

VALORACIÓN Y PREVENCIÓN DE
DISFUNCIONES DEL SUELO PÉLVICO
DESPUÉS DEL EMBARAZO
PELVIC FLOOR DYSFUNCTIONS ASSESMENT AND
PREVENTION AFTER PREGNANCY

AUTORA: NURIA QUIJANO LOMA

DIRECTORA: VIRGINIA MARÍA TERÁN RODRÍGUEZ

GRADO DE ENFERMERÍA: TRABAJO FIN DE GRADO

FACULTAD DE ENFERMERÍA (UNIVERSIDAD DE CANTABRIA)

JUNIO 2018

AVISO RESPONSABILIDAD UC

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable del contenido.

Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición.

Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido.

Este tipo de trabajos, juntos con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros.

La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.

ÍNDICE

1. Resumen	02
2. Introducción	03
2.1 Estado actual del tema y justificación	03
2.2 Objetivos	03
2.3 Metodología	03
2.4. Breve descripción de los capítulos	04
3. Capítulo 1: fundamentos teóricos	05
3.1 Anatomía del suelo pélvico	05
3.2 Región abdomino-pélvica: manejo de presiones	06
3.3 Disfunciones asociadas al suelo pélvico	07
3.4 Embarazo y parto: principales factores de riesgo	08
4. Capítulo 2: Valoración	10
4.1. Entrevista clínica	10
4.1.1. Factores de riesgo	10
4.1.2. Anamnesis de signos y síntomas	14
4.2. Exploración física	16
4.2.1. Exploración física del periné	16
4.2.1.1 Exploración visual	16
4.2.1.2. Palpación	17
4.2.2. Valoración estática lumbo-abdomino-pélvica	18
5. Capítulo 3: Abordaje por parte de enfermería	20
5.1. Toma de conciencia	20
5.2. Fortalecimiento de la musculatura	21
5.2.1. Ejercicios de Kegel	21
5.2.2. Gimnasia abdominal hipopresiva	23
5.2.3. Dispositivos intracavitarios vaginales: conos y esferas vaginales	25
5.3. Medidas higiénico-dietéticas	26
5.3.1. Dieta	26
5.3.2. Gestión de esfuerzos cotidianos: posturas para un mejor reparto de presiones	26
5.3.3. Sobrepeso	27
5.3.4. Hábitos	27
5.3.5. Actividad física	27
5.3.6. Estreñimiento	28
6. Conclusiones	29
7. Referencias bibliográficas	30
8. Anexo	34

1. RESÚMEN

Las patologías relacionadas con el suelo pélvico engloban un conjunto de disfunciones variadas, complejas y multicausales, que han de ser asumidas desde un enfoque interdisciplinar. Se identifican múltiples factores implicados en su desarrollo y progresión, entre los que gana peso el embarazo y el parto vaginal. La literatura científica es unánime a la hora de establecer estas relaciones de causalidad, presentándose las disfunciones del suelo pélvico no como el problema, sino como la consecuencia. En este contexto, queda justificada la necesidad de realizar valoración con el objetivo de evaluar factores de riesgo, además de signos y síntomas de alarma.

La Ley de Ordenaciones Sanitarias¹, establece que la enfermería debe asumir la dirección, evaluación y prestación de los cuidados orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud. En el desarrollo de sus funciones, para garantizar un abordaje integral a la mujer después del embarazo, es preciso incluir en los programas de atención actividades orientadas a tratar las disfunciones relacionadas con el suelo pélvico. Dicha intervención pasa por el análisis crítico de la información derivada de la valoración, en vista a lo cual se estimará la necesidad de derivar hacia otro profesional, o la puesta en marcha de actividades de prevención y promoción de la salud lideradas por el profesional de enfermería.

Palabras Clave: Suelo pélvico, Periodo posparto, Factores de Riesgo, Cuidados de enfermería.

ABSTRACT

Pelvic floor dysfunctions, are a huge group of different, complex and multicausal problems which must be treated in an interdisciplinary way. There are many factors related to the development and progress of these dysfunctions. Pregnancy and vaginal labour, have proved to be two of the most important risk factors. Scientific literature claims these causal relations and understands the pelvic floor dysfunctions as the consequence, not the problem. In this context, the assessment of pelvic floor risk factors and warning signs and symptoms is justified.

La Ley de Ordenaciones Sanitarias¹, claims that nurses must lead, evaluate, and offer care with the purpose of promoting, maintaining and recovering health. In order to provide integral care after de pregnancy, nurses must offer an assessment about the pelvic floor. This intervention includes a critical analysis, which allows not only to identify people who should be referred to another professional, but also to start activities of prevention and health promotion led by nursing professionals.

Keywords: Pelvic Floor, Postpartum Period, Risk Factors, Nursing Care

¹Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE, 23-11-2003, núm 280

2. INTRODUCCIÓN

2.1. Estado actual del tema y justificación

Entendemos por patologías asociadas al suelo pélvico aquellas alteraciones en las que la debilidad o disfunción de la estructura de sostén pélvico ocasiona malposición en alguno de los órganos a los que sirve de sostén (recto, vagina, útero y vejiga), pudiendo dar lugar a complicaciones de diversa índole, como prolapsos, alteraciones de la continencia urinaria o fecal, dispareunia, etc (1). La prevalencia de todas estas alteraciones es difícil de cuantificar, muchas veces, se tiene la percepción de que son fenómenos normales que forman parte de la edad, haciendo que queden ocultos e infravalorados. De todas estas afecciones, la más frecuente es la incontinencia urinaria. Según una encuesta realizada a 1272 mujeres españolas en 2010, un 28% de las encuestadas refirieron pérdidas puntuales o continuadas de orina en los últimos 3 meses, aumentando la prevalencia y la severidad de la patología con la edad (2). Se estima que en torno a un 56,8% de las mujeres que sufren problemas de incontinencia en nuestro país no consultan este problema con ningún profesional sanitario. Son diversas las barreras que justifican esta conducta, desde la “normalización” ya mencionada anteriormente, a sentimientos de vergüenza o desconocimiento de la existencia de tratamientos (2,3).

El enfoque que se da en la actualidad desde la práctica clínica es reactivo. Las Unidades de Suelo Pélvico son servicios multidisciplinarios, especializados en el tratamiento de estas disfunciones. Desde estos servicios, las intervenciones son esencialmente terapéuticas. El difícil acceso a la población sana, dificulta un abordaje preventivo que sin embargo, ha demostrado ser efectivo (4, 5).

El embarazo junto con el parto vaginal, son considerados como unas de las circunstancias más importantes que predisponen al debilitamiento de las estructuras de sostén pélvico. Es durante las clases de preparación al parto el momento en el que muchas mujeres tienen su primer contacto con el suelo pélvico, descubriendo así esta parte de su anatomía desconocida hasta entonces. Además, todo el proceso de gestación y puerperio es un importante momento de cambios tanto físicos como psicológicos, que favorecen una postura más receptiva y predispuesta a la hora de poner en marcha modificaciones del estilo de vida o expresar sentimientos y preocupaciones. Por todo ello, resulta un buen momento para reforzar los conocimientos ya transmitidos durante el embarazo y trabajar la prevención. Es una prioridad dentro del ámbito de la salud, concienciar de que la asistencia sanitaria no finaliza en el parto, sino que se debe instruir en la rehabilitación del suelo pélvico tras el parto (1).

2.2. Objetivos

1. Describir las características anatómicas y funcionales del suelo pélvico y el conjunto de la cavidad abdomino-pélvica.
2. Analizar los factores de riesgo relacionados con las disfunciones de suelo pélvico.
3. Detallar los aspectos más importantes en la valoración del suelo pélvico realizada por los profesionales de enfermería.
4. Formular e implementar objetivos de prevención y atención en las mujeres valoradas.
5. Proponer una estrategia de abordaje preventivo llevada a cabo por enfermeras.

2.3 Metodología

Estrategias de búsqueda bibliográfica:

Para llevar a cabo esta investigación, me he basado en el análisis de la literatura científica publicada. Realizo la búsqueda dirigida y posterior lectura crítica, durante los meses de diciembre de 2017, enero, febrero y marzo de 2018. He obtenido información de diversas fuentes:

- Bases de datos: Dialnet, CUIDENplus, Cochrane, Scopus, Pubmed.
- Páginas Web: Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud (SNS), Instituto Nacional de Estadística (INE).
- Catálogos online: catálogo de la BUC, catálogo REBIUN (Catálogo del conjunto de la Red de Bibliotecas Universitarias españolas).
- Repositorios: UCrea, TESEO, TDR (Tesis Doctorales en Red).
- Buscadores especializados: Google académico, único.
- Libros físicos: monografías y manuales.
- Citas y referencias cruzadas de la bibliografía de los documentos encontrados por otras fuentes.

Dirijo el perfil de búsqueda a través de diferentes estrategias:

1. Utilizo lenguaje controlado para iniciar la búsqueda. Los términos MeSH/DeCS que me han servido de palabras claves son *"Pelvic Floor/ Suelo Pélvico"*, *"Anatomy/ Anatomía"*, *"Abdominal Muscles/ Músculos Abdominales"*, *"Pregnancy/embarazo"*, *"Pregnancy Complications/ Complicaciones del embarazo"*, *"Delivery, Obstetric/ Parto Obstétrico"*, *"Postpartum Period/ Periodo posparto"*, *"Epidemiology/epidemiología"*, *"Urinary incontinence/ Incontinencia urinaria"*, *"Visceral Propase/ Prolapso Visceral"*, *"Risk factors/ Factores de riesgo"*, *"Nursing Care/ Cuidados de enfermería"*, *"Health Promotion/ Promoción de la Salud"*, *"Primary Prevention/ Prevención Primaria"*, *"Habits/ Hábitos"*, *"Breathing exercise/ Ejercicios Respiratorios"*.
2. Combino los términos de búsqueda mediante operaciones booleanas *"AND (y)"*, *"OR"* (o), *"NOT"* (no).
3. Filtro los resultados de la búsqueda descartando todas aquellas publicaciones que estuvieran escritas en una lengua diferente al inglés o español, o que tuvieran una antigüedad superior a 10 años.

Se descartaron todos los documentos que aportaban información que no mantenía relación con la temática de esta monografía, incluyendo únicamente, aquellos que describían unos datos especializados, fiables, rigurosos, actualizados y además relevantes. También decidí incluir aquellos trabajos que aun no cumpliendo alguno de los criterios de filtrado explicados anteriormente, aportaban una información de trascendencia para este trabajo.

2.4. Breve descripción de los capítulos

En el primer capítulo se describirán las bases teóricas y los conceptos relacionados con el tema a tratar. Inicialmente, se realiza una descripción anatómica y funcional del suelo pélvico, seguida de un análisis del conjunto de elementos que integran la unidad funcional abdomino-pelvi-perineal y las repercusiones sobre el suelo pélvico de la interacción de este conjunto de estructuras. Finalmente se aborda los diferentes tipos de disfunciones asociadas al suelo pélvico y las razones por las cuales el periodo del embarazo y el parto, son un momento crítico.

En el segundo capítulo, se desarrolla una propuesta para llevar a cabo la valoración del suelo pélvico en la mujer después del embarazo. Para ello, se analizan los factores de riesgo y los signos y síntomas de alarma que deben de explorarse.

Finalmente, en el tercer capítulo se profundiza en la respuesta preventiva de los profesionales de enfermería. La función educativa será esencial, especialmente en aquellas mujeres con importantes factores de riesgo. Informar y transmitir la importancia de la problemática a la que nos enfrentamos además de la trascendencia de mantener constancia en la realización de ejercicios y buenos hábitos, es vital a la hora de garantizar el éxito de esta intervención preventiva.

3. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

3.1. Anatomía del Suelo Pélvico

El suelo pélvico femenino es un sistema formado por un conjunto de diversas estructuras (músculos, ligamentos y fascias) que cierran la cavidad abdominopélvica en su parte más inferior. Constituye la estructura sobre la que recae el peso de las vísceras pélvicas (órganos reproductores, vejiga urinaria, colon pélvico y recto) y de las presiones que se producen en la cavidad abdominal. Su función básica es la de soporte, además de permitir y facilitar las funciones de los órganos a los que sirve de sostén, como son la micción, la defecación o el coito, asegurando la continencia urinaria y fecal (6). Los límites osteofibrosos del suelo pélvico son la sínfisis del pubis en su parte anterior, ramas inferiores del pubis y ramas isquiáticas en la zona anterolateral, ligamentos sacrotuberosos zona posterolateral y finalmente, sacro y cóccix en la parte posterior. La fascia inferior del diafragma pélvico cierra esta estructura en profundidad. Anatómicamente, forma un entramado complejo que podemos dividir en dos niveles esenciales: periné y diafragma pélvico (7,8,9):

- **Periné**

Es el plano más superficial, formado por un conjunto de músculos fibrosos y alargados que junto con el sistema de fascias y aponeurosis cierran la excavación pélvica. Está atravesado por la uretra, el canal anal y la vagina en la mujer, cuyos orificios se abren al plano cutáneo. El periné muscular está dispuesto en dos planos, superficial y profundo, separados por la aponeurosis perineal profunda, constituida por dos fascias que se unen en la zona posterior o anal (9,10).

-Periné superficial: en la parte posterior en relación al eje isquiático, localizamos el esfínter externo del ano. Es un músculo estriado, cuya contracción participa en la continencia activa fecal cuando se produce deseo evacuatorio. En el periné anterior o urogenital localizamos los músculos bulbocavernoso, isquiocavernoso, y el transverso superficial que participa en la estabilización del núcleo fibroso central del periné (7,9).

-Periné profundo: Diferenciamos dos músculos a este nivel. En la parte más anterior, el esfínter externo de la uretra, músculo estriado que además mantiene actividad basal y garantizar la continencia. Más posterior, el músculo transverso profundo que estabiliza el núcleo fibroso central del periné (7,9).

- **Diafragma pélvico**

Plano más profundo de músculos anchos y gruesos, con forma de cúpula de concavidad inferior. Responde pasivamente (es elástica) y activa (tiene tono), a las variaciones de presión en el abdomen. Lo forman dos grupos musculares: elevador del ano e isquiococcigeo (8).

Los **músculos elevadores del ano** son dos músculos que en su unión medial forman una escotadura (zona libre de músculo) que se denomina hendedura uro-genital. Esta hendedura corresponde al emplazamiento de la vejiga /uretra y el útero/vagina o la próstata en el varón. Está compuesto por tres fascículos (**pubococcigeo, puborectal, ileococcigeo**). Su función básica es servir de soporte vesical, amortiguando y estabilizando las vísceras pélvicas. La actividad basal normal del elevador del ano mantiene el hiatus urogenital cerrado (compresión y elevación de la vagina, uretra y el recto en dirección hacia el hueso del pubis). Por ello, también contribuye a la actividad realizada por el esfínter externo del ano, participando en la continencia (7,10).

El **músculo isquiococcigeo** es el músculo más posterior en este plano y tiene forma triangular con origen en el sacro y el cóccix, desde donde se dirige hasta la espina isquiática, donde se inserta. La finalidad de este músculo es servir de soporte para las vísceras pélvicas (10).

3.2. Región abdomino-pélvica: Manejo de presiones

La musculatura que rodea la cavidad abdomino-pélvica está formada por el diafragma torácico en su parte superior, los músculos multifidos en la zona posterior, y por delante y a los lados los oblicuos del abdomen y transversos abdominales, siendo el suelo pélvico la base que cierra esta estructura. A este conjunto, se le conoce con el nombre de “core”, concepto inglés que significa núcleo. Se debe entender como una unidad desde el punto de vista funcional, ya que todos los elementos están estrechamente relacionados, siendo el centro de gravedad y de transmisión de fuerzas y energías en nuestro cuerpo. Proporciona estabilidad postural y coordinación en los movimientos. El suelo pélvico no puede funcionar de forma correcta sin una coordinación adecuada con el resto de elementos que forman el core (10).

