

DISFUNCIÓN DEL SUELO PÉLVICO FEMENINO

INCONTINENCIA URINARIA ASOCIADA AL
EMBARAZO Y EL PARTO

FEMALE PELVIC FLOOR DYSFUNCTION

Urinary incontinence associated with pregnancy and childbirth

Curso de adaptación al Grado en Enfermería 2013-2014
Universidad de Cantabria

Autora: Alicia Bolado Benedicto
Directora: Lourdes Sevilla Miguélez

ÍNDICE

PORTADA.....	1
ÍNDICE.....	2
RESUMEN/ABSTRACT	3
INTRODUCCIÓN.....	4
CAPÍTULO I: FACTORES DE RIESGO EN LA APARICIÓN Y PERSISTENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA	
1. Factores de riesgo no obstétricos	9
1.1. Edad	9
1.2. Antecedentes familiares de incontinencia urinaria.....	9
1.3. Índice de masa corporal	10
1.4. Otros factores de riesgo	10
2. Factores de riesgo asociados al parto vaginal y a las prácticas obstétricas.....	11
2.1. Paridad	11
2.2. Desgarros perineales y episiotomía	11
2.3. Partos instrumentales (fórceps, ventosa)	14
2.4. Maniobra de Kristeller	14
2.5. Macrosomía del feto.....	15
2.6. Expulsivo prolongado	15
2.7. Pujos en el expulsivo.....	15
2.8. Posición de la mujer en el periodo expulsivo del parto	16
2.9. Denervaciones parciales del suelo pélvico por afectación del nervio pudendo	16
CAPÍTULO II: PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y REEDUCACIÓN DEL SUELO PÉLVICO	
1. Promoción de la salud	19
2. Prevención primaria	20
<i>Etapa prenatal</i>	
2.1. Masaje perineal	20
2.2. Ejercicios musculares de suelo pélvico.....	20
<i>Etapa postnatal</i>	
2.3. Gimnasia abdominal hipopresiva	22
2.4. Conos vaginales, tubos de pirex	23
3. Prevención secundaria y terciaria	23
3.1. Biofeedback	24
3.2. Electroestimulación	24
CAPÍTULO III: EL PROCESO DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA	
1. El proceso enfermero.....	25
2. Diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería	26
BIBLIOGRAFÍA.....	30
ANEXOS	33

RESUMEN

La incontinencia urinaria se define como la manifestación de “cualquier pérdida involuntaria de orina”. Según la clínica se clasifica en incontinencia urinaria de esfuerzo, de urgencia y mixta. En general es infradiagnosticada, posee un gran impacto social, económico y psicológico, deteriorando la calidad de vida de las personas que la padecen. Se desconoce la prevalencia real, las cifras oscilan entre el 5% y el 45%, aumentando la frecuencia con la edad. Afecta mayoritariamente a mujeres, siendo la incontinencia urinaria de esfuerzo la más frecuente. El embarazo y el parto vaginal son las principales causas de lesión de las estructuras del suelo pélvico, por lo que se consideran factores de riesgo en la aparición de incontinencia urinaria, sin embargo el papel que éstos ejercen en la incontinencia urinaria persistente está sin aclarar. Son necesarios más estudios que analicen los factores de riesgo obstétricos y no obstétricos que favorecen la persistencia de incontinencia urinaria en el posparto. El impacto del parto en la función de los músculos del suelo pélvico puede disminuir o mejorar cuando se incluyen en el seguimiento habitual del embarazo y el posparto programas específicos de entrenamiento del suelo pélvico. La Atención Primaria es el lugar idóneo para incluir actividades de promoción, prevención y tratamiento inicial de las disfunciones de suelo pélvico. La mujer con incontinencia urinaria es una paciente que precisa del cuidado de sus problemas físicos, psicológicos y sociales, la enfermería tiene un papel importante en cada uno de estos puntos elaborando planes de cuidados dirigidos a mejorar la calidad de vida de la mujer.

