AF5?id=262739&bd=IME&tabla=docu>
- González Sanz J D. et al. Guía Orientadora para la Preparación al Nacimiento y Crianza. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2014. Junta de Andalucía. Con la colaboración de la Universidad de Huelva y la Universidad de Sevilla. Disponible en: http://www.enfermeriasoria.com/docs/descargas_alberca/PreparacionAlNacimiento_2014.pdf
- García A.I, et al. Reeducación del suelo pélvico. Servicio de Urología del HGU Gregorio Marañón. 2005; 94. Disponible en: <http://www.dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3099456>

Anexo VI

- ✚ Cuestionario de satisfacción y evaluación del plan de formación a los profesionales de enfermería (elaboración propia):

Cuestionario de satisfacción a los profesionales de enfermería
¿Han sido adecuados el tiempo, espacio y materiales en la impartición de las clases?
¿Cree que ha habido una buena participación, motivación y adquisición de conocimientos con respecto a los asistentes?
Aspectos positivos y negativos de las clases recibidas
Del 1 al 10, ¿en general, qué puntuación daría a las clases recibidas?

- ✚ Cuestionario de satisfacción y evaluación de las explicaciones dadas a las puérperas (elaboración propia):

Cuestionario de satisfacción a las puérperas
¿Cree que ha aprendido sobre el suelo pélvico aspectos que desconocía?
¿Cree que le será útil la información recibida?
Aspectos positivos y negativos de la explicación recibida
Del 1 al 10, ¿en general, qué puntuación daría a la información recibida?