En el interior de la cavidad abdominal, en situación basal, existe una presión intraabdominal (PIA) baja. Para que se mantenga así, durante las inspiraciones, la contracción del diafragma torácico se coordina con la relajación de la musculatura abdominal y el suelo pélvico (actividad sinérgica). Hay en determinadas situaciones (toser, defecar, vomitar, etc) en las que la PIA aumenta, creándose como consecuencia vectores de fuerza que se proyectarán hacia la columna vertebral y el diafragma pélvico, debilitándolo (10, 11).

Las estructuras que integran la cavidad intraabdominal tienen repercusión importante en el aumento de la presión en la cavidad así como en la modificación de la transmisión de fuerzas:

- **Tono del diafragma torácico**

El principal responsable de la presión intraabdominal es el diafragma torácico. Como consecuencia de su contracción y relajación, se producen variaciones en el volumen intraabdominal que repercute de forma inversamente proporcional a la presión que soportará el suelo pélvico. La actividad del diafragma es la siguiente:

- En **inspiración**, cuando **se contrae**, desciende el abdomen. El periné tiene que resistir las presiones producidas por el desplazamiento visceral.
- En **espiración**, el diafragma se **relaja**, pero el periné y el abdomen tienen una actividad tónica. El suelo pélvico participa en la espiración.

Cuando este músculo está muy tenso, aumenta la presión a nivel abdominal, lo cual repercute negativamente en el suelo pélvico, ya que a de asumir un sobreesfuerzo (10).

- **Tono de la faja abdominal**

En el caso de una cincha abdominal tónica, es decir, buen tono del transversos y oblicuos internos abdominales, ante un aumento de la presión intraabdominal, se producirán vectores resultantes de fuerza en dirección hacia abajo y adelante, experimentando una polea de reflexión a la altura del ombligo, que se reorienta hacia abajo y atrás según un eje correspondiente al eje del conducto anal. De esta forma, todas las fuerzas resultantes de un esfuerzo son amortiguadas finalmente por la región posterior del periné y el sacro, protegiendo así al periné anterior (4).

Sin embargo, si la cincha abdominal está hipotónica, se produce un desplazamiento anterior de la línea umbilico-púbica, de manera que la polea de reflexión se desplaza hacia delante y abajo. El resultado final será una excesiva transmisión de vectores resultantes hacia la región del periné anterior, cuya competencia está limitada por el orificio de apertura al exterior, representado por el conducto vaginal y uretra (4, 12).

- **Estática lumbo-pélvica**

Diferentes estudios han demostrado que la curvatura y la estática lumbar y pélvica, también tienen un papel determinante en la gestión de las presiones dentro de la cavidad manométrica. La hiperlordosis lumbar y la anteversión de la pelvis modifican la dirección de los vectores de fuerza intraabdominales, haciendo que estos se dirijan hacia la parte anterior del periné, más frágil (9,12).

3.3. Disfunciones asociadas al suelo pélvico

Las disfunciones asociadas al suelo pélvico abarcan una serie de alteraciones anatómicas y funcionales. La debilidad o la lesión de los elementos que forman el suelo pélvico predispone a la mujer a una sintomatología en muchas ocasiones múltiple, que corresponde a la combinación de distintos problemas (6).

- **Incontinencia urinaria**

La incontinencia urinaria (IU) ha sido definida por la Sociedad Internacional de Continencia (ICS) como la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra, objetivamente demostrable y que constituye, para la persona que lo sufre, un problema social e higiénico (13). Los datos recogidos por la última Encuesta Nacional de Salud en España (ENSE), señalan que un 4,97% de las mujeres adultas padece problemas de incontinencia, aumentando la prevalencia notoriamente a partir de los 55 años (14). Sin embargo, la literatura científica advierte del infradiagnóstico y ocultamiento de este problema, por tratarse de un tema “tabú”, sugiriendo que la prevalencia real sería mucho mayor. El 60% de las mujeres con pérdidas de orina no están diagnosticadas de incontinencia urinaria (2).

Las causas son múltiples y no pueden estudiarse de forma aislada. Lesiones, cicatrices, o la disminución del nivel de estrógenos y colágeno, entre otros factores, pueden favorecer cambios en el tejido (aumento laxitud). Se relaciona con disminución de la presión uretral al cierre, lo que produce menor resistencia a la salida de orina. La debilidad de los músculos del suelo pélvico, da lugar a un soporte deficitario de la uretra y el cuello vesical y como consecuencia, modificación de su posición anatómica e hipermovilidad, uno de los factores etiológicos más importantes de incontinencia de esfuerzo. Además, puede tener causas neurológicas como neuropatías periféricas que producen contracciones asimétricas en el suelo pélvico o también la hiperactividad en el músculo detrusor de la vejiga, muy relacionado con la incontinencia de urgencia (6, 13, 15).

- **Prolapsos de los órganos pélvicos**

Se entiende por prolapso de los órganos pélvicos al descenso parcial o total a través de la vagina, de todos o algunos de los siguientes órganos: uretra, vejiga, útero y recto. El prolapso se produce por un fallo en los medios de soporte y sujeción que fijan estos órganos a la pelvis. Existen diversos tipos de prolapso genital atendiendo a los órganos prolapados, pudiendo ser simple (un único órgano), o como ocurre en la mayoría de los casos, combinado. También distinguimos distintos grados de prolapso según el nivel de descenso del órgano en relación al introito vaginal. Una eversión completa de la vagina se denomina prolapso total (anexo 1) (6).

La sintomatología asociada con los distintos prolapsos abarca clínica genital de sensación de cuerpo extraño, además de síntomas urinarios como aumento de la frecuencia y urgencia miccional o sensación de vaciado incompleto, síntomas anorectales como estreñimiento o síntomas sexuales (6).

- **Disfunciones anorrectales**

Las dos más frecuentes son la incontinencia fecal (IF) y el síndrome de defecación obstructiva.

La incontinencia fecal se define como el escape involuntario de gases y/o heces a través del orificio anal, que causa un problema higiénico y social. Se trata de un síntoma clínico que expresa una función anómala de la región rectoanal, producida como consecuencia de alteraciones estructurales anatómicas o neurológicas (6).

Distinguimos distintos tipos en función de las características del contenido (gases, heces líquidas o sólidas) y también en relación con criterios sintomáticos como la urgencia, incontinencia durante la micción o postdefecación, o la pérdida de heces sin que el paciente sea consciente. La distinción de estos subtipos es importante porque muy a menudo implican diferentes factores etiológicos (6).

El síndrome de defecación obstructivo incluye una serie de síntomas como la necesidad de excesivo esfuerzo para defecar, sensación de evacuación incompleta del recto o dolor en la defecación. Pueden deberse a una obstrucción en la salida por una alteración anatómica (prolapsos) (6).

- **Disfunciones sexuales**

Después del parto, el tiempo que se tarda en retomar las relaciones sexuales es muy variable y depende de cada mujer, no existe ninguna recomendación al respecto. La prevalencia de los trastornos sexuales en este periodo es frecuente. La fatiga, la baja autoestima como consecuencia de los cambios físicos, los cambios hormonales, las lesiones en el canal del parto, la sequedad vaginal, la excesiva apertura vulvo-vaginal o la debilidad del suelo pélvico entre otros pueden ser algunos de los factores etiológicos. La pérdida de deseo sexual y disminución del placer junto con la presencia de dispareunia son algunas de las quejas más comunes (16,17).

3.4. Embarazo y parto: principales factores de riesgo

El embarazo y especialmente el parto, se han demostrado como principales factores de riesgo en el desarrollo de disfunciones del suelo pélvico. En la mayoría de los casos, estas disfunciones pueden producirse de forma temporal durante los primeros meses, revirtiendo progresivamente. Sin embargo, en algunos casos esta recuperación puede no llegar a ser completa, lo que aumenta el riesgo de desarrollar a largo plazo alguna de las disfunciones mencionadas anteriormente (18).

El embarazo en sí mismo daña el suelo pélvico. En mujeres con más de 4 hijos se encontró un riesgo mayor de incontinencia urinaria que en mujeres que nunca habían estado embarazadas con una Odds Ratio (OR) de 1.43, y un Intervalo de Confianza (IC), ajustado al 95 % de 1.04–1.96; ($p < 0.01$) (19). En primer lugar, el aumento de peso del útero de la gestante supone una sobrecarga para los músculos, fascias y tejido conjuntivo de la región, aumentando la presión intraabdominal. También contribuyen otros cambios propios del embarazo como la reducción del tono muscular y relajación de las articulaciones, secundario a la acción de la relaxina, hormona segregada por el cuerpo lúteo del ovario y la placenta durante el embarazo. Además, también contribuye el aumento de la debilidad del tejido conjuntivo, como consecuencia de la disminución en la concentración de colágeno. Otros de los cambios importantes que van a tener lugar en el cuerpo de la mujer embarazada está relacionado con la postura. A medida que avanza el embarazo, se produce una modificación postural progresiva en compensación al aumento del volumen abdominal, que va a producir cambios en la posición del eje de gravedad, adelantándolo. Esta modificación se mantiene en la mayoría de las mujeres tras el parto,

generando alteraciones en la estática visceral y en el tono de la musculatura abdominal y pélvica, pudiendo ser responsables de la aparición de dolor lumbar y/o pélvico en el postparto (9).

El parto vaginal es el principal precursor etiológico que propicia el desarrollo de disfunciones en el suelo pélvico. En el postparto inmediato se estima que el 50% de las mujeres con parto vaginal presentan una incontinencia urinaria de esfuerzo transitoria. Aunque en la mayoría de los casos esta situación evoluciona hacia la regresión espontánea, supone una alteración perineal que representa un riesgo aumentado en un 2,5 de desarrollar incontinencia urinaria en el futuro (4). Durante el parto, el suelo pélvico sufre un importante debilitamiento consecuencia de la tensión mecánica (fuerzas de compresión y estiramiento) a la que son sometidos los tejidos músculo-conjuntivos y nerviosos del suelo pélvico, durante el parto. En especial, una de las zonas más afectadas es el haz pubococcigeo del músculo elevador del ano, que sufre una importante elongación. Además, pueden producirse lesiones en las estructuras que integran el piso pélvico, ya sean por desgarros espontáneos o por la práctica de episiotomía. Como consecuencia de las tensiones mecánicas producidas durante el parto, también es frecuente que tenga lugar una pérdida de reflejos como consecuencia de la lesión en el nervio pudendo. En una mujer con estiramiento del nervio pudendo, el suelo pélvico estará descendido. Este daño suele ser transitorio, recuperándose la funcionabilidad (20).

En el estudio realizado por GRESP (Grup de Reserca en Sòl pelvià), la asociación entre el parto vaginal y la IU en el posparto resultó estadísticamente significativa, tanto para las mujeres que eran continentes durante el embarazo como para las incontinentes, aunque con un efecto algo mayor en las primeras. Estas variables predictoras se mantuvieron después de ser ajustadas con otras variables como la edad, el IMC y los antecedentes familiares. También se concluyó que el riesgo atribuible poblacional asociado al parto vaginal que sería prevenible si se hubiera realizado cesárea era del 49,1% (IC 95%: 36,3 – 61,8). Por tanto, la estimación del riesgo de IU atribuible al parto vaginal muestra que casi la mitad de casos de IU en mujeres primíparas podrían haberse evitado si éstas hubieran parido por cesárea. El tipo y número de partos influye de manera negativa sobre el suelo pélvico (21).

Las cesáreas electivas pueden tener un efecto protector del suelo pélvico frente al parto vaginal. La razón es que de esta manera se evita el trabajo de parto. Por este motivo, las cesáreas urgentes consecuencia de una no progresión de parto (en las que por tanto ya se ha iniciado trabajo de parto), no suponen ninguna ventaja y en su lugar, son las que presentan mayor riesgo de incontinencia urinaria (22). Este supuesto efecto protector en determinados casos no implica la necesidad de realizar cesáreas como estrategia preventiva. La morbilidad materna y neonatal asociada a la cesárea, es superior en términos generales a la secundaria al parto vaginal, aspecto clave para valorar los riesgos y beneficios de esta intervención quirúrgica (20,21).

El puerperio o posparto se define como el periodo de tiempo que se inicia tras el parto y finaliza a las seis semanas posteriores al nacimiento. Es un periodo de cambios a muchos niveles (social, psicológico, físico), de aprendizaje y adaptación (23). Ante la evidencia, la literatura científica propone incluir de manera sistemática en los programas de salud en el posparto de atención primaria, programas de prevención de alteraciones de la estática pélvica (20).

4. VALORACIÓN

La valoración constituye la primera fase del método clínico. La recogida de datos tendrá como propósito determinar si existe alguna alteración en cualquiera de las áreas exploradas, así como indagar la repercusión en la vida diaria y la respuesta humana a estos problemas. Este paso es indispensable para posteriormente, en base a la interpretación de los datos conseguidos, poder obtener un juicio clínico y desarrollar en base al mismo un programa de cuidados.

- **Metodología**

La valoración se realizará de forma sistemática a la mujer a partir de la octava semana después del parto. Los objetivos serán (20):

- Recoger información.
- Evaluar y valorar desde un punto de vista funcional y etiológico los parámetros abdómino-pelvi-perineales.

Para ello, nos serviremos de una entrevista inicial, seguida de una exploración del suelo pélvico y para completar la valoración, exploración de la musculatura abdominal y diafragmática (1).

4.1 Entrevista clínica

La entrevista clínica es el primer paso en la valoración. Para que la recogida de datos se haga de forma estructurada y la información recogida esté organizada, podemos utilizar el cuestionario propuesto en este trabajo (anexo 2). A la hora de abordar la entrevista clínica, hay determinados aspectos que van a resultar más difíciles de tratar por ser temas más personales. Profundizar sobre los mismos puede producir en la mujer sentimiento de vergüenza, reparo o rechazo. Es también función del profesional que realiza la valoración crear un clima de confianza, discreción y respeto, que facilite a las mujeres expresar sus preocupaciones (3).

A continuación, desarrollo cada uno de los puntos que vamos a explorar en la entrevista clínica:

4.1.1 Factores de riesgo

La literatura científica al respecto confirma la existencia de diversos factores que juegan un papel determinante a la hora de favorecer el desarrollo de disfunciones relacionadas con el suelo pélvico (4).

- **Edad**

El envejecimiento conlleva una serie de cambios fisiológicos que pueden favorecer el debilitamiento de las estructuras del suelo de la pelvis. Se asocian cambios en las fibras musculares, produciéndose una disminución en el número y diámetro de éstas, así como en el contenido de colágeno. También se relaciona con una cierta denervación de la zona. Todo ello disminuye la elasticidad de la estructura y reduce su capacidad para desarrollar la función de sostén. La atrofia genital puede contribuir a la relajación del suelo pelviano, así como a la deficiencia intrínseca del esfínter uretral (24, 25).

La incidencia de disfunciones del suelo pélvico aumenta con la edad. Prácticamente del 20 al 25% de las mujeres mayores de 65 años refieren algún tipo de incontinencia urinaria (15). En el estudio realizado por el GRESP (Grup de Reserca en Sòl pelvià) se encontró una relación estadísticamente significativa entre la variable edad (>35 años) y la incontinencia urinaria, con un intervalo de confianza (IC) al 95%, ajustado mediante modelo multivariante de (1,6-2,8) (21).

- **Profesión y hábitos**

El tipo de actividad profesional que realiza la mujer es de trascendencia ya que aquellas profesiones donde se mantienen bipedestaciones durante largos periodos de tiempo, y especialmente, las que requieren transporte de cargas, son las que presentan un mayor factor de riesgo perineal. Todas las actividades que conlleven un aumento de la presión intraabdominal, como es el caso de cantantes o mujeres que tocan instrumentos de viento, dan lugar a una sobrecarga importante, a la larga, para las estructuras del suelo pélvico. Entre las profesiones más potencialmente perjudiciales se encuentran las dependientas, las peluqueras, las auxiliares de clínicas, celadoras y matronas, las cuidadoras de ancianos y niños, las cantantes, las bailarinas o las profesoras de aeróbic (4, 26).