Palabras clave: Incontinencia urinaria, diafragma pélvico, embarazo, parto, enfermería.

ABSTRACT

Urinary incontinence is defined as the manifestation of "any involuntary loss of urine". Urinary incontinence is clinically classified by stress incontinence, urgency incontinence and mixed. Overall it is under diagnosed, has great social, economic and psychological impact, impairing the quality of life of people who suffer from it. The actual prevalence is unknown, the figure ranges between 5% and 45%, increasing frequency with age. It affects mostly women, the most frequent type being stress urinary incontinence. Pregnancy and vaginal childbirth are the leading causes of injury to the pelvic floor structures, which are considered risk factors in the occurrence of urinary incontinence, but the role they have on the persistent urinary incontinence is unclear. More studies looking at obstetric and non-obstetric risk factors that favor the persistence of postpartum urinary incontinence are needed. The impact of labor on the function of the pelvic floor muscles can be reduced or improved when programs for specific pelvic floor training are included in the routine monitoring of pregnancy and postpartum. Primary care is the ideal place to include advocacy, prevention and early treatment of pelvic floor dysfunctions. A woman with urinary incontinence is a patient in need of care for her physical, psychological and social problems. Nursing plays an important role in each of these points by developing care plans aimed at improving the quality of life of women.

Keywords: Urinary incontinence, pelvic floor, pregnancy, parturition, nursing.

INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria es un problema que afecta mayoritariamente a mujeres, su prevalencia aumenta con la edad, aunque también puede aparecer en mujeres jóvenes. Más que una enfermedad, es un síntoma, que además de una disfunción de carácter físico, conlleva una repercusión a nivel social y psicológico que afecta a las actividades de la vida diaria y a la calidad de vida de las personas que la padecen¹.

Posee un gran impacto económico, en 2001 los costes directos de la incontinencia urinaria en España fueron superiores a 210 millones de euros².

La Internacional Continence Society (ICS) define desde el año 2002 la incontinencia urinaria como "cualquier pérdida involuntaria de orina"^{3,4}.

Clínicamente se clasifica en¹:

Incontinencia urinaria de esfuerzo: pérdida involuntaria de orina asociada a un esfuerzo físico que provoca un aumento de la presión abdominal (tos, estornudos, risa) se produce como consecuencia de un fallo en los mecanismos de resistencia uretral, por hipermovilidad uretral, o por un defecto en las paredes interiores de la uretra que origina una disminución de la resistencia a la salida de la orina.

Incontinencia urinaria de urgencia: pérdida involuntaria de orina acompañada o precedida inmediatamente por un deseo imperioso de orinar, se debe a un aumento de la contractilidad de la vejiga urinaria.

Incontinencia urinaria mixta: pérdida involuntaria de orina asociada a las incontinencias de esfuerzo y de urgencia.

A pesar de los estudios realizados se desconoce la prevalencia real y se sitúa en un amplio rango, esta variabilidad se debe en parte a las diferencias metodológicas empleadas, tipo de estudio realizado, a la definición y evaluación de la incontinencia urinaria y a las características de la población estudiada (edad, sexo, aumentando la frecuencia con la edad y en las mujeres). Otra dificultad es que muchas personas son incapaces de reconocer su situación y otras muchas lo asumen como un inconveniente más, inherente a la edad o como una consecuencia del embarazo y el parto⁵. En general es infradiagnosticada, lo que implica que muchas personas no se benefician de los tratamientos existentes, que en la mayoría de los casos puede resolver o al menos mejorar el problema¹.