La práctica deportiva es un factor de riesgo perineal importante, siendo una de las principales causas de debilitamiento del suelo pélvico en mujeres jóvenes nulíparas, por lo que en el abordaje de este punto se explorará también el ejercicio físico realizado (27). Durante la actividad deportiva, el conjunto de vísceras pélvicas sufren un desplazamiento dorso-caudal (hacia abajo y hacia atrás). La movilidad del conjunto visceral es amortiguada por el tono de la musculatura del suelo pélvico, el tejido fascial y las articulaciones del sacro y cóccix, sometándose a gran estrés a las estructuras fibro-ligamentarias de las vísceras pélvicas y a la musculatura del suelo pélvico, pudiendo producirse rupturas. En general, todos los deportes que provoquen un aumento importante de la presión intraabdominal, como los ejercicios abdominales clásicos, levantamiento de pesas o los deportes de “alto impacto”, refiriéndose a aquellos que conllevan choque contra el suelo (carrera, aeróbic, saltos, etc), generan una sobrecarga sobre la musculatura pélvica. Por otro lado, la natación y el ciclismo son las actividades que menos presión intrabdominal generan (8, 11).

Las cifras de prevalencia de incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres deportistas, son altas en comparación con mujeres que no realizan dicha actividad, siendo factores clave el tipo de deporte practicado, la frecuencia, duración y la intensidad del entrenamiento (15). En el estudio realizado por Fozzati (2012) a mujeres jóvenes sin otros factores de riesgo asociados, la prevalencia de incontinencia urinaria en el grupo que realizaba algún tipo de deporte era mayor que en el grupo de mujeres que no realizaban ninguna actividad. Con ello se prueba que para que la práctica sea de riesgo, no tiene por qué realizarse de forma profesional, lo que supone un gran riesgo en la sociedad actual en la que actividades como el running, crossfit o clases colectivas de abdominales, están en auge (27).

También incluir la valoración de hábitos tóxicos como el tabaco y el alcohol (15). Estas sustancias se han demostrado como irritantes del músculo detrusor de la vejiga, provocando su hiperactividad. Además, el tabaco se relaciona con la presencia de tos crónica. Diferentes investigaciones han demostrado una mayor prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres fumadoras. En el estudio realizado en México a mujeres postmenopáusicas, se obtuvieron Odds Ratio (OR) elevadas en la asociación entre incontinencia urinaria y la variable de fumar cigarrillos (OR = 2,54, 95 % IC:1,21 – 5.85). Observaron también OR moderadamente más elevadas en exfumadoras que en mujeres que nunca habían fumado (19).

- **Antecedentes Familiares**

Existe una cierta predisposición genética a desarrollar una musculatura más débil. Antecedentes familiares en madre o hermanas aumentan el riesgo de desarrollar incontinencia urinaria. La recuperación de las lesiones producidas por el desgarro o estiramiento durante el parto, será menos completa en estas mujeres. En el estudio realizado por GRESP (Grup de Reserca en Sòl pelvià) a mujeres primigestas, se obtuvieron resultados estadísticamente significativos ($p > 0,05$) con un IC 95% (1,3-2,2), en la relación entre la variable antecedentes familiares de incontinencia urinaria y las mujeres que desarrollaron IU durante el embarazo (21).

- **Dieta e Índice de Masa Corporal**

Los desórdenes alimentarios tienen repercusión negativa sobre el suelo pélvico. Se trata de variables modificables, y por tanto, su control es una medida profiláctica importante a tener en cuenta (28).

Altos índices de Masa Corporal (IMC) y grasa abdominal, son considerados como factores de riesgo. Según datos recogidos por la Encuesta Nacional de Salud en España (ENSE), el porcentaje de mujeres adultas con sobrepeso (IMC superior o igual a 25 Kg/m² e inferior a 30 Kg/m²) es de 28.14%. La prevalencia de obesidad (IMC superior o igual a 30 Kg/m²), supone un 16,04% del total de población femenina (14). La obesidad produce aumento de la presión en el abdomen, lo que podría llevar a una tensión crónica, dando lugar al debilitamiento de las estructuras que constituyen el piso pélvico (19, 26). En el estudio prospectivo realizado por Janina Brucker, a mujeres con Índice de Masa Corporal (IMC) > 25 Kg/m², se encontraron signos de incontinencia urinaria en más de la mitad de las mujeres que participaban en la investigación (63,3%). En el subgrupo de mujeres menores de 50 años, el porcentaje que declaraban problemas de incontinencia era del 57,6% (28). Según el estudio de GRESP (Grup de Reserca en Sòl pelvià), el sobrepeso o la obesidad al inicio del embarazo, valorados por la medida antropométrica de IMC, aumenta significativamente el riesgo de presentar IU (Hazard Ratio HR, ajustada mediante modelo multivariante =1,3; IC95%: 1,1 – 1,6). En ese mismo estudio, al comparar a las mujeres que presentaron pérdidas de orina tanto durante el embarazo como en el posparto con aquellas que solamente las tuvieron durante el embarazo, se observó una asociación que alcanzó significación estadística para aquellas mujeres con IMC > 25 al inicio del estudio. Podemos concluir que un IMC más elevado en las mujeres embarazadas a término, es un factor de riesgo en la persistencia de la incontinencia urinaria después del parto (21).

Así mismo, IMC bajos (<18 Kg/m²) también suponen un factor de riesgo en este sentido. Trastornos hormonales consecuencia de los bajos niveles de reservas de tejido graso, provocan alteraciones en el tejido conjuntivo. Enfermedades como la anorexia nerviosa, están asociadas con un incremento de síntomas urinarios como urgencia miccional, frecuencia, nicturia o incontinencia de esfuerzo (15).

También tiene relevancia explorar en este apartado los hábitos dietéticos. El consumo frecuente de bebidas carbónicas, té o café, constituye un factor de riesgo para el desarrollo de incontinencia urinaria de esfuerzo (15). Es importante valorar también el aporte hídrico de la paciente. En muchos casos en los que están presentes manifestaciones de incontinencia urinaria, la mujer disminuye la ingesta de líquidos (4).

- **Antecedentes obstétricos y ginecológicos**

Historia obstétrica

El aumento importante de la presión abdominal y el cambio hormonal que tienen lugar durante la gestación, unido al trabajo de parto, generan a nivel del suelo pélvico modificaciones estructurales del tejido conjuntivo y disfunciones musculares. Todos estos cambios se traducen en una hipotonía de base del suelo pélvico en la mujer tras el parto. Los datos a considerar en este sentido por su repercusión en el suelo pélvico son (21,22):

- **Número de gestaciones:**

Es de interés conocer el número de gestaciones que ha tenido la mujer, tanto abortos como nacidos vivos. El aumento del peso del útero en las mujeres gestantes produce una sobrecarga al suelo pélvico que hace que lo podamos considerar en sí mismo como un factor de riesgo. A mayor número de gestaciones, mayor probabilidad de tener un suelo pélvico más débil (20, 21).

- **Número de partos vaginales y características:**

El Parto provoca lesiones músculo-aponeuróticas y neurológicas perineales. Durante el periodo expulsivo, se producen fuerzas de compresión y cizalla de la musculatura con el paso del feto por el canal del parto, superando el umbral máximo de estiramiento muscular. Además, los esfuerzos realizados durante los pujos actúan directamente sobre la musculatura del suelo pélvico (26).

Determinadas características del parto pueden contribuir a aumentar el daño perineal. La aparición de desgarros o la realización de episiotomía, es uno de estos factores. La episiotomía se define como la incisión quirúrgica del periné, realizada para ensanchar la vagina y así evitar desgarros, tanto de la mucosa vaginal como de la musculatura del suelo pélvico durante el parto. Actualmente, la evidencia científica no recomienda su realización de forma sistemática, indicándose únicamente de forma selectiva en función a determinados indicadores. Los que defienden el uso restrictivo de esta técnica, alegan que en muchos casos no es necesaria y que la incisión suele ser más amplia que el hipotético desgarró que se produciría si no se realizase. En el estudio de cohortes prospectivo, realizado en el Hospital de San Jorge a las mujeres con parto eutócico desde mayo de 2010 hasta febrero de 2011, se encontró que a los 3 meses del parto, la incontinencia urinaria en mujeres a las que se les había practicado episiotomía tenía una prevalencia del 18.0% de casos, frente al grupo control, al que no se le había realizado episiotomía y donde no había ningún caso de incontinencia urinaria (29).

Otros factores que también contribuyen a aumentar el daño perineal durante el parto son la inducción del parto, la duración prolongada de la fase de expulsivo o los partos instrumentales (fórceps, ventosas, etc). También cabe mencionar algunas características del feto, que en si mismas también pueden contribuir a lesionar en mayor medida el suelo pélvico femenino, como el tamaño fetal y la presentación (distocia de hombros, presentación occipito-posterior). Peso del recién nacido superior a los 4000gr está asociado con mayor distensión perineal. La postura de la mujer en el momento del parto también es determinante a la hora de valorar el grado de lesión. Posiciones distintas a la supina o de litotomía están asociadas con un menor daño sobre las estructuras del suelo pélvico (30).

Historia ginecológica

Valorar la presencia de enfermedades ginecológicas ya diagnosticadas y explorar si refiere algún signo o síntoma en la actualidad en este sentido (26). Intervenciones quirúrgicas, histerectomía posterior al parto, entre otros, son factores que pueden favorecer el debilitamiento del suelo pélvico (25).

Historia médico-quirúrgica

En este punto, lo que se pretende es conocer antecedentes en un sentido más general, evitando una valoración exhaustivamente focalizada con la que podríamos perdernos información de relevancia. Determinadas enfermedades sistémicas pueden tener una gran repercusión en las patologías del suelo pélvico. Infecciones urinarias de repetición, cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, enfermedades neuromusculares o trastornos neurovegetativos, además de otras lesiones neurológicas, se relacionan con la incontinencia urinaria (25). Especial interés en enfermedades como la diabetes mellitus y el hipotiroidismo, patologías digestivas que cursen con estreñimiento crónico y en trastornos respiratorios que provoquen aumento de la presión intraabdominal, como el asma o la enfermedad obstructiva crónica. La tos crónica se considera un factor de riesgo en el debilitamiento del suelo pélvico (4).

En el estudio realizado en México a mujeres postmenopáusicas en el que estudiaban variables que pudieran estar relacionadas con la incontinencia urinaria, encontraron asociación estadísticamente significativa con algunas de las enfermedades anteriormente mencionadas. La

Odds Ratio más elevada fue para la enfermedad de asma (OR = 1.26, 95 % IC: 1.04–1.52), seguida de hipertensión sanguínea (OR = 1.24, 95 % IC: 1.11–1.37) y diabetes (OR = 1.24, 95 % IC: 1.08–1.43) (19).

También preguntaremos sobre la medicación que toma habitualmente. Hay diversos fármacos que actúan sobre el sistema urinario como los hipotensores, vasodilatadores, neurolépticos, antidepresivos, relajantes musculares, etc (15, 25).

Finalmente, se recogerá información en relación con procesos quirúrgicos a los que haya sido sometido la paciente. Tras una intervención abdominal, pueden quedar adherencias en la cavidad, siendo un elemento a valorar (25).

4.1.2. Anamnesis de signos y síntomas

En esta parte de la entrevista clínica, buscaremos recoger información sobre manifestaciones clínicas (signos y síntomas), de manera que queden definidos de la forma más completa.

- **Función digestiva**

Preguntaremos sobre la frecuencia con la que realiza deposiciones y la presencia de dolor al evacuar. El estreñimiento es un factor de riesgo importante en el contexto de la patología pélvica y frecuente en la mujer tras el parto. Los esfuerzos defecatorios persistentes en valsava suponen un sobreesfuerzo para la musculatura pélvica, además de poder llegar a dañar el nervio pudiendo al someterle a un estiramiento excesivo con el descenso del periné, en especial si el suelo pélvico está hipotónico. En personas con tendencia al estreñimiento, explorar si utilizan alguna medida para aliviarlo, como laxantes, cambios posturales, si realizan empuje abdominal importante, etc (10, 22).

Si refiere incontinencia anal a sólidos o gases, realizar anamnesis del padecimiento hasta responder los atributos que describan el signo (calidad, intensidad, tiempo, entorno, factores remitentes o agravantes y otras manifestaciones relacionadas). La incontinencia fecal es más frecuente de lo que cabría pensar, sobre todo en mujeres multíparas. En muchos casos, es secundaria a iatrogenia quirúrgica, ya sea obstétrica o colorrectal, aunque las causas pueden ser diversas (alteraciones neurológicas, alteraciones nerviosas del suelo pélvico, etc) (1).

- **Función urinaria**

Los escapes de orina son la clínica más frecuente. Se profundizará en los signos y síntomas, describiendo su intensidad y severidad (cantidad de escapes), además de conseguir una información completa, clara y cronológica. Se deberá incluir el inicio del problema, el contexto en el que surgió, duración, sus manifestaciones y otros factores relacionados. Se valorará en qué situaciones y bajo qué circunstancias se producen los escapes de orina, por ejemplo, si son urgencias miccionales (ej.: despertarse por la noche con la sensación urgente de orinar), dificultades para orinar (ej.: retraso en el desencadenamiento de la micción, sensación de no haber vaciado completamente la vejiga), dolor o escapes al realizar alguna actividad que produzca aumento de la presión abdominal (toser, correr, cambios de posición) (1).

Cuando detectamos a una mujer que refiere incontinencia urinaria, se pueden utilizar test de aproximación diagnóstica validados para una valoración más objetiva (anexo 3). Son herramientas que nos permiten orientar la entrevista en busca de datos concretos que sean indicadores de los diferentes tipos de incontinencia que podemos encontrar (3). Junto con estos test, para su estudio y seguimiento de la mujer con incontinencia urinaria, sería de utilidad el manejo de diarios miccionales (31) (anexo 4). En ellos, entre otros factores, se recoge el número de micciones voluntarias, frecuencia que se ve alterada en pacientes con incontinencia de

urgencia, en las que detectamos polaquiuria tanto diurna como nocturna. También en las pacientes con incontinencia de esfuerzo detectamos esta polaquiuria, denominada de “precaución”, en este caso de forma voluntaria ya que se adopta la conducta de vaciar con frecuencia la vejiga por miedo a posibles fugas. Este hecho, puede contribuir a disminuir a la larga la cantidad de orina que la vejiga puede almacenar. La evaluación del calendario puede ser un indicador que nos ayude a discernir la necesidad de derivar el caso a otro profesional (2, 4).

Nos interesa realizar una valoración general, no solo del momento actual. Muchas mujeres presentan cierta incontinencia urinaria durante el embarazo que es considerada como una consecuencia “normal” del estado de gestación, a lo que no se le da mayor importancia. Sin embargo, hay estudios que han demostrado asociación estadísticamente significativa (HR = 3,0; IC 95%: 2,1-4,3) en la relación entre incontinencia urinaria en el postparto y el hecho de haber sido incontinente durante el embarazo (21). La incontinencia en el postparto, aunque en la mayoría de los casos es de carácter transitorio, puede ser predictiva de daño perineal y dar problemas a largo plazo. Las mujeres que sufren incontinencia de esfuerzo a los 3 meses del postparto tienen un 92% de riesgo de seguir teniéndola a los 5 años tras el parto (18, 20, 21).

También es de interés indagar sobre otras manifestaciones como escozor o picor durante la micción, síntomas frecuentemente relacionado con cuadros de cistitis o infecciones de orina. Estas infecciones se ven favorecidas cuando no se hace un vaciamiento adecuado de la vejiga. En este caso se debería derivar la paciente al médico para que realizara la valoración correspondiente y pusiera en marcha el tratamiento adecuado. Así mismo, la disuria también puede ser una manifestación de casos graves de prolapsos (4).

- **Función sexual**

Preguntar sobre dificultades o problemas que la mujer refiera en este sentido. Dirigir la entrevista para profundizar sobre si experimenta dolor durante las relaciones sexuales o si percibe ruidos de aire vaginales. Nos interesa conocer si nota ganas de orinar e incluso si tiene escapes de orina durante las relaciones sexuales. Dispareunia, disminución en la intensidad de los orgasmos o ausencia completa de los mismos, pueden ser de las primeras manifestaciones que sugieran una alteración del suelo pélvico (1, 16).

- **Repercusión socio-profesional**

La patología asociada al debilitamiento del suelo pélvico, es un problema de salud con importantes consecuencias, tanto en el entorno social (menos interacción, tendencia al aislamiento, abandono de algunas actividades, etc), como en el físico (limitación de práctica deportiva), sexual (evitación de la pareja, rechazo), psicológico (baja autoestima, apatía, depresión, sentimientos de vergüenza e inseguridad), laboral (absentismo, menos relación) y doméstico (precauciones especiales con la ropa, protección en la cama). En definitiva, interfiere en el día a día de la mujer, limitando su autonomía. Con esta última parte de la entrevista, nuestro objetivo es valorar el grado en el que la disfunción del suelo pélvico influye y determina la calidad de vida de la mujer (1, 21, 22, 25). En el estudio sobre incontinencia urinaria realizado a mujeres españolas en 2010, a la hora de señalar las actividades de la vida diaria más afectadas por este problema, un 32,6% señalaron las actividades físicas, 18,1% las actividades laborales o diarias habituales fuera de casa y un 17,6% la capacidad para desplazarse en transporte público. Además, las emociones también se ven afectadas de forma que al 21,1% de las mujeres les hace sentirse preocupadas o nerviosas y el 18% se sienten mal consigo mismas (2).

Una buena forma de evaluar la percepción subjetiva es mediante cuestionarios autoadministrados validados. Existen diversos cuestionarios con este fin. PFDI-20 y el PFTQ7, son versiones cortas de dos cuestionarios desarrollados por Barber en 2001 (anexo 5). Han sido validados en diversas lenguas, entre ellas la española, donde ha mostrado buena sensibilidad

para evaluar los síntomas y la calidad de vida de las mujeres españolas con disfunción del suelo pélvico (32, 33). Para la evaluación del impacto de la incontinencia urinaria en la vida de las mujeres, también se puede utilizar el cuestionario validado de calidad de vida King's Health Questionnaire (34).

También éste es un buen momento para explorar el grado de interés personal. Tanto en mujeres que ya presenten algún tipo de manifestación como en aquellas que simplemente nos planteemos una intervención de prevención, el grado de motivación e implicación determinará el éxito de los cuidados (22).

4.2 Exploración física

Una vez hemos finalizado la entrevista, procederemos a realizar la exploración física. La exploración puede servirnos como herramienta para confirmar o desmentir los datos obtenidos.

4.2.1. Exploración física del periné

Para la exploración física del periné, lo ideal sería situar a la paciente en posición de litotomía en camilla ginecológica. En su defecto, colocar en decúbito supino sobre camilla de tratamiento, con piernas flexionadas, ligera abducción y rotación externa de cadera (4).

4.2.1.1 Exploración visual

En primer lugar, observaremos el estado de la piel y características del flujo vaginal. Podríamos encontrar presencia de varices, eritemas, escoriaciones, etc. Cada manifestación puede sugerir la presencia de un problema de base (ej.: leucorrea podría indicar una infección). La coloración vulvo-vaginal es un indicador del nivel de estrógenos, siendo lo característico en condiciones normales una mucosa vaginal de color rosáceo y húmeda, con unos labios menores y mayores muy elásticos. El nivel hormonal puede afectar a la capacidad de contracción de la musculatura pélvica, por ello si se detecta cualquier signo fuera de la normalidad, sería adecuada la derivación para una valoración especializada (4).

Valoraremos también la presencia de cicatrices secundarias, de episiotomía o desgarro perineal en el parto. Algunos casos de dispareunia pueden ser explicados por asimetrías en la musculatura perineal producidas como consecuencia de estas cicatrices (4).

A este nivel, encontramos indicadores del estado de la musculatura perineal como el diámetro vaginal. En condiciones normales, el introito vaginal se encuentra cerrado en estado de reposo, a excepción de las mujeres multíparas que presentan una ligera apertura, y en el momento del postparto, sobre todo durante las primeras semanas hasta la recuperación de esta estructura. Siempre y cuando la apertura no supere los 25 mm, se considera dentro de la normalidad. La distancia ano-vulvar, también puede ser reflejo de calidad de la musculatura. Se obtiene midiendo la distancia entre el centro tendinoso del periné y el ano. Valores normales estaría entre los 2,5 y los 3,5 cm (4).

Podemos aprovechar este momento para realizar el test de provocación. Para su realización, es preciso que la mujer tenga la vejiga llena. Solicitaremos a la paciente que tosa con fuerza y de forma repetida. Con esta maniobra, conseguimos aumentar la presión intraabdominal y en casos en los que la musculatura este debilitada, observaremos un sincronismo entre este esfuerzo y la pérdida de orina. Pérdidas en forma de chorro es indicador de incontinencia urinaria de esfuerzo, mientras que si aparece un desfase de tiempo entre el esfuerzo y la fuga, podemos sospechar de incontinencia urinaria de urgencia. En algunos casos, no se producen pérdidas en decúbito supino mientras que si se producen cuando la mujer se incorpora en posición bípeda (3).

4.2.1.2. Palpación

La valoración digital de la función muscular del suelo pélvico debe realizarse antes de iniciar cualquier programa de ejercicios de suelo pélvico ya que es la vía adecuada para medir la intensidad y resistencia de la contracción de esta musculatura (3).

Realizar un tacto vaginal, nos da la oportunidad de valorar la pared vaginal. A nivel de la pared anterior palparemos la uretra, que en condiciones normales es indolora y flexible (dolor a la palpación puede ser un signo de uretritis). Aprovechar la situación para valorar la presencia de cicatrices fibróticas derivadas de una episiotomía o de desgarros perineales en la pared posterior de la vagina (4).

- **Tonicidad del núcleo fibroso central del periné (NFCP)**

El tono es la resistencia que ofrece el NFCP al estiramiento. Para su palpación, se introducen uno o dos dedos en la vagina con las articulaciones interfalángicas flexionadas. Acto seguido, se realiza un movimiento dirigido hacia abajo y hacia afuera. De esta manera, el explorador está imprimiendo presión contra el NFCP. El elemento a valorar será el grado de resistencia pasiva que ofrece la musculatura perineal al estiramiento. Si se detecta una resistencia tipo elástica (con rebote), hablaríamos de un periné normotónico. En caso de un periné hipotónico, no encontraríamos ningún tipo de resistencia y constataríamos el hundimiento de la estructura al ofrecer presión, en contraste con la gran rigidez y resistencia al estiramiento manual (difícil de deprimir) que será manifiesta en los casos de periné hipertónico (4, 10).

- **Tonicidad de los músculos elevadores del ano**

El explorador deberá de introducir el dedo medio en el introito vaginal siguiendo la dirección de la vagina. Posteriormente se realizará una depresión caudal que permitirá introducir el dedo índice. Una vez nos encontremos en esta posición, se realizará pronación del antebrazo para que las articulaciones interfalángicas de los dedos índice y medio se sitúen sobre los fascículos de los músculos elevadores del ano. Sin llegar a externalizar los dedos, se pedirá a la mujer que intente contraer la musculatura del suelo pélvico. Puede ser necesario recurrir a símiles para ayudar a identificar el tipo de contracción que le estamos pidiendo, sugerir que trate de apretar con fuerza los dedos del explorador o que haga el mismo esfuerzo como si quisiera retener la orina (4,9).

Para valorar de forma objetiva la intensidad de la contracción, se utilizarán escalas. La más conocida es la Escala de Oxford modificada o Laycock (anexo 6). Describe de forma detallada lo que el examinador percibe en sus dedos. Diferencia 5 grados en la valoración de la presión muscular y además, permite grados intermedios con el empleo de los signos “+” y “-“. Es la escala más usada en Reino Unido (3, 4).

Aunque es menos común, también podemos valorar la tonicidad de la musculatura del periné con el uso de un perineómetro de Kegel. La presión medida por el perineómetro manométrico en mmHg equivaldría a diferentes grados dentro de la escala mencionada anteriormente (anexo 7). Otro test sencillo para evaluar la musculatura elevadora del suelo pélvico consiste en introducir en la vagina un tubo de pírex. Se solicitará a la paciente la contracción del suelo pélvico, mientras el evaluador observa los movimientos del tubo. Si se mantiene horizontal, es indicador de que el músculo elevador del ano es eficaz en su función elevadora sobre los órganos pélvicos (3).

En este proceso de valoración de la contracción muscular del suelo pélvico, debemos de prestar atención a la presencia o no de contracciones parásitas, principalmente de los músculos abdominales, aductores y glúteos. Para detectarlas, situaremos la mano contralateral a la evaluadora sobre el abdomen de la paciente, con el objeto de palpar cualquier contracción

muscular parásita de esta región, a la vez que observamos posibles contracciones a nivel de los muslos y nalgas. La aparición de estas contracciones es relativamente frecuente, especialmente en mujeres con fuerza de grado 1, o 2, según la Escala de Laycock (4).

- **Valoración de la estática de los órganos de la pelvis**

Aprovecharemos también para analizar la estática de los órganos de la pelvis e identificar la existencia de algún tipo de descenso o prolapsos de los mismos a través de la vagina. Para valorar, aplicaremos con nuestros dedos, o bien con las valvas de un espéculo, una depresión en la pared posterior de la vagina. En esta posición, solicitaremos a la paciente que realice la maniobra de Valsalva para favorecer el descenso del órgano afectado. Para comprobar, posteriormente, también podríamos solicitar a la paciente que realice una maniobra de aspiración diafragmática (intento de inspirar manteniendo las vías aéreas cerradas). La respuesta esperada será la reducción de dicho prolapso por la succión del órgano pélvico en dirección craneal y ventral y la contracción refleja del suelo pélvico (4).

4.2.2 Valoración de la estática lumbo-abdomino-pélvica

El suelo pélvico es una de las estructuras que constituye la cavidad abdominal manométrica. Cuando uno de los músculos que forman el core se ve debilitado, repercutirá en el funcionamiento del conjunto, perdiendo la coordinación. En este sentido, para completar la valoración y darle el carácter de globalidad que precisa, evaluaremos determinados aspectos biomecánicos de la cavidad abdomino-pélvica (9, 10):

- **Tono de la cincha abdominal (músculos oblicuos y transversos del abdomen)**

Podemos utilizar diferentes técnicas para la valoración de la cincha abdominal. En primer lugar, solicitaremos a la paciente que tosa para observar el movimiento abdominal que se produce en ese momento. Si apreciamos un abombamiento de la zona subumbilical inferior, será indicador de hipotonía abdominal, estaremos ante una descoordinación en el trabajo del core. Cuando tosemos, el diafragma se contrae creando un aumento de presión en toda la cavidad abdominal que debe ser compensada con la contracción refleja del resto de musculatura. Sin embargo, si no hay una buena coordinación, el músculo abdominal transversal y el suelo pélvico no se contraerán. En su lugar, la presión producirá distensión, expandiéndose la musculatura abdominal hacia afuera (4).

- **Valoración de la diástasis de los rectos abdominales**

La separación de los rectos abdominales es relativamente común después del parto (presente hasta en un 53% de las mujeres), pudiendo acarrear consecuencias negativas además de ser un indicador importante del grado de hipotonía del conjunto de la cincha abdominal. Al corregir el tono de la cincha abdominal, desaparecerá la diástasis, a no ser que se haya producido algún daño estructural. Los cambios que se producen en el tejido conjuntivo durante el embarazo y el parto, además de las tensiones que tiene que soportar la musculatura abdominal por el crecimiento del feto y el desplazamiento de los órganos abdominales, son las principales causas. Además, determinados factores como la obesidad, multiparidad, gestación múltiple, polihidramnios o flacidez previa de los músculos abdominales en etapa pregravídica contribuyen a aumentar la prevalencia (18).

Cuando hay diástasis abdominal, los dedos se hunden con facilidad entre los rectos del abdomen pudiendo separarlos. La valoración de la diástasis se realiza en la consulta con la persona en decúbito supino con las piernas flexionadas. Situaremos las yemas del dedo índice y medio a nivel umbilical e invitamos a la paciente a realizar una flexión anterior de la cabeza y cuello. El test será positivo cuando la separación entre los dos vientres musculares de los rectos anteriores

supere los 2,5 cm. También es relevante valorar la profundidad de la diástasis, así como la flacidez del tejido conjuntivo que aproxima ambos rectos, ya que es indicativo de una descompensación de la faja lumbo-pélvica que repercutirá en la recuperación del suelo pélvico (9, 4, 18).

- **Columna lumbar**

En mujeres con hiperlordosis lumbar, es frecuente que detectemos una cincha abdominal hipotónica. Todo ello contribuye a producir un desplazamiento anterior de la línea ombílico-pubiana, lo que provoca que ante un aumento de la presión intraabdominal, el vector de presión resultante se dirija hacia la región del periné anterior. Por ello, en este sentido también sería pertinente la valoración de las curvaturas de la columna lumbar, en buscar de indicadores que pudieran contribuir a la desestabilización de la estática lumbo-abdómino-pélvica (11).

- **Diafragma**

En el caso de que el diafragma se encuentre hipertónico, estará descendido en una posición similar a la de inspiración. En esta posición, cualquier esfuerzo resultará hiperpresivo a nivel de la cavidad manométrica. Si el diafragma está hipertónico palparemos una resistencia al intentar introducir los dedos por debajo de la arcada costal (11, 35).

Para valorar el tono en reposo y en inspiración torácica, colocaremos a la paciente en decúbito supino con ligera flexión de caderas, rodillas y dorsiflexión de pies. Introducimos el pulpejo de los pulgares por debajo de la parrilla costal. En ese momento, le pedimos al paciente que lleve aire hacia la zona costal inferior para que separe las costillas inferiores. Si al realizar la inspiración los dedos son expulsados e incluso somos incapaces de volverlos a introducir, será indicador de hipertonia diafragmática (9, 10).

5. ABORDAJE POR PARTE DE ENFERMERÍA

El primer paso tras la valoración será el análisis crítico de los datos recogidos. Desde enfermería, se deberá de diferenciar a las mujeres en dos grupos en base a la valoración realizada (20):

- Mujeres que presenten alteraciones disfuncionales o clínica asociada.
- Mujeres que pueden presentar una buena contracción/relajación voluntaria de la musculatura del suelo pélvico, o bien una debilidad del mismo, pero sin síntomas asociados.

En el primer caso, lo apropiado sería trabajar conjuntamente con el resto de los miembros del equipo interdisciplinar, derivando a la paciente a otros especialistas según el caso (médico de atención primaria, fisioterapeuta, ginecólogo) para que pudiera ser realizado un estudio más profundizado con pruebas complementarias (1). Interpretaremos como alteraciones disfuncionales en la valoración del suelo pélvico 8 semanas después del parto, la presencia de diástasis abdominal superior a 2,5 cm, laxitud profunda de la musculatura o evidencias de disfunciones de suelo pélvico como prolapso visceral, incontinencia de esfuerzo con sintomatología, disfunciones sexuales, etc (18). En estos casos será necesario un estudio más profundo para descartar lesiones orgánicas del aparato urinario o lesiones neurológicas (5).

Para el segundo caso, la intervención por parte de enfermería una vez realizada la valoración, deberá basarse en una conducta proactiva y vigilante, tendente a generar consultas en aquellas pacientes con factores de riesgo (3). Hacia estas pacientes, planificaremos una serie de intervenciones con las que se pretende fortalecer la musculatura pélvica y abdominal, además de mejorar el esquema corporal, de manera que podamos prevenir posibles alteraciones tanto a corto plazo como a largo plazo tras el parto y apoyar la recuperación física de la mujer (26, 36).