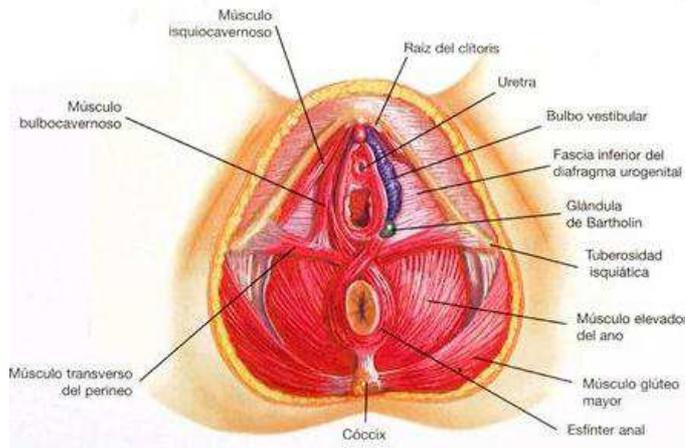
En España se estima que cerca de 3 millones de personas presentan incontinencia urinaria, de las cuales tres cuartas partes son mujeres, las cifras oscilan entre el 5% y el 45%, la frecuencia aumenta con la edad, entre los 60 y los 79 años afecta al 23% de las mujeres y a los 80 años el 46% sufre incontinencia urinaria^{4,6}.

En la gestación y el posparto las cifras son también imprecisas, varían entre el 18% y el 60% en el embarazo, aumentando con la edad gestacional⁷ y entre el 3% y el 38% a los dos-tres meses del parto⁸, un estudio reciente en España encontró una incidencia del 39% en el embarazo y de un 16,3% a las 7 semanas del parto⁵. Todo apunta a que la prevalencia de la incontinencia urinaria aumenta durante el embarazo y disminuye después del parto. A pesar de esta disminución, la prevalencia de incontinencia urinaria después del parto es mayor que antes del embarazo⁸.

La incontinencia urinaria más frecuente en la mujer es la de esfuerzo, ésta en el 90-95% de los casos tiene un origen anatómico, causado por la pérdida del soporte pélvico de la vejiga y la

uretra^{1,3,7,9}. El suelo pélvico es un sistema de músculos y ligamentos que cierran el suelo del abdomen, manteniendo los órganos pélvicos en posición correcta y en suspensión, en contra de la fuerza de la gravedad².

Figura 1. Visión caudal del periné, diafragma pelviano y genitales femeninos externos.



Nota Fuente: Sobotta Atlas de Anatomía Humana.

Los cambios hormonales y mecánicos que se producen durante el embarazo y los efectos de la expulsión del feto durante el parto constituyen las principales causas de lesión de las estructuras del suelo pélvico, su afectación y debilitamiento da lugar a disfunciones como incontinencia urinaria, fecal, prolapso, disfunciones sexuales, etc.^{1,7,10,11}.

El embarazo y el parto vaginal son considerados factores etiopatogénicos en la aparición de incontinencia urinaria, sin embargo el papel que éstos ejercen en la incontinencia urinaria persistente está sin aclarar¹¹. Para unos autores, la incontinencia urinaria que se inicia durante o justo después del embarazo y para otros la que persiste en el tercer mes posparto, constituye un importante factor de riesgo para la cronicidad del proceso^{12,13}. Resulta difícil separar los efectos del embarazo, del parto y de diferentes prácticas obstétricas sobre el riesgo de persistencia y a su vez del efecto de otras variables no obstétricas como edad, índice de masa corporal, antecedentes familiares, etc.^{7,11}.

Los programas específicos de ejercicios de suelo pélvico, incluidos en el seguimiento habitual del embarazo y el posparto reducen la incidencia de incontinencia urinaria y aumentan significativamente la fuerza y función de los músculos pélvicos^{8,14}. En las mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo, la reeducación de los músculos del suelo pélvico es el tratamiento conservador más utilizado¹⁵.

La incontinencia urinaria produce un impacto en la calidad de vida de la paciente, limitando su autonomía y reduciendo su autoestima³. Los cuidados enfermeros en la incontinencia urinaria deben incluir la valoración de unos síntomas con impacto subjetivo en la paciente, que afectan su funcionalidad en el ámbito psicológico y social¹⁵. La sociedad internacional de continencia recomienda incluir parámetros de calidad de vida en la evaluación de los tratamientos de incontinencia urinaria³.

ESTRUCTURA DEL TRABAJO

Esta monografía se estructura en 3 capítulos:

En el capítulo 1 se exponen los factores de riesgo implicados en la aparición y persistencia de incontinencia urinaria, asociados al embarazo y el parto. Se analizan los factores de riesgo de origen no obstétrico y los atribuidos al parto en sí mismo o a diferentes prácticas obstétricas. Concluyendo en la necesidad de una mayor investigación, para determinar los mecanismos responsables de la incidencia y persistencia de incontinencia urinaria tras el parto vaginal.

En el capítulo 2 se describen actividades de promoción y prevención de las disfunciones de suelo pélvico en Atención Primaria, en los que se incluyen programas de entrenamiento muscular perineal en el seguimiento habitual del embarazo y el posparto, para prevenir posibles lesiones musculares, la aparición de incontinencia urinaria y otras disfunciones del suelo pélvico.

En el capítulo 3 se explica la aplicación del proceso enfermero en el cuidado de la mujer con incontinencia urinaria, destacando la importancia del papel de la enfermera, no sólo en los cuidados de los síntomas físicos, también en los percibidos por la mujer con afectación en el ámbito psicológico y social y repercusión en las actividades cotidianas.

ELECCIÓN DEL TEMA

El motivo de elección de este tema ha sido un caso clínico real, tras recibir el ingreso de una mujer para realizar cesárea programada en su segunda gestación, al no poder producirse vía vaginal. La paciente había tenido un parto vaginal previo, un fórceps con desgarro de 3^{er} grado tras el cual presentó incontinencia urinaria de esfuerzo que precisó una intervención quirúrgica para su solución. La finalidad de este trabajo es identificar los factores de riesgo implicados en la aparición y persistencia de incontinencia urinaria tras el parto vaginal, para que de este modo los profesionales sanitarios podamos establecer las estrategias de prevención de esta patología.

OBJETIVOS

1. Analizar los factores de riesgo en la aparición y persistencia de incontinencia urinaria asociada al embarazo y el parto.
2. Identificar la necesidad de abrir nuevas líneas de investigación para poder establecer con más exactitud los factores de riesgo asociados a la incontinencia urinaria tras el parto vaginal.
3. Describir actividades de promoción y prevención de las disfunciones de suelo pélvico en las consultas de Atención Primaria y en el seguimiento habitual del embarazo y el posparto.
4. Establecer los cuidados eficientes centrados en el logro de los resultados esperados.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Para llevar a cabo esta monografía se realizó una revisión de la literatura científica durante los meses de Diciembre de 2013 y Enero de 2014 en:

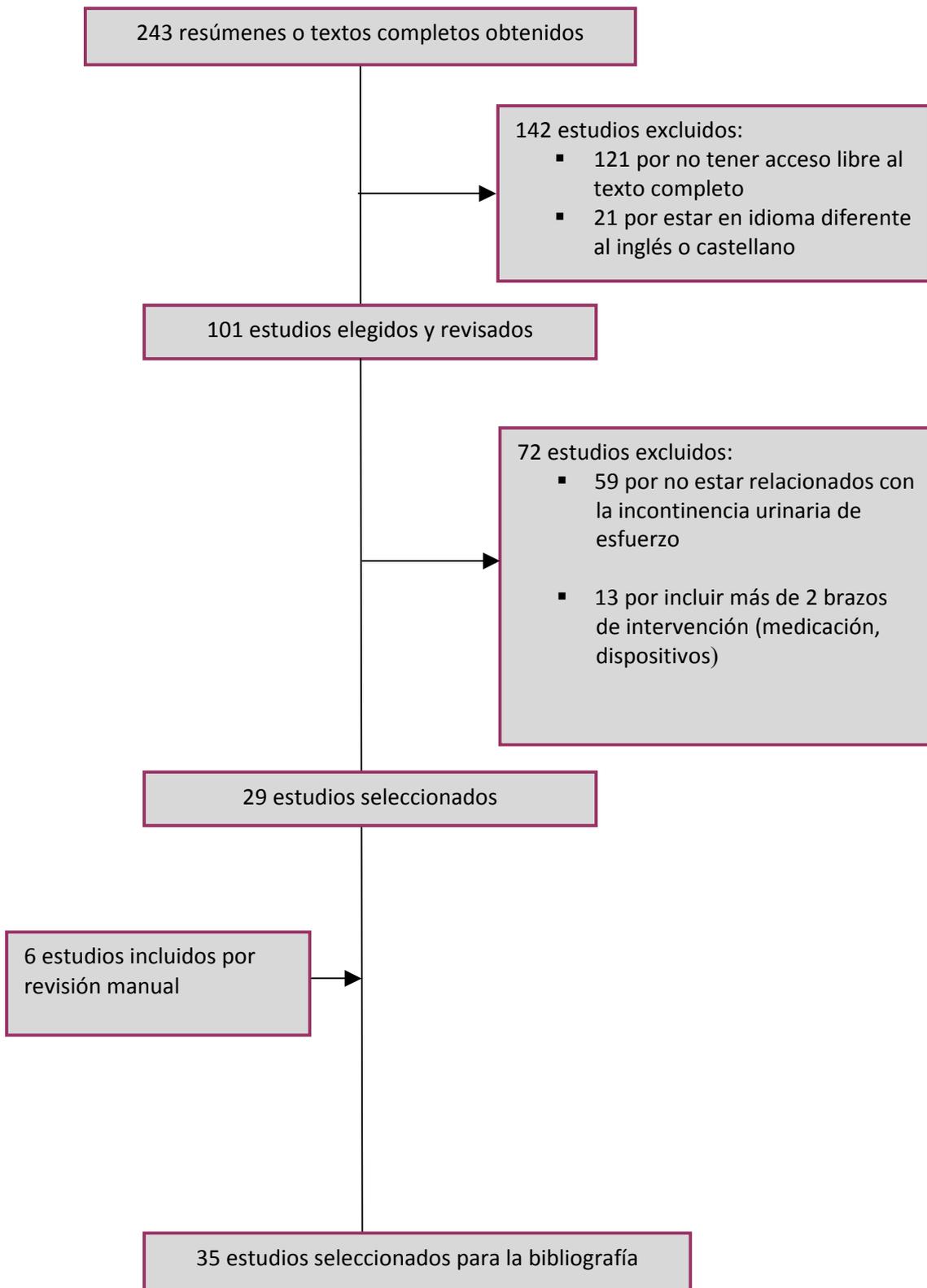
- 6 bases de datos: Pubmed, Cuiden Plus , Ibecs, Dialnet, Web of Science, Biblioteca Cochrane Plus.
- Buscador Google Académico.
- 2 páginas Webs: Fisterra.com: Atención Primaria en la Red, NNN Consult: Nanda, Noc, Nic.
- 9 libros consultados en la Biblioteca de Enfermería y Medicina de la Universidad de Cantabria y en la Biblioteca de Fisioterapia de la Universidad Gimbernat.
- Búsqueda manual a partir de las referencias bibliográficas citadas en los estudios o trabajos que fueron seleccionados y se consideraron importantes o relevantes.

El perfil de búsqueda se realizó según las características de cada base de datos, utilizando los descriptores: urinary incontinence, pelvic floor, pregnancy, parturition y nursing y sus correspondientes términos en español, incontinencia urinaria, diafragma pélvico, embarazo, parto y enfermería. Se hizo una búsqueda avanzada utilizando diferentes combinaciones de las palabras clave con los operadores booleanos (AND, OR). La búsqueda se restringió a los idiomas inglés y español.

Tras una primera búsqueda se obtuvieron 243 estudios, se hizo una primera selección mediante la lectura del título y del resumen o abstract, finalmente se incluyeron 35 estudios para la realización de esta monografía (Figura2).

Se incluyen revisiones sistemáticas, ensayos clínicos y estudios observacionales (cohortes, casos-contróles, descriptivos transversales y longitudinales, prospectivos y retrospectivos).

Figura 2. Diagrama de búsqueda bibliográfica.