Las técnicas existentes para la rehabilitación y prevención perineal, son muy dispares, tanto en las indicaciones como en las modalidades prácticas de realización. A continuación, se detallan algunos de los aspectos más importantes a tener en cuenta (16, 22, 37):

5.1. Toma de conciencia

El primer paso a la hora de abordar la prevención en disfunciones del suelo pélvico está en educar a la mujer y ofrecer conocimientos sobre la anatomía y fisiopatología del periné. Se trabajará en la propiocepción del suelo pélvico, diferenciando tanto el periné anterior superficial (músculos bulbocavernosos, isquiocavernosos, esfínter uretral), como el periné posterior (esfínter anal) y el plano profundo del suelo pélvico (músculo elevador del ano) (3). Así mismo, se trabajará en el reconocimiento del resto de estructuras implicadas, como la pelvis ósea o la musculatura abdominal, a través de maquetas y mediante la exploración propia. Se explicarán las implicaciones funcionales y las posibles alteraciones derivadas de disfunciones en el suelo pélvico con las consecuencias que pueden acarrear. Es esencial transmitir la trascendencia de ser constantes en los cuidados como método eficaz de prevención. Con todo ello, perseguimos los siguientes objetivos (26, 38):

- Crear en la mujer conciencia de su periné.
- Lograr que aísle los grupos musculares que nos interesa fortalecer, relajando la musculatura parásita.
- Motivar para conseguir un buen aprendizaje y un adecuado cumplimiento del trabajo encomendado.

5.2. Fortalecimiento de la musculatura

En la revisión sistemática realizada por Hay-Smith en 2008, en la que se incluyeron 16 ensayos (6181 mujeres) que evaluaban los efectos de la realización de entrenamientos de los músculos del suelo pélvico, se concluyó que las mujeres que realizaban ejercicios de la musculatura pélvica después del parto, presentaron cerca de un 20% menos de probabilidad de tener incontinencia urinaria en comparación con los grupos control a los 12 meses (Riesgo Relativo RR 0,79, IC95% 0,70-0,90). Además, tuvieron cerca de la mitad de la probabilidad de informar de incontinencia fecal a los 12 meses (RR 0,52 IC 95% 0,70-0,90) (39).

Este tipo de técnicas han ido ganando popularidad desde que quedó demostrado en los años 50 la relación directa existente entre la debilidad de la musculatura del suelo pélvico y la presencia de disfunciones como incontinencia de esfuerzo, así como las notables mejoras en la sintomatología que tienen lugar cuando se practica ejercicios de refuerzo sobre estas estructuras (26). En el estudio prospectivo realizado por P Chiarelli a 676 mujeres tres meses después del parto, se concluyó que en aquellas que habían recibido formación en ejercicios del suelo pélvico, tanto la prevalencia urinaria como la gravedad de la misma, en los casos en los que estaba presente, era inferior que en el grupo control, el cual no recibió este tipo de formación (40).

Los ejercicios de suelo pélvico tonifican y fortalecen ambos tipos de fibras que constituyen la musculatura del suelo pélvico. Por un lado, se trabajarán las fibras tónicas denominadas tipo I, histológicamente representan el 70% de las fibras musculares del periné y son las responsables del tono muscular y del soporte de los órganos. También se fortalecerán las fibras tipo II o fásicas, que constituyen el 30% restante de la musculatura del suelo pélvico y son responsables de la fuerza del periné. Los resultados que se consiguen con este entrenamiento son (3, 26):

- Incrementar las unidades motoras.
- Mejorar la frecuencia de excitación.
- Incremento de la masa muscular.
- Aumento del riego sanguíneo en la pelvis.

Debido a que la musculatura del piso pélvico y la pared abdominal constituyen una unidad funcional, el trabajo de estas estructuras debe realizarse de forma sinérgica para recuperar la funcionalidad y conseguir equilibrio. Por tanto, para fortalecer el suelo pélvico, también deberemos de trabajar otras áreas como el diafragma, musculatura abdominal y columna vertebral (20).

Durante las 8 primeras semanas después del parto, se produce la involución de los tejidos hacia su estado anterior a la gestación. Posteriormente, en caso de no detectarse ningún factor patológico, podremos recomendar el fortalecimiento del sistema abdómino-pélvico a través de la realización de ejercicios hipopresivos, utilización de esferas vaginales, así como ejercicios de core, actividad cardiovascular (evitando ejercicios de gran impacto) y tonificación de extremidades inferiores y superiores (20, 18).

5.2.1. Ejercicios de Kegel

Los ejercicios de Kegel reciben este nombre por el doctor Arnol Kegel, quien los desarrolló en la década de los años 40, como método para fortalecer la musculatura del suelo pélvico en la mujer tras el parto. Consisten en repetir contracciones de la musculatura pélvica con las que se consigue progresivamente su activación, presentando buenos resultados para restaurar la función después del parto. Los ejercicios son efectivos en la incontinencia urinaria de esfuerzo y mixta, tanto en su prevención como tratamiento, mejorando también la calidad de las relaciones sexuales y sirviendo de tratamiento conservador de los prolapsos de órganos pélvicos (10, 20, 22).

Su práctica es altamente recomendable en la gestación y el posparto para la prevención de disfunciones del suelo pélvico y como primera línea de tratamiento, durante este periodo y fuera de él. Persigue dos objetivos esenciales (41):

- Aprender a utilizar los músculos del suelo pélvico, antes y durante las situaciones de esfuerzos (que pueden producir pérdidas de orina), controlando así las fugas.
- A largo plazo, aumenta el volumen muscular, fortaleciendo esta estructura.

- **Aspectos técnicos:**

El primer paso es conseguir que la mujer identifique y sea capaz de diferenciar qué músculos son los que debe de contraer en la realización del ejercicio. Pediremos que realice una contracción hacia dentro y hacia arriba sólo de los músculos del suelo pélvico. Podemos utilizar algunos ejemplos para ayudar a integrar los movimientos que buscamos, como indicarle que imagine apretar para cortar el flujo de orina. Es importante animar a centrar sus esfuerzos en la contracción de la musculatura pélvica y vigilar que no se produzca la realización de otros esfuerzos como la contracción secundaria de músculos auxiliares (glúteos, abductores, abdominales) (3,18,26). Para garantizar la correcta realización del ejercicio, la Guía de práctica clínica en el embarazo y el puerperio recomienda realizar tacto muscular vaginal en el momento que se pide la contracción, siendo lo propio experimentar una presión fuerte hacia fuera (42).

Para adquirir conciencia de la actividad, es de utilidad recibir un feedback cuando se realiza la contracción, especialmente en aquellas mujeres que tengan dificultad para aislar la contracción de la musculatura pélvica. Esto permite facilitar su aprendizaje al ayudar en el reconocimiento de las estructuras, además de hacer posible la autoevaluación del trabajo realizado, creando un sentimiento de motivación. Podemos realizar autoexamen digital o utilización de instrumentos electrónicos o mecánicos como manómetros, sondas vaginales, etc. El biofeedback es una terapia dentro de la gimnasia perineal, que mediante un dispositivo traduce la contracción muscular en una señal gráfica, acústica o ambas, de manera que la mujer puede percibir el trabajo realizado (3, 9, 26).

Una vez la mujer haya aprendido a contraer la musculatura pélvica, existen múltiples ejercicios que se pueden realizar (contracciones de mayor intensidad a menor, segregación de la contracción de esfínter anal, uretral y la vagina, contracciones al ritmo de la música, ...). La guía de práctica clínica en embarazo y puerperio (42), recomienda hacer 10 contracciones selectivas seguidas y rítmicas, mantenidas de 4 a 5 segundos, relajando posteriormente entre unos 8-10 segundos para evitar un sobreesfuerzo del suelo pélvico que pudiera llevar a una hipertonía. Durante el día, se deberán hacer 2 o 3 repeticiones de las 10 contracciones en diferentes posiciones. Con estos ejercicios, conseguimos tonificar las fibras tipo II del suelo pélvico, responsables de la contracción rápida, los reflejos y de la fuerza muscular (10, 41).

Es aconsejable coordinar los ejercicios con la respiración, de tal manera que durante la inspiración tenga lugar la relajación pélvica con abertura vaginal y anteversión de la pelvis y durante la espiración, se contraiga el periné con cierre vaginal y retroversión de la pelvis. De esta manera conseguimos coordinar el diafragma y el músculo transversal del abdomen con el suelo pélvico (10, 18).

El ejercicio puede realizarse en cualquier postura (cuadrupedia, decúbito prono, supino, ...). Se recomienda iniciar en postura sentada, con la espalda recta, sobre una colchoneta en "posición de sastre" o sobre una silla con los pies y las piernas bien apoyadas y las piernas ligeramente separadas, apoyando los codos o antebrazos sobre los muslos, evitando de esta manera contraer otros músculos como glúteos o abdominales mientras se realiza el ejercicio. Se pueden probar diversas posturas, siendo lo interesante integrar estos ejercicios en el día a día, especialmente cuando se vaya a realizar un esfuerzo. La eficacia del ejercicio está relacionada directamente con

el tiempo que se mantenga su práctica, por lo que introducirlos en la vida diaria de la mujer, facilita la adquisición de una rutina y por tanto, su perpetuidad en el tiempo (18).

5.2.2. Gimnasia Abdominal hipopresiva

La Gimnasia Abdominal Hipopresiva (GHA) fue creada por el Doctor en ciencias de la Motricidad y especializado en rehabilitación Marcel Caufriez a finales de los años 80. Creo las técnicas hipopresivas como una forma alternativa de recuperación de la musculatura pélvica para las mujeres en el postparto, con las que también pretendía conseguir tonificar la musculatura abdominal sin los efectos negativos que tienen para el suelo pélvico los ejercicios abdominales clásicos (3, 17, 35, 43, 44).

Efectos generales

La realización de GAH en el postparto facilita la recuperación del suelo pélvico, aumentando su tono y el de la faja abdominal. Además, reduce de forma significativa el perímetro abdominal y mejora el esquema corporal. Con la puesta en práctica de la gimnasia abdominal hipopresiva conseguimos (17, 41, 20, 35):

- **Disminución de la presión intratorácica e intraabdominal**

Con estos ejercicios, se consigue inhibir tónicamente el diafragma torácico, principal responsable de la presión intraabdominal. El concepto hipopresivo, hace referencia a la disminución de presión en todas las cavidades del espacio manométrico, torácica, abdominal y pélvica. Esta disminución de la presión va a favorecer el flujo sanguíneo y el retorno venoso en la pelvis y miembros inferiores, mejorando la sintomatología de origen vascular como varices, hemorroides y edemas (10, 43).

- **Tonificación de la musculatura abdominal (transverso y oblicuos del abdomen)**

Con la técnica hipopresiva conseguimos restablecer el tono y la competencia abdominal. Es un método alternativo frente a los ejercicios abdominales clásicos, con el que conseguir reducir el perímetro de la cintura. Se trabaja la musculatura sin presionar las vísceras pélvicas, disminuyendo con ello la tensión ligamentosa. La tonificación de la musculatura abdominal va a facilitar que a largo plazo, la mujer haga una mejor gestión de las presiones en sus actividades de la vida diaria (3, 43).

- **Tonificación de los músculos del suelo pélvico**

La gimnasia hipopresiva conduce a largo plazo (6 meses de media) a una tonificación significativa del periné, aumentando en un 58% de media el tono de base. El mecanismo al cual se atribuye su eficacia es al fortalecimiento de las fibras musculares de contracción lenta (tipo I) que aportan tonicidad al suelo pélvico (3,43).

- **Activación del Metabolismo**

Los ejercicios hipopresivos activan el sistema simpático. A nivel perineal existe una sinergia entre el sistema simpático y el somático (a través del nervio pudendo), de manera que al activar el sistema simpático conseguimos de forma secundaria activar la musculatura pélvica (3,10).

- **Normalización postural y modificación del esquema corporal (normalización de las tensiones musculares).**

Con un programa de hipopresivos realizado durante varios meses, se consigue una mejor autoelongación vertebral y un aumento de la flexibilidad de la columna, así como aumento de la fuerza de los músculos paravertebrales superficiales (17, 43).

- **Técnica hipopresiva**

La GAH consiste en un conjunto de **ejercicios posturales** con los que se persigue la activación de diferentes grupos musculares esqueléticos que son antagonistas del diafragma torácico desde el punto de vista postural. No se pide la contracción activa, sino que a través de la postura, buscamos la contracción refleja de los grupos de músculos que nos interesan, así como la relajación o estiramiento de grupos musculares hiperpresivos (como el diafragma torácico) (3). Existen diversas posiciones descritas para la correcta realización de la técnica. Cada una de ellas, se debe realizar adoptando diferentes posiciones en base a unas pautas técnicas (anexo 8). Todas ellas van a producir un gran impacto sobre el esquema corporal de la persona. Para la correcta realización de la técnica hipopresiva, tenemos que tener en cuenta una serie de claves que van a ser comunes en todas las posturas (35, 43):

- **Anteposición del eje de gravedad y elevación del centro de gravedad**

Con la anteposición del eje de gravedad, conseguimos inhibir el diafragma torácico, reduciéndose así la presión diafragmática. El peso del cuerpo se desplaza hacia delante sintiéndolo en los metatarsianos, manteniendo la mirada horizontal.

También contribuye en este fin la elevación del centro de gravedad. Para ello, en los ejercicios en bipedestación se pide flexión de rodillas (17, 35, 43).

- **Inhibir los músculos hiperpresivos y activar los hipopresivos**

Los grupos musculares hiperpresivos aumentan la presión intraabdominal, por lo que nos interesa inhibirlos. Así mismo, buscamos activar musculatura hipopresiva y reducir de esta manera la presión en el interior de la cavidad manométrica. Para ello, seguimos una serie de premisas posturales como autoelongación, doble mentón, tracción de brazos y decoaptación de la articulación glenohumeral, descenso de hombros, pies paralelos, etc (17,43).

Una vez hemos conseguido la postura buscada, podemos incluir al ejercicio la **apnea espiratoria**. Aunque no es un elemento imprescindible dentro de la gimnasia hipopresiva, con ella se consigue potenciar los efectos. Durante la fase de apnea, se produce el cierre de la glotis y la contracción voluntaria de los serratos mayores y los músculos elevadores de la caja torácica (músculos de las vías respiratorias superiores, intercostales, escalenos, esternocleidomastoideo). El siguiente paso es realizar **apertura del arco costal**. La caja torácica se eleva y el diafragma es succionado, favoreciendo así la disminución de la presión a nivel torácico y abdominal (17,43).

Se harán varias respiraciones diafragmáticas (3 respiraciones, inspirar en 2 segundos y espirar en 4 segundos) y en la última espiración, después de expulsar todo el aire, simulamos una inspiración costal pero sin coger aire, para conseguir apertura costal. La mantendremos en el tiempo (entre 10 y 20 segundos según el nivel de la paciente). Para valorar la correcta ejecución técnica de la apnea en el ejercicio y su efecto hipopresivo, existen una serie de signos anatómicos asociados como son: abertura del arco costal, movilización del ombligo hacia dentro y hendidura en las fosas claviculares (43).

Las posturas se repiten un máximo de tres veces (3 apneas), realizándose con un ritmo lento. Entre una apnea y la siguiente, si la paciente está muy cansada, le pedimos que manteniendo la postura realice respiraciones suaves con el tórax (inspirar en 2 segundos y espirar en 4). La frecuencia con la que realizar los ejercicios dependerá de los objetivos a alcanzar. No hay unanimidad en la bibliografía consultada a este respecto, pero en este caso, al ser la finalidad de los ejercicios básicamente preventiva, o para tratar unos síntomas leves, sería adecuado recomendar realizarlos 20 minutos al día, al menos 5 días a la semana. Se deben realizar durante 6 meses para obtener resultados (3, 17).

- **Contraindicaciones**

Las dos grandes contraindicaciones de las técnicas hipopresivas están en relación con la activación del sistema nervioso simpático y son:

- **Hipertensión arterial, cardiopatías:** Con la activación del sistema simpático se produce un aumento de la tensión arterial. No es conveniente por tanto la realización de estos ejercicios en personas con hipertensión arterial ya que la activación que buscamos del sistema simpático durante la realización del ejercicio va a contribuir a descompensar la tensión en estas mujeres (3, 10).
- **El embarazo y puerperio:** Así mismo, la activación del sistema simpático podría producir contracciones uterinas, por lo que está contraindicado la realización de este tipo de ejercicios durante la gestación. La gimnasia abdominal hipopresiva también puede afectar a la involución uterina en el postparto, por tanto, no se recomienda practicarla desde el tercer día después del parto hasta pasada la cuarentena. Además, si la mujer da pecho a su hijo, no es adecuado comenzar con los ejercicios antes de la semana 5-6 posterior al parto, momento en el que se considera que los niveles de prolactina en sangre ya van a estar estabilizados. Por lo tanto, por regla general, no empezar con los hipopresivos hasta las 5-6 semanas después del parto, a no ser que no dé pecho. En este caso podríamos empezar a los 22 días (3,10).