Nota Fuente: elaboración propia

CAPÍTULO I: FACTORES DE RIESGO EN LA APARICIÓN Y PERSISTENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA

El embarazo y el parto vaginal, son dos momentos de la vida de la mujer fuertemente asociados con la aparición de incontinencia urinaria^{5,7}. La incontinencia urinaria durante el embarazo predice la incontinencia urinaria en el posparto y se asocia significativamente con la producida a los cinco años del parto^{5,16}. Existe controversia con los datos obtenidos en otros estudios, en los que la incontinencia que aparece por primera vez en el posparto se pronostica más grave que si se inició durante el embarazo¹¹.

En el embarazo, la acción hormonal de la relaxina sobre la pelvis materna, provoca una disminución del tono muscular, las articulaciones se relajan; el peso del útero sobre la vejiga reduce la capacidad vesical, por lo que la micción se vuelve más frecuente y los cambios en el tejido conjuntivo (disminución de colágeno), hacen que el embarazo sea por sí mismo un factor de riesgo^{5,17}.

En el parto se producen lesiones neuromusculares provocadas por la compresión y el estiramiento de músculos, fascias y nervios pélvicos¹¹. En especial sobre el haz pubococcígeo del músculo elevador del ano que sufre una importante elongación y como consecuencia ve reducida su capacidad de contracción, también en partos vaginales en los que no se ha producido traumatismo perineal^{10,14}.

La literatura científica es unánime a la hora de considerar el parto vaginal como el principal factor de riesgo en la aparición de incontinencia urinaria y de otras lesiones del suelo pélvico: prolapso genital, incontinencia anal o dispareunia^{10,12}.

Otros factores de riesgo asociados con la incontinencia urinaria son la edad, el estreñimiento, el índice de masa corporal, la tos crónica, la práctica de deportes de impacto (correr, baloncesto, aeróbic, ballet, etc.) o los antecedentes familiares^{1,5}.

1. FACTORES DE RIESGO NO OBSTÉTRICOS

1.1 EDAD

La edad superior a 35 años parece estar asociada a la aparición de incontinencia urinaria durante el embarazo. El estudio promovido por la GRESP (Grup de Reserca en Sòl Pelvià), encuentra una relación estadísticamente significativa entre la variable incontinencia y la edad de las gestantes. Otros estudios obtienen el mismo resultado pero sin significación estadística^{5,9}.

1.2 ANTECEDENTES FAMILIARES DE INCONTINENCIA URINARIA

La incontinencia urinaria previa al primer embarazo supone un factor de riesgo importante, estas mujeres tienen constitucionalmente una musculatura del suelo pélvico más débil por predisposición genética¹². Se ha de destacar, que no todas las mujeres que dan a luz por vía vaginal, desarrollan síntomas de incontinencia urinaria. Algunas son más propensas que otras, hay mujeres que tienen genéticamente un tejido conjuntivo más débil, el colágeno principalmente va a influir en la elasticidad y en la recuperación del traumatismo obstétrico¹⁰. La recuperación de las lesiones producidas por el desgarro o estiramiento será menos completa en mujeres con un colágeno débil, similar a lo que ocurre en otras lesiones deportivas¹². Los antecedentes familiares en madre o hermanas aumentan el riesgo de desarrollar incontinencia urinaria⁵.

1.3 ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)

El sobrepeso o la obesidad ($IMC \geq 25\text{kg/m}^2$) al inicio del embarazo aumenta de un modo significativo el riesgo de incontinencia⁵ y se asocia con la prevalencia de incontinencia urinaria a los seis meses del parto¹¹. Mientras que un $IMC \leq 25\text{kg/m}^2$ es considerado factor de protección¹⁸.

1.4 OTROS FACTORES DE RIESGO

Son también factores de riesgo perineal: el estreñimiento, profesiones de riesgo (cantantes, músicos que tocan instrumentos de viento, deportistas), entre los deportes más hiperpresivos se encuentran los ejercicios abdominales clásicos, el baloncesto, el aeróbico, correr, etc. También, la tos crónica producida por el tabaquismo y distintos hábitos como aguantar las ganas de orinar en exceso o utilizar ropa ajustada¹.

Tabla 1. Factores de riesgo (regresión de Cox) para la incontinencia urinaria en el embarazo

	HR bruta (IC95%)	HR ajustada ^a (IC 95%)
Edad [> 35 años]	1,9 ^b (1,5-2,6)	2,1 ^b (1,6-2,8)
IMC inicial (kg/m ²) Sobrepeso/ Obesidad	1,3 ^b (1,1-1,6)	1,3 ^b (1,1-1,6)
Aumento de peso excesivo durante el embarazo	1,1 (0,9-1,3)	1,0 (0,8-1,3)
No practica Kegel	1,0 (0,8-1,2)	1,0 (0,8-1,2)
Fuma durante el embarazo	1,1 (0,9-1,4)	1,1 (0,9-1,4)
Esfuerzo laboral intenso	1,1 (0,9-1,3)	1,0 (0,8-1,3)
Actividad física intensa	1,0 (0,8-1,3)	1,1 (0,9-1,4)
Antecedentes familiares de IU	1,7 ^b (1,4-2,2)	1,7 ^b (1,3-2,2)
Diabetes gestacional	0,8 (0,6-1,2)	-
Infección urinaria aguda durante el embarazo	0,9 (0,7-1,3)	-
Hipertensión durante el embarazo	1,3 (0,8-2,1)	-
Anemia durante el embarazo	0,9 (0,6-1,3)	-
Resultado urinocultivo positivo	0,9 (0,6-1,3)	-

Nota Fuente: Sánchez Ruiz E, Solans Domènech M, Espuña M, en nombre del Grup de Reserca en Sòl Pelvià (GRESPE). Estimación de la incidencia de incontinencia urinaria asociada al embarazo y el parto. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Ministerio de Ciencia e Innovación. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2010. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, AATRM núm. 2006/10.

^a Ajustada mediante modelo multivariante por nivel de estudios, antecedentes patológicos y el resto de variables incluidas en la tabla.

^b $p < 0,05$.

IU: incontinencia urinaria; HR: *hazard ratio*; IMC: índice de masa corporal

2. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PARTO VAGINAL Y A LAS PRÁCTICAS OBSTÉTRICAS

2.1 PARIDAD

Las lesiones del suelo pélvico aparecen en su mayoría tras el primer parto vaginal. Las mujeres primíparas tienen una prevalencia de incontinencia, tres veces mayor que las mujeres nulíparas de la misma edad¹⁰. El estudio de Chitra et al.⁹ encontró significación estadística entre multiparidad y aumento de la incidencia de incontinencia urinaria ($p=0,0007$).

2.2 DESGARROS PERINEALES Y EPISIOTOMÍA

Se define el trauma perineal como el daño que se produce en los genitales durante el parto. Es causado de manera espontánea -en forma de desgarro- o por una episiotomía¹⁹.

El desgarro perineal se clasifica en varios grados según las estructuras afectadas: El primer grado, afecta a la piel y la mucosa vaginal; el de segundo grado, incluye la fascia y el músculo del cuerpo perineal; el de tercer grado, incluye el esfínter anal y por último, el cuarto grado, incluye la mucosa rectal¹⁷.

La episiotomía es el procedimiento quirúrgico más frecuente de la medicina occidental y uno de los más controvertidos. La evidencia científica disponible nos recomienda un uso selectivo de la misma^{16,19,20}.

La episiotomía consiste en realizar una incisión en el periné para aumentar el tamaño del introito vaginal en el periodo expulsivo del parto¹⁷. Esta técnica se realiza con tijera o bisturí y se debe reparar por medio de una sutura²⁰.

Según el tipo de incisión puede ser¹⁹:

Laterale: “la incisión se realiza desde unos centímetros de la línea media en dirección a la tuberosidad isquiática. Se seccionan haces de músculo bulbo-cavernoso, el sangrado es abundante. Está en desuso”.