5.2.3. Dispositivos intracavitarios vaginales: conos y esferas vaginales

Ambos son dispositivos que se utilizan para el entrenamiento de la fuerza y el tono del suelo pélvico (10). Los conos son dispositivos con forma cónica que fueron diseñados en 1985 con el fin de aumentar la carga de trabajo de los músculos del suelo pélvico. Para ello, se introducen en el interior de la vagina, teniendo la mujer que ser capaz de sostenerlo en bipedestación durante 1 minuto, tiempo que se irá aumentando de manera progresiva hasta cumplir 20 minutos. Llegados a este punto, se puede aumentar el peso del cono por uno superior (se comercializan cinco conos de peso creciente). En el interior de la vagina el cono tiende a descender por su propio peso, lo que provoca el reflejo de contracción de la musculatura pélvica para tratar de retenerlo (26).

Las esferas vaginales o bolas chinas, consisten en una o dos bolas unidas en cuyo interior encontramos otra bola de menor tamaño (20, 3). Estas bolas se introducen en el interior de la vagina a modo de tampón. Con el movimiento, la bolita interior se mueve produciendo una vibración que estimula los vibrorreceptores vaginales, desencadenando una contracción de la musculatura lisa de la vagina. Esta vibración, también va a activar el sistema simpático que a su vez favorece la activación de las fibras del suelo pélvico. Al mismo tiempo, el peso de la bola estimula los barorreceptores de la musculatura perineal, activando la contracción para evitar que salga de la vagina y aumentando el riego sanguíneo a nivel de la pelvis (36, 37). El tiempo de uso estará determinado por fatiga de la musculatura. No se deberá de llegar hasta el punto de tener la sensación de dificultad para retener la bola en el interior de la vagina. La pauta a seguir es llevar las bolas vaginales unos 15-20 minutos, dos veces al día, pudiéndose prolongar a varias horas. En cualquier caso, se recomendará no utilizarla más de dos horas seguidas (20, 37).

Las esferas vaginales pueden suponer una ventaja frente a la utilización de conos en mujeres con vagina más abierta, ya que al tener un mayor diámetro se retienen con más facilidad. Además, su uso contribuye a cerrar la vagina (20).

Ambos dispositivos pueden utilizarse al mismo tiempo que se hacen los ejercicios Kegel. Tienen la ventaja de ser un tratamiento que se ejecuta en el domicilio y lo maneja la mujer de forma

autónoma (26). Así mismo, el mantenimiento de ambas aplicaciones debe realizarse antes y después de su uso, con agua tibia y jabón neutro (37).

No estarían indicados en casos de hipertonía del suelo pélvico. Tampoco es adecuado su utilización en casos en los que la valoración de la contracción pélvica mediante tacto vaginal dé como resultado una puntuación superior a 3 en la escala de Laycock. También está contraindicado su uso en casos de presencia de leucorrea o molestias vaginales (3).

5.3. Medidas higiénico- dietéticas

5.3.1 Dieta

El seguimiento de una dieta equilibrada se ha relacionado con la reducción del riesgo de incontinencia urinaria. Aumentar el consumo de vegetales, pollo y pan, disminuye la hiperactividad vesical, así como evitar tomar alimentos picantes y no abusar de los cítricos ni de otros alimentos con efecto diurético como piña o melón. El consumo de vitamina C reduce el riesgo de infección urinaria impidiendo el crecimiento de bacterias. En el postparto, se recomienda aumentar el consumo proteico para, de esta manera, contribuir y acelerar el proceso de cicatrización de todas las estructuras que han quedado lesionadas, especialmente en mujeres que den lactancia materna, ya que la formación de colágeno se ve más reducida (10).

Debido a la activación del sistema simpático, las mujeres que realizan ejercicios de gimnasia hipopresiva aumentan su metabolismo. Como consecuencia, se producen más radicales libres y se elevan los niveles de homocisteína, por lo que se recomienda dietas hipotóxicas y ricas en vitaminas B, C y E (3). Este tipo de régimen da preferencia a productos orgánicos o biológicos frente a aquellos procesados. Defienden la utilización de aceites vírgenes, no refinados y en general, fomentar el consumo de frutas, verduras, legumbres, carnes pescados y huevos, siempre y cuando no provengan de cría industrial, consumidos con escasa cocción (ej.: al vapor) (45).

En cuanto al consumo de líquidos, tomar una cantidad de agua inferior a lo recomendado con el objetivo de evitar pérdidas urinarias, se ha relacionado con una mayor tendencia a la infección de las vías urinarias inferiores, el estreñimiento y la deshidratación (10).

5.3.2 Gestión de esfuerzo cotidianos: posturas para un mejor reparto de presiones

Mantener una postura adecuada en nuestro día a día, pueden evitar daños en el conjunto de sistemas de la faja abdómino-lumbo-perineal. Solamente al corregir la postura al estar sentados, manteniendo la espalda elongada con su curvatura natural y el pecho elevado, no solo evitamos producir daños en la estática lumbo-pélvica sino que además, estamos activando el core (9, 18).

A la hora de elevar cargas, se recomienda evitar hacerlo por debajo de las rodillas. En su lugar, lo más adecuado es adelantar una pierna y flexionar la que queda posterior hasta que nos encontremos al nivel de la carga y en ese momento, empezar a elevar el peso con la espalda recta. Se recomienda también, mantener la carga con una postura firme, con los pies a la distancia del ancho de los hombros, acercándola al cuerpo lo máximo posible. Con todo ello, se reduce el grado de inclinación del cuerpo, lo que repercute positivamente a la hora de disminuir la presión intraabdominal generada y la tensión que sufren los ligamentos y la columna vertebral (9, 18).

Cuando se realiza un esfuerzo (coger un peso o cualquier otra actividad hiperpresiva), activar previamente la musculatura pélvica ayuda a reducir el daño sobre el suelo pélvico. No se debe aguantar la respiración mientras realizamos el esfuerzo, sino que lo conveniente es realizarlos en espiración (9, 18).

Cargar con el bebé es un esfuerzo importante que puede debilitar el suelo pélvico. El porteo, es un sistema de transporte que asegura contacto constante entre el bebé y el porteador. Son muchos sus beneficios, sin embargo, se debe educar en realizar un porteo ergonómico, para evitar que esta práctica se realice de una forma no segura con posibles consecuencias para el suelo pélvico del porteador (entre otras). Si se cuida la higiene postural del adulto, así como la colocación del bebé y del portabebés, la realización de esta práctica no tiene por qué tener un impacto negativo. Es necesario mantener una buena postura, evitar la cifosis lumbar y desplazamiento de hombros y cabeza hacia delante, lo que produciría una relajación de la musculatura abdominal y pélvica. También debemos evitar el error postural a la inversa, posición en la que acortaríamos la musculatura de la espalda y se elongaría en exceso la musculatura abdominal. El portabebés se coloca alto, de manera que si la posición es ventral, la cabeza del bebé quede justo por debajo de la barbilla del porteador. Las nalgas del bebé nunca deben ir por debajo de la región umbilical del adulto. El bebé debe colocarse vertical en posición fisiológica, con la espalda en forma de C mirando hacia el porteador, ajustándose con la correcta tensión a la región abdominal del cuerpo del adulto. La cabeza debe ir correctamente sujeta y las vías respiratorias despejadas. Cadera basculada hacia delante y piernas separadas. Tiene que ser cómodo y sencillo de usar (46).

5.3.3. Sobre peso

Mantener un peso adecuado se considera una medida preventiva eficaz para evitar la sobrecarga del suelo pélvico. Con el objetivo de disminuir la prevalencia de obesidad y sobrepeso, transmitiremos a la población femenina la importancia y lo beneficioso que es para su salud mantener un peso adecuado. Para ello, podemos educar en una dieta saludable y en el mantenimiento de una vida activa (10, 26).

5.3.4. Hábitos

Se recomienda reducir el consumo de sustancias irritativas para la vejiga como la nicotina, cafeína, alcohol o bebidas carbonatadas, sobre todo en mujeres que refieran escapes de orina (10, 11). Abandonar el hábito tabáquico entre todos sus beneficios, también supone reducir el riesgo de padecer tos crónica que pueda provocar defectos anatómicos y aumente la presión intraabdominal (3).

Dentro de este punto, se podría tratar una práctica común que a la larga, puede llevar al debilitamiento en el suelo pélvico, como es el uso de tacones. Al hacerlo, se produce una alteración en la estática lumbo-pélvica provocando una hiperlordosis excesiva y anteversión de la pelvis, lo que va a modificar la dirección de los vectores de fuerza en la pelvis. A nivel general, el uso de tacones tiene efectos sobre todo el organismo (tobillos, cadera, rodillas, columna vertebral, cuello, cabeza, etc) (12).

Para finalizar, mantener una buena higiene íntima es esencial para reducir el riesgo de infecciones. El periné femenino es una zona delicada que está expuesta a múltiples situaciones que pueden favorecer las infecciones como son los cambios hormonales, las relaciones sexuales, la proximidad al recto, etc. La incontinencia urinaria también es un factor de riesgo en este sentido, al producir como consecuencia humedad en la zona. Se recomienda mantener una higiene diaria adecuada con geles y/o toallitas que respeten la acidez del pH vaginal y no contengan compuestos agresivos o productos químicos que puedan ser irritantes para la mucosa vaginal o que destruyan las bacterias saprófitas de la vagina. La higiene se realiza siempre con movimientos de delante hacia atrás y secando bien la zona posteriormente (2).

5.3.5. Actividad física

Determinadas actividades deportivas pueden resultar potencialmente perjudiciales para el suelo pélvico. Para evitar cualquier riesgo, también es importante que cada persona sea

consciente de cuál es el estado de su suelo pélvico y sepa ajustar la actividad a sus características individuales. El ejercicio físico realizado de forma adecuada, con la información y control eficaz de la zona pélvica, podría ser utilizado para ayudar a prevenir disfunciones pélvicas, favoreciendo la recuperación física y emocional tras el parto (3).

A partir de la octava semana tras el parto, en condiciones normales, se podrá recomendar la realización de actividad cardiovascular como caminar, ciclismo, natación entre 3-5 veces por semana durante 20-30 min (20). Los ejercicios de core, además de fortalecer la cincha abdominal, también contribuyen a trabajar la postura y estabilización pélvica. También las disciplinas de pilates y yoga pueden reportar importantes beneficios, sin embargo, algunos de los entrenamientos dentro de estas disciplinas pueden aumentar la presión intraabdominal. Si se quiere iniciar alguna de estas rutinas de entrenamiento, se recomienda evitar las clases colectivas y contar con el consejo de profesionales. Algunas autoras como Bernadette de Gasquet o Blandine Calais Germain, han desarrollado en sus obras metodología a partir de técnicas de yoga, pilates, danza o la gimnasia, con las que conseguir fortalecer el abdomen profundo y el periné evitando el impacto y el aumento de presión intraabdominal (18).

En general, se desaconsejan deportes que impliquen un alto impacto (correr, saltos), aquellos en los que se realice levantamiento de pesos, o supongan un aumento importante de la presión intraabdominal (abdominales clásicos). A las usuarias de este tipo de prácticas, se las podrá enseñar a realizar una contracción del suelo pélvico voluntaria preventiva, antes de cualquier esfuerzo. De esta manera, se conseguirá que el conjunto de vísceras pélvicas se desplace hacia arriba y hacia delante, movimiento totalmente opuesto al que se produce durante un esfuerzo intraabdominal. Además, se podría recomendar la utilización de un dispositivo ideado para prevenir el descenso de los órganos pélvicos durante la actividad deportiva. Este instrumento tiene forma de “paraguas” y se introduce en la vagina durante el ejercicio físico con un aplicador, desplegándose una vez se encuentra insertando (3, 11).

5.3.6. Estreñimiento

Es importante tomar medidas para reducir o controlar los problemas de estreñimiento. En primer lugar, los hábitos dietéticos juegan un papel determinante en este manejo. Es recomendable ingerir suficiente cantidad de líquido y llevar una alimentación rica en fibra, evitando los alimentos más astringentes (45).

Además, se informará sobre consejos ergonómicos que faciliten la defecación sin esfuerzo. La posición ideal sería la de cuclillas con el tronco alineado hacia delante. De esta manera, se consigue alinear los ejes de la ampolla rectal y del canal anal, distender el periné posterior y además, aumentar la prensa abdominal con la parte baja del vientre empujando y comprimiendo las vísceras hacia detrás pero no hacia abajo. Por el contrario, la posición utilizada habitualmente tiende a angular el eje de la ampolla rectal con el canal anal y cerrar el periné posterior. Todo ello, lleva a aumentar los esfuerzos defecatorios en valsava, a menudo “empujando” y produciendo el descenso del diafragma y abombamiento del vientre, dirigiendo el pujo hacia delante y abajo (zona más débil del suelo pélvico). Tomando unas sencillas medidas como colocar los pies sobre un pequeño taburete e inclinar el cuerpo hacia delante, se facilita en gran medida la defecación (20).

Para la realización de los esfuerzos, se recomienda evitar hacer pujos en valsava. En su lugar, llevar el vientre hacia dentro durante una espiración frenada y la contracción de los transversos al tiempo que asciende el diafragma. De esta manera, conseguiremos que disminuya la presión intraabdominal (20).

6. CONCLUSIONES

El abordaje por parte de enfermería de las disfunciones de suelo pélvico se integra dentro de un contexto preventivo. Los estudios consultados, demuestran que el entrenamiento de la musculatura pélvica y el trabajo preventivo en las disfunciones del suelo pélvico es efectivo, aunque se debe de continuar investigando acerca de los efectos y seguridad a largo plazo. No se han encontrado estudios que analicen los costes y uso de recursos frente a sus beneficios. También existe gran heterogeneidad en los estudios, por lo que resulta difícil establecer el tipo de intervenciones que resulta más beneficiosa a la hora de desarrollar este papel preventivo (36, 38). A pesar de ello, los puntos que después de la investigación realizada considero que resumen los objetivos del abordaje son:

- Evitar hiperpresiones abdominales (ej.: evitar ejercicios hiperpresivos, reducir sobrepeso, etc).
- Mantener en forma el suelo pélvico y el conjunto de la cavidad abdomino-pélvica, fuertes y tonificados para que puedan soportar las presiones a las que van a ser sometidos en la vida diaria.
- Proporcionar estrategias para que las presiones se repartan de la forma más saludable en la pelvis (ej.: medidas posturales)
- Educar en buenos hábitos e identificación de signos y síntomas de alarma.

En la actualidad, existen en nuestro país guías de práctica clínica que introducen la valoración del suelo pélvico y su abordaje como parte de la atención sanitaria. De acuerdo con las recomendaciones propuestas por la Guía de práctica clínica en el embarazo y el puerperio realizada por el Ministerio de Sanidad Español (42), el seguimiento durante el puerperio de las madres que han tenido un parto sin complicaciones, debe ser una continuación de la atención recibida en el hospital. Propone la programación de una visita de control alrededor de los 40 días tras el parto, en la que deben explorarse todos los aspectos relacionados con el bienestar físico, emocional y social de la mujer y el recién nacido/a, contexto en el que se incluiría una valoración del suelo pélvico. El protocolo de atención al embarazo y puerperio realizado por el Servicio Cántabro de Salud, también establece la valoración del periné en la mujer en el postparto durante las visitas puerperales. Sin embargo, estas guías de referencia en nuestro país, no defienden una postura preventiva a la hora de proponer intervenciones de los profesionales sanitarios. En su lugar, después del parto solo se aconseja la realización de ejercicios para el entrenamiento de la musculatura pélvica en mujeres que presenten incontinencia urinaria o fecal después del parto, con una fuerza de recomendación débil (5).