Media o central: “la incisión se realiza sobre el rafe fibroso ano-vulvar, respetando los músculos elevadores. Esta incisión disminuye de forma simétrica la tensión perineal y la pérdida hemática es escasa. Es fácil de suturar, origina pocas molestias postoperatorias y el resultado estético y funcional es excelente. La tasa de desgarros, su longitud, el grado de complicación y las secuelas de incontinencia anal son mayores que con otras incisiones”.

Medio-lateral: “incisión oblicua (45 grados) desde la horquilla vulvar, afectando vagina, piel y músculo, incluida la fascia pubo-rectal del elevador del ano. El sangrado es mayor que con la episiotomía media, pero la tasa de desgarros de 3^{er} y 4^o grado es menor, aunque pueden quedar retracciones y dispareunia durante algunos meses”. Es la más utilizada^{16,20}.

La Organización Mundial de la Salud recomienda que la tasa de episiotomía no supere el 20%-30% de los partos, España tiene una tasa del 54,08% en partos eutócicos y del 92,62% en partos instrumentales²¹.

En los últimos años el uso sistemático de la episiotomía ha sido muy cuestionado y diferentes estudios avalan un uso restrictivo^{16,20}. Estos estudios tienen como objetivo estudiar si la episiotomía previene o no los desgarros perineales, las ventajas o inconvenientes de éstos frente a la episiotomía y si ésta previene o no la incontinencia urinaria. También proponen

conocer distintas estrategias para reducir su uso y saber los factores que protegen e influyen en el traumatismo perineal.

En la revisión de la Biblioteca Cochrane -actualizada en 2012 por Carroli y Mignini²²- se incluyen ocho ensayos aleatorizados que comparan el uso restrictivo de la episiotomía con el uso sistemático. Se incluyeron 5541 mujeres y los resultados principales fueron: en el grupo de episiotomía habitual al 75,15% (2035/2708) de las mujeres se les realizó la episiotomía, mientras que la tasa en el grupo de episiotomía restrictiva fue de un 28,40% (776/2733).

En comparación con el uso habitual, la episiotomía restrictiva dio lugar a traumatismo perineal menos grave, menos suturas, menos complicaciones de cicatrización. La episiotomía restrictiva se asoció con más traumatismo perineal anterior. No hubo diferencias en el traumatismo vaginal/perineal grave, la dispareunia, la incontinencia urinaria o en varias medidas de dolor.

Pérez Valero S.²⁰ llevó a cabo un estudio en un hospital que sigue una política de episiotomía restrictiva (33,5%), se incluyeron mujeres de distinta paridad. Con un total de 1316 partos vaginales eutócicos registrados en el año 2011, los resultados obtenidos fueron los siguientes: el uso restrictivo de la episiotomía aumentó el número de perinés íntegros; aumentó el número de desgarros de 1^{er} y 2^o grado en relación a las mujeres que se les realizó episiotomía (los desgarros anteriores no conllevan daño perineal importante y precisan menos sutura que una episiotomía). La episiotomía que se practicó a cinco mujeres derivó en desgarro de 3^{er} grado (1.1%) y tres mujeres a las que no se les realizó episiotomía, una derivó en desgarro de 3^{er} grado y dos en desgarro de 4^o grado (0.3%). La tasa de episiotomías fue mayor en primíparas y la técnica más utilizada fue la medio-lateral.

Tabla 2. Resultados perineales en partos eutócicos ante el uso o no de episiotomía año 2011.

	D. Grado I	D. Grado II	D. Grado III	D. Grado IV	Sin Desgarros	Total
Episiotomía Sí	10 (2,3%)	5 (1,1%)	5 (1,1%)	0 (0%)	421 (95,5%)	441
Episiotomía No	240 (27,4%)	214 (24,5%)	1 (0,1%)	2 (0,2%)	418 (47,8%)	875
Total	250	219	6	2	839	1316

Nota Fuente: Pérez Valero S. Episiotomía