Todavía queda mucho trabajo por hacer en este campo para equipararnos a otros países en los que la reeducación abdominopélvica está totalmente normalizada y subvencionada (47). En España, aún persiste un tabú social en torno al suelo pélvico y sus disfunciones, que quedan amparadas bajo una “falsa normalidad”. Muchas mujeres se encuentran desubicadas después del parto al haber estado hasta entonces totalmente ajenas de las secuelas físicas y psíquicas que podrían desarrollar. Los profesionales de enfermería, pueden formar parte activa en este proceso, acompañando, guiando y educando, rompiendo tabúes y facilitando el acceso a información sobre el suelo pélvico.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García Gálvez G, Cantero Cid R. Unidad de suelo pélvico [Internet]. España: Universidad Complutense de Madrid; 2000 [citado 03 enero 2018]. p. 779-92. Disponible en: <https://vpnuc.unican.es/servlet/,DanaInfo=dialnet.unirioja.es,SSL+articulo?codigo=2039219>
2. Espuña Pos M, Fernández A, Pérez M. Estudio Evolution de SEGO – AUSONIA [Internet]. Barcelona: Arbora and Ausonia; 2010 [citado 03 enero 2018]. 53 p. Disponible en: <https://www.ensuelofirme.com/wp-content/uploads/2017/07/Estudio-SEGO-Ausonia-2009-2010.pdf>
3. Morilla Herrera JC, Contreras Fernández E, Morales Asencio JM, Martín Santos F, Gómez Vidal L, Izquierdo Carrasco JM, et al. Guía de atención enfermera a personas con incontinencia urinaria [Internet]. 3ªed. España: Asociación Andaluza de Enfermería; 2007 [citado 03 enero 2018]. 201 p. Disponible en: http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/222/22.%20GPC_402_Pacientes%20con%20incontinencia%20urinaria.01.07.pdf
4. Martínez Bustelo S, Ferri Morales A, Patiño Núñez S, Diz Viñas S, Martínez Rodríguez A. Entrevista clínica y valoración funcional del suelo pélvico. Fisioterapia [Internet]. 2014 febrero [citado 04 enero 2018]; 26(5):266-80. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-fisioterapia-146-articulo-entrevista-clinica-valoracion-funcional-del-S0211563804731119>
5. Servicio Cántabro de Salud. Protocolo de atención al embarazo y puerperio [Internet]. Santander: Gobierno de Cantabria; 2017 [citado 03 marzo 2018]. 126p. Disponible en: <https://saludcantabria.es/uploads/PROTOCOLO%20ATENCION%20EMBARAZO%20Y%20PUERPERIO%202017.Final%2029.1.18.pdf>
6. Lacimar G, Espuña M. Patología del suelo pélvico. Gastroenterol Hepatol [Internet]. 2008 [citado 20 enero 2018]; 31(9): 587-95. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3497124>
7. García Porrero JA, Hurlé JM. Anatomía Humana. Madrid: Interamericana; 2005. 929 p.
8. Calais Germain B. Anatomía para el movimiento, el periné femenino y el parto. Barcelona; La liebre de Marzo; 1998. 160 p.
9. Walker C. Fisioterapia en Obstetricia y Uroginecología. 2ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2013. 315 p.
10. Remírez García I, Blanco Ratto L, Kauffmann Frau S, et al. Rehabilitación del Suelo Pélvico femenino: práctica clínica basada en la evidencia. Madrid: Médica Panamericana; 2013.
11. Martínez Bustelo S. Deporte femenino y suelo pélvico. En: I e II ciclo de conferencias: xénero, actividade física e deporte. Universidades La Coruña; 2012; La Coruña: p. 117-124.
12. Ruiz Ibán MA, Elías Martín ME, Ruiz Fernández JA. Efecto del uso de tacones altos sobre la inclinación pélvica en el plano sagital. Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación [Internet]. 2005 [citado 25 febrero 2018]; 17: 41-46. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2005/mf052b.pdf>
13. International Continence society [Internet]. Bristol: International Continence society; 2018 [citado 20 enero 2018]. Disponible en: <https://www.ics.org/>
14. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2011 [citado 20 enero 2018]. Disponible en: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=resultados&idp=1254735573175
15. Cabrera Guerra M. La incontinencia urinaria en la mujer deportista de élite. Iberoam Fisioter Kinesol [Internet]. 2006 [citado 26 dic 2017]; 9(2):78-89. Disponible en:

- <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-iberoamericana-fisioterapia-kinesiologia-176-articulo-la-incontinencia-urinaria-mujer-deportista-13097669>
16. Continence Foundation of Australia. One in three women who ever had a baby wet themselves [Internet]. Australia: Commonwealth of Australia (Department of Health); 2017 [citado 5 marzo 2018]. 16 p. Disponible en: http://www.pelvicfloorfirst.org.au/data/files/PFF_Resources/One_in_three_1_in_3_Women_who_ever_had_a_baby_wet_themselves_June_2017.pdf
 17. Caufriez M. Caufriezconcept [Internet]. Barcelona: Kenzen formación [citado 10 febrero 2018]. Disponible en: <https://caufriezconcept.com/>
 18. MA Carrasco García. Ejercicio físico y recuperación postparto. Matronas hoy [Internet]. 2017 marzo [citado 11 enero 2018]; 4(3). Disponible en: file:///D:/enfermeria/busqueda%20bibliogr%C3%A1fica/google%20academico/revisio nes2_43.pdf
 19. Townsend MK, Lajous M, Medina Campos RH, Catzin Kuhlmann A. Risk factors for urinary incontinence among postmenopausal mexican women. Int Urogynecol [Internet]. 2017 [citado 27 dic 2017]; 28: 769-76. Disponible en: <file:///D:/enfermeria/busqueda%20bibliogr%C3%A1fica/pubmed/factores%20de%20ri esgo.pdf>
 20. Ferri Morales A, Amostegui Azkúe JM. Prevención de la disfunción del suelo pélvico de origen obstétrico. Fisioterapia [Internet]. 2004 [citado 20 enero 2018]; 26(5):249-65. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-fisioterapia-146-articulo-prevencion-disfuncion-del-suelo-pelvico-S0211563804731107>
 21. Sánchez Ruiz E, Solans Domènech M, Espuña M. Estimación de la incidencia de la incontinencia urinaria asociada al embarazo y el parto [Internet]. España: Ministerio de Ciencia e innovación; 2010 [citado 3 enero 2018]. 96 p. Disponible en: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/2911/estimacion_incidencia_incontinencia_urinaria_embarazo_parto_2010.pdf?sequence=1
 22. Luna Valero JM, Mata Saborido MJ, Sánchez MI. Promoción y prevención de incontinencia y prolapsos durante el puerperio en la consulta de la matrona de atención primaria [Internet]. 2016 [citado 27 diciembre 2017]; 25. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/revista.php>
 23. FAME. Cómo superar el puerperio y no rendirse en el intento [internet]. Federación de Asociación de Matronas de España; 2014 [citado 25 febrero 2018]. 56p. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/puerperio.pdf>
 24. Verdejo C, Méndez S, Salinas J. La disfunción de tracto urinario inferior en el paciente mayor. Med Clin [Internet]. 2016 [citado 26 diciembre 2017]; 147(10): 455-460. Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S002577531630077X/1-s2.0-S002577531630077X-main.pdf?_tid=ba6dec32-ea6c-11e7-920e-00000aab0f26&acdnat=1514314016_69c766dbf92dc1c2d4a99f7f55ffe1b3
 25. Robles JE. La incontinencia urinaria. An Sist Navar [Internet]. 2006 agosto [citado 27 diciembre 2017]; 29(2). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v29n2/revision2.pdf>
 26. Pena Outeiriño JM, Rodríguez Pérez AJ, Villodres Duarte A, Marmol Navarro S, Lozano Blasco JM. Tratamiento de la disfunción del suelo pélvico. Actas Urol Esp [Internet]. 2007 [citado 20 enero 2018]; 31(7):719-31. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062007000700004
 27. Fozzatt C, Riccetto C, Herrmann V, Brancalion M, et al. Prevalence study of stress urinary incontinence in women who perform high-impact exercises. Int Urogynecol J [Internet]. 2012 [citado 26 diciembre 2017]; 23(12): 1687- 1691. Disponible en: <https://vpnc.unican.es/content/pdf/Danainfo=link.springer.com,SSL+10.1007%2Fs00192-012-1786-z.pdf>

28. Brucker J, Wagner I, Rudofsky G, Rauch G, Sohn C, Brocker KA. In obesity even Young women suffer from urogynecological symptoms. Arch Gynecol Obstet. [Internet]. 2017 septiembre [citado 27 diciembre 2017]; 296: 947-56 Disponible en: <https://vpnuc.unican.es/content/pdf/DanaInfo=link.springer.com,SSL+10.1007%2Fs00404-017-4514-6.pdf>
29. Gazo Ortiz de Urbina A, Andrés Orós P, Zabau Feroselle J, Arnal Bescós M.J, Rodríguez García J, Puig Comas N. Estudio prospectivo sobre los efectos de la episiotomía y los desgarros en el postparto. Enfermería Científica Altoaragonesa [Internet]. 2016 [citado 20 enero 2018]; (10). Disponible en: <http://www.colegioenfermeriahuesca.org/wp-content/uploads/2016/12/Enfermeria-Cient%C3%ADfica-Altoaragonesa-n%C2%BA10-ilovepdf-compressed.pdf>
30. Baydock SA, Flood C, Schulz JA, MacDonald D, Esau D, Jones S, Hiltz CB. Prevalence and Risk Factors for Urinary and Fecal Incontinence Four Months After Vaginal Delivery. J Obstet Gynaecol Can [Internet]. 2009 enero [citado 10 febrero 2018]; 31(1):36-41. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)34051-8](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)34051-8)
31. Jiménez Cidre MA. Diario miccional (instrucciones para rellenarlo). Asociación Española de Urología [Internet]. [citado 10 febrero 2018]. Disponible en: http://www.aeu.es/PDF/DIARIO_MICCIONAL_3_DIAS.pdf
32. Sánchez Sánchez B, Torres Lacomba M, Navarro Brazález B, Cerezo Téllez E, Pacheco Da Costa S, Gutiérrez Ortega C. Responsiveness of the Spanish Pelvic floor Distress Inventory and Pelvic Floor Impact Questionnaires Short Forms (PFDI-20 and PFIQ-7) in women with pelvic floor disorders. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol [Internet]. 2015. [citado 05 enero 2018]; 190: 20-25. Disponible en: <file:///D:/enfermeria/busqueda%20bibliogr%C3%A1fica/pubmed/Responsiveness%20of%20the%20Spanish%20Pelvic%20Floor%20Distress%20Inventory%20and.pdf>
33. Barber MD, Walters MD, Bump RC. Short forms of two condition-specific quality-of-life questionnaires for women with pelvic floor disorders (PFDI-20 and PFIQ-7). Am J Clin Exp Obstet Gynecol [Internet]. 2005 [citado 10 febrero 2018]; 193, 103-13. Disponible en: <http://www.womenshealthpta.org/wp-content/uploads/2013/12/PFDI-PFIQ.pdf>
34. Cardozo L, Kelleher C. The King's Health Questionnaire [Internet]. NICE; 1997 [citado 3 marzo 2018]. 6p. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg171/resources/the-kings-health-questionnaire-pdf-191574685>
35. Pinsach P, Rial T, Caufriez M, Carlos Fernandez J, Devroux I, Ruiz K. Hipopresivos, un cambio de paradigma. [citado 03 marzo 2018]. Disponible: en: [https://www.coplefc.cat/files/mes%20arxius/Hipopresivos_un_cambio_de_paradigma%20\(2\).pdf](https://www.coplefc.cat/files/mes%20arxius/Hipopresivos_un_cambio_de_paradigma%20(2).pdf)
36. R Abalo, I Cuña. Fisioterapia preventiva en las disfunciones del suelo pélvico en el postparto. Fisioterapia [internet]. 2013 [citado 11 enero 2018]; 35(2): 82-87. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ft.2012.09.005>
37. Karim Ruiz MA, Gallego Molina J, Gavilán Díaz M. Esferas vaginales: Función terapéutica. Cultura de los Cuidados [Internet]. 2014 [citado 20 enero 2018]; 18 (40). Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/43945/3/Cultura-Cuidados_40_12.pdf
38. Vieillefosse S, Thubert T, Billecocq S, Battut S, Deffieux X. Rehabilitación perineal de la mujer [Internet]. Paris: Université Paris-Sud; 2017 [citado 10 febrero 2018]. Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S1283081X16824029/1-s2.0-S1283081X16824029-main.pdf?_tid=f4b9d39f-10fd-42f9-9587-a50bf86fffd8&acdnat=1522866800_1fc39cc058ba63f626888135ca4ad011
39. Hay Smith J, Morkved S, Fairbrother KA, Herbison GP. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2008 octubre [citado 3 marzo 2018]; 8(4). Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007471>

40. P Chiarelli, J Cockburn. Promoting urinary continence in women after delivery: randomised controlled trial. BMJ [Internet]. 2002 [citado 11 enero 2018]; 324(7348): 1241. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC113274/pdf/1241.pdf>
41. Ruiz de Viñaspere Hernández R. Eficacia de la gimnasia hipopresiva en la rehabilitación del suelo pélvico de las mujeres: revisión sistemática. Actas Urol Esp [Internet]. 2017 [citado 20 enero 2018]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.acuro.2017.10.004>
42. Servicio Nacional de Salud, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014 [citado 3 marzo 2018]. 494 p. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_533_Embarazo_AETSA_compl.pdf
43. Rial T, Pinsach P. Principios técnicos de los ejercicios hipopresivos del Dr. Caufriez. EFDeportes [Internet]. 2012 septiembre [citado 11 enero 2018]; 17(172). Disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd172/los-ejercicios-hipopresivos-del-dr-caufriez.htm>
44. Cabañas Armesilla MD, Chapinal Andrés A. Revisión de los fundamentos teóricos de la gimnasia abdominal hipopresiva. Apunts. Medicina de L'Esport [Internet]. 2014 junio [citado 10 febrero 2018]; 49 (182): 59-66. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.apunts.2013.09.001>
45. Seignalet J. La alimentación, la 3ª medicina. 1ª ed. Barcelona: RBA Libros, S.A.
46. López Acuña ES, Salmerón Ruiz MA. El portero ergonómico. Pediatría integral [Internet]. 2014 diciembre [citado 10 febrero 2018]; 18 (10): 66-70. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/03/Pediatrica-Integral-XVIII-10.pdf#page=66>
47. Pelvic floor first [Internet]. Australia: Continence Foundation of Australia; c 2016 [citado 10 febrero 2018]. Disponible en: <http://www.pelvicfloorfirst.org.au/index.php>

8. ANEXO

Anexo 1

Tabla 1: clasificación de los distintos tipos de prolapsos de órganos pélvicos

Clasificación del prolapso genital en grados	
Grado I	Descenso entre la posición normal y la altura de las espinas isquiáticas
Grado II	Descenso entre las espinas isquiáticas y el himen
Grado III	Descenso por fuera del nivel del himen
Grado IV	Prolapso total, fuera del plano vulvar

Fuente: Baden y Walker. Patología del suelo pélvico (6).

Anexo 2

Propuesta de cuestionario de valoración perineal en el puerperio

CUESTIONARIO SEMIESTRUCTURADO DE VALORACIÓN PERINEAL

- **Datos personales:**

1. Nombre Apellidos:
2. Edad:
3. Profesión:
4. ¿Realiza ejercicio físico?

SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐ , si respuesta afirmativa ¿Cuál? ¿Frecuencia e intensidad?

5. Antecedentes familiares de disfunciones en el suelo pélvico

SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐ , si respuesta afirmativa ¿Cuál?

6. Peso: Talla: IMC:

7. Hábitos:

- Consumo de alcohol: SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐ , si respuesta afirmativa ¿Cantidad?
- Fumadora: SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐ , si respuesta afirmativa ¿Cigarrillos/día?
- Consumo de bebidas carbónicas, té o café: SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐ , si respuesta afirmativa ¿Cantidad?

- **Antecedentes Obstétricos**

1. Nº de gestaciones:
2. Nº de partos:
 - Vaginales:
 - Cesáreas:
3. Características del parto
 - Inducción del parto: SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐
 - Duración de expulsivo:
 - Episiotomía: SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐
 - Parto Distócico:

Fórceps SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐

Ventosa SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐

Espátula SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐

4. Características fetales

- Peso superior a 4000gr: SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐
- Distocia de Hombros: SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐
- Presentación Occipito-posterior: SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐

• **Antecedentes ginecológicos**

1. ¿Problemas de incontinencia urinaria? SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐
2. ¿Prolapso de órganos pélvicos? SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐
3. ¿Intervenciones quirúrgicas? SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐ , si respuesta afirmativa ¿Cuáles?

• **Antecedentes médico- quirúrgicos**

1. ¿Problemas de salud diagnosticado? SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐ , si respuesta afirmativa ¿Cuáles?
2. ¿Tratamiento habitual? SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐ , si respuesta afirmativa ¿Cuál?
3. ¿Intervenciones quirúrgicas previas? SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐ , si respuesta afirmativa ¿Cuáles?

• **Anamnesis de signos y síntomas**

1. Función Digestiva

- Frecuencia con la que realiza deposición:
- Dolor en la defecación: SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐
- Problemas de estreñimiento: SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐ , si respuesta afirmativa Medidas para aliviarlo:
- Incontinencia anal a gases: SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐
- Incontinencia anal a solidos: SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐

2. Función Urinaria

- Escapes de orina en la actualidad SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐
- Escapes de orina durante el embarazo SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐

Si respuesta afirmativa test de aproximación diagnóstica de incontinencia

3. Función sexual

- Dolor en las relaciones sexuales: SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐
- Ganas de orinar durante las relaciones sexuales: SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐
- Disminución de la intensidad de los orgasmos o ausencia completa de los mismos: SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐

4. Repercusión socio-profesional

- Repercusión a nivel social, psicológico o laboral SI ☐ NO ☐ NS/NC ☐

Si respuesta afirmativa PFDI-20 y PFIQ-7

Fuente: elaboración propia

Anexo 3

Test de aproximación diagnóstico de Incontinencia

Aproximación al diagnóstico de IU de esfuerzo en la mujer	
¿Tiene sensación de peso en la zona genital?	Si/No
¿Al subir o bajar escaleras se le escapa la orina?	Si/No
¿Cuándo ríe se le escapa la orina?	Si/No
¿Si estornuda se le escapa la orina?	Si/No
¿Al toser se le escapa la orina?	Si/No

La respuesta afirmativa de al menos 4 de estas preguntas tiene un valor predictivo en la mujer para incontinencia urinaria de esfuerzo del 77.2%

Aproximación al diagnóstico de IU de urgencia en la mujer	
Si está en la calle y tiene ganas de orinar, entra en un bar y si el servicio está ocupado, ¿se le escapa la orina?	Si/No
Cuando abre la puerta de casa ¿ha de correr al servicio y alguna vez se le escapa la orina?	Si/No
Si tiene ganas de orinar, ¿tiene sensación de que es urgente y ha de ir corriendo?	Si/No
¿Cuándo sale del ascensor, ¿tiene que ir de prisa al servicio porque se le escapa la orina?	Si/No

La respuesta afirmativa de al menos 3 de estas preguntas tiene un valor predictivo en la mujer para incontinencia urinaria de urgencia del 57,6%.

Fuente: Morilla Herrera JC, Contreras Fernández E, Morales Asencio JM, Martín Santos F, Gómez Vidal L, Izquierdo Carrasco JM, et al. *Guía de Atención enfermera a personas con incontinencia urinaria (3)*.

Anexo 4

- Diario miccional

El diario miccional es una herramienta que se utiliza para la valoración inicial de la incontinencia urinaria. Debe rellenarse durante 3 días dejando constancia de la hora en la que se produce cada evento, empezando a anotar cada día en el momento que se levanta de la cama.

Ej.: Ejemplo de diario miccional

Hola a la que se levanta de la cama 8:15 Hora a la que se acuesta 23:30

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

La clasificación de la urgencia miccional se hace en grados del 0 al 4 siendo:

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

Fuente: Jiménez Cidre MA. Diario miccional (instrucciones para rellenarlo) (31).

Anexo 5

PFDI-20 (Pelvic Floor Distress Inventory) es una escala que se utiliza para valorar la presencia de clínica relacionada con disfunciones del suelo pélvico (valora el prolapso de órganos pélvicos, problemas colo-rectales y urinarios) explorando también en la medida que estas disfunciones afectan o interfieren en la vida de la persona. Tiene un total de 20 preguntas divididas en 3 escalas. Se pide al paciente que haga un círculo en el número apropiado considerando la sintomatología y la repercusión de la misma durante los últimos 3 meses.

- **Puntuación:** Después de obtener la puntuación en cada uno de los ítems (puntuación de 0 a 4), se calcula la media en cada escala, multiplicando el valor obtenido por 25 para obtener una puntuación final en un rango de 0 a 100. Sumando las puntuaciones de las 3 escalas obtenemos una puntuación global en un rango de 0 a 300.

PFDI -20		
Symptoms Present = YES, scale of brother (1) = not at all (2) = Somewhat (3) = moderately (4) = quite a bit Symptoms Not Present = NO (0)		
Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory 6 (POPDI -6)		
1. Do you usually experience pressure in the lower abdomen?	NO (0)	YES (1,2,3,4)
2. Do you usually experience heaviness or dullness in the pelvic area?	NO (0)	YES (1,2,3,4)
3. Do you usually have a bulge or something falling out that you can see or feel in your vagina area?	NO (0)	YES (1,2,3,4)
4. Do you ever have to push on the vagina around the rectum to have or complete a bowel movement?	NO (0)	YES (1,2,3,4)
5. Do you usually experience a feeling of incomplete the bladder emptying?	NO (0)	YES (1,2,3,4)
6. Do you ever have to push up on a bulge in the vaginal area with your fingers to start or complete urination?	NO (0)	YES (1,2,3,4)
Colorectal- Anal Distress Inventory 8 (CRAD-8)		
7. Do you feel you need to strain too hard to have a bowel movement?	NO (0)	YES (1,2,3,4)
8. Do you feel you have not completely emptied your bowels at the end of a bowel movement?	NO (0)	YES (1,2,3,4)
9. Do you usually lose stool beyond your control if your stool is well formed?	NO (0)	YES (1,2,3,4)

10. Do you usually lose stool beyond your control if your stool is loose?	NO (0)	YES (1,2,3,4)
11. Do you usually lose gas from the rectum beyond your control?	NO (0)	YES (1,2,3,4)
12. Do you usually have pain when you pass your stool?	NO (0)	YES (1,2,3,4)
13. Do you experience a strong sense of urgency and have to rush to the bathroom to have a bowel movement?	NO (0)	YES (1,2,3,4)
14. Does part of your bowel ever pass through the rectum and bulge outside during or after a bowel movement?	NO (0)	YES (1,2,3,4)
Urinary Distress Inventory 6 (UDI-6)		
15. Do you Usually experience frequent urination?	NO (0)	YES (1,2,3,4)
16. Do you Usually experience urine leakage associated with a feeling of urgency, that is, a strong sensation of needing to go to the bathroom?	NO (0)	YES (1,2,3,4)
17. . Usually experience urine leakage related to coughing, sneezing, or laughing?	NO (0)	YES (1,2,3,4)
18. Usually experience small amounts of urine leakage (that is, drops)?	NO (0)	YES (1,2,3,4)
19. Usually experience difficulty emptying your bladder?	NO (0)	YES (1,2,3,4)
20. Usually experience pain or discomfort in the lower abdomen or genital region?	NO (0)	YES (1,2,3,4)

PFIQ-7 (Pelvic Floor Impact Questionnaire): Se utiliza esta escala para valorar la repercusión que las disfunciones de suelo pélvico pueden tener sobre las vidas, relaciones y estado de ánimo de los pacientes.

Consiste en 3 escalas con 7 preguntas cada una, siendo la puntuación de cero el nivel de menor impacto y 100 el mayor impacto posible. Se pide que hagan una cruz en la respuesta que describa en mejor medida el grado en el que sus actividades, relaciones y estado de ánimo se ha visto afectado como consecuencia de la clínica relacionada con el suelo pélvico, considerando la sintomatología y la repercusión de la misma durante los últimos 3 meses.

- **Puntuación:** Para obtener la puntuación total, primero obtenemos la puntuación de cada escala en un rango de 0 a 100, calculando la media de los valores obtenidos en cada ítem (posible puntuación del 0 al 3) y multiplicándolo por 100/3. Sumando las puntuaciones de las 3 escalas obtenemos una puntuación global en un rango de 0 a 300.

PFIQ-7
(0) = Not at all (1) = Somewhat (2) = Moderately (3) = Quite a bit

How do symptoms or conditions relating to the following → → → Usually affect your ...↓	Bladder or urine	Bowel or rectum	Vagina or pelvis
1. Ability to do household chores (cooking, housecleaning, laundry)?	☐ Not at all ☐ Somewhat ☐ Moderately ☐ Quite a bit	☐ Not at all ☐ Somewhat ☐ Moderately ☐ Quite a bit	☐ Not at all ☐ Somewhat ☐ Moderately ☐ Quite a bit
2. Ability to do physical activities such as walking, swimming, or other exercise?	☐ Not at all ☐ Somewhat ☐ Moderately ☐ Quite a bit	☐ Not at all ☐ Somewhat ☐ Moderately ☐ Quite a bit	☐ Not at all ☐ Somewhat ☐ Moderately ☐ Quite a bit
3. Entertainment activities such as going to a movie or concert?	☐ Not at all ☐ Somewhat ☐ Moderately ☐ Quite a bit	☐ Not at all ☐ Somewhat ☐ Moderately ☐ Quite a bit	☐ Not at all ☐ Somewhat ☐ Moderately ☐ Quite a bit
4. Ability to travel by car or bus for a distance greater than 30 minutes away from home?	☐ Not at all ☐ Somewhat ☐ Moderately ☐ Quite a bit	☐ Not at all ☐ Somewhat ☐ Moderately ☐ Quite a bit	☐ Not at all ☐ Somewhat ☐ Moderately ☐ Quite a bit
5. Participating in social activities outside your home?	☐ Not at all ☐ Somewhat ☐ Moderately ☐ Quite a bit	☐ Not at all ☐ Somewhat ☐ Moderately ☐ Quite a bit	☐ Not at all ☐ Somewhat ☐ Moderately ☐ Quite a bit
6. Emotional health (nervousness, depression, etc.)?	☐ Not at all ☐ Somewhat ☐ Moderately ☐ Quite a bit	☐ Not at all ☐ Somewhat ☐ Moderately ☐ Quite a bit	☐ Not at all ☐ Somewhat ☐ Moderately ☐ Quite a bit
7. Feeling frustrated?	☐ Not at all ☐ Somewhat ☐ Moderately ☐ Quite a bit	☐ Not at all ☐ Somewhat ☐ Moderately ☐ Quite a bit	☐ Not at all ☐ Somewhat ☐ Moderately ☐ Quite a bit

Fuente: Barber MD, Walters MD, Bump RC. Short forms of two condition-specific quality-of-life questionnaires for women with pelvic floor disorders (PFDI-20 and PFIQ-7) (33.)

Anexo 6

Escala de valoración modificada de **Oxford** para la musculatura del suelo pélvico

Grado	Respuesta muscular
0	NINGUNA
1	PARPADEOS, movimientos temblorosos de la musculatura
2	DÉBIL, presión débil sin parpadeos o temblores musculares
3	MODERADA, aumento de la presión y ligera elevación de la pared vaginal posterior
4	BIEN, los dedos del examinador son apretados firmemente, elevación de la pared posterior de la vagina contra resistencia moderada
5	FUERTE, sujeción con fuerza de los dedos y elevación de la pared posterior en contra de una resistencia máxima

Fuente: Laycock. Entrevista clínica y valoración funcional del suelo pélvico (4).

Anexo 7

Tabla de equivalencias aproximadas entre la escala de valoración de Laycock y la presión medida por el perineómetro manométrico en mmHg	
Perineómetro	Escala de valoración Laycock
0-30 mmHg	Grado 1 y 2
30-40 mmHg	Grado 3 y 4
50-60 mmHg	Grado 5
< 60	Grado 5 +

Fuente: Martínez Bustelo S, Ferri Morales A, Patiño Núñez S, Diz Viñas S, Martínez Rodríguez A. Entrevista clínica y valoración funcional del suelo pélvico (4).

Anexo 8

- GIMNASIA ABDOMINAL HIPOPRESIVA (GAH)

Son ejercicios esencialmente posturales, cronológicos y progresivos. El método Caufirez está formado por un total de 4 programas (GAH de base, GAH estática, GAH asimétricos y un último programa de GAH subacuático) que suman 64 posturas, con diferentes grados de dificultad. Para la realización de este tipo de ejercicios, se recomienda utilizar ropa cómoda, que permita visualizar hombros, arcos costales, zona hipogástrica y cuello.

La GAH básica estaría indicada:

- Prevención postparto
- Tonificación de la faja abdominal
- Fase deportiva de post-entrenamiento
- Prevención de las hernias de todo tipo
- Descongestión pelviana
- Drenaje vascular de miembros inferiores
- Rectificación postural

Los ejercicios pueden ser en bipedestación, de rodillas, decúbito prono, postura cuadrúpeda, sentado y también ejercicios de transición para hacer el cambio entre estas posiciones. A continuación, se describe uno de los ejercicios de GAH de base en bipedestación. Las pautas posturales que hemos de seguir son consecutivas y se han de realizar en el siguiente orden:

1. Pies paralelos
2. Brazos extendidos y hacia delante. Empujando hacia abajo con la misma fuerza en ambas extremidades (comprobar que la línea claviclar este horizontal). Dedos extendidos.
3. Autoelongación: estiramiento axial de la columna mantenido a lo largo de todo el ejercicio “como si quisieras crecer”. Mirada hacia el horizonte, en un punto fijo.
4. Doble mentón: empuje del mentón que provoca tracción de la coronilla hacia el techo.
5. Flexión dorsal de muñeca (se continúa empujando con fuerza, imaginando un contrapoyo en la base de la muñeca).
6. Levantar los brazos en dos etapas hasta llegar a un eje horizontal. Mantener extensión de dedos y flexión de muñeca.
7. Rotación interna de hombros en extensión de codos.
8. Adelanto del eje de gravedad, el peso del cuerpo se debe de desplazar hacia delante sintiéndolo en los metatarsos. Para comprobarlo, los talones han de estar por detrás del glúteo.
9. Bajar los brazos, codos hacia delante (imaginar contrapoyo en el codo perpendicular al eje del brazo) para conseguir separación de omoplatos y colocar las manos a nivel de crestas ilíacas.
10. Flexión de rodillas.
11. Anteversión de la pelvis.

Para la interiorización de la postura, mantenerla durante 25 segundos, relajar y volver a buscarla para mantener otros 25 segundos. Repetir este proceso 10 veces. Una vez hemos aprendido la posición, progresivamente podemos incorporar al ejercicio de gimnasia hipopresiva la apnea respiratoria y la apertura costal (con el objetivo de potenciar los efectos). Para ello, previo a iniciar el ejercicio, trabajar la propiocepción respiratoria:

- En decúbito supino, colocar las manos sobre las costillas y realizar respiraciones diafragmáticas. Identificar movimientos de la parrilla costal con el trabajo respiratorio.

- Se pedirá que haga apnea después de la espiración y abra las costillas. Vigilar signos de correcta realización (hueco bajo la parrilla costal, hueco en la zona supraesternal y supraclavicular, movilización del ombligo hacia dentro).

Se realizarán 3 repeticiones de cada ejercicio. Posteriormente, realizar 3 respiraciones normales en posición de descanso pero en la que se sigue manteniendo tensión (pies paralelos, autoelongación, doble mentón, tracción de brazos con dedos estirados).

Fuente: Caufriez (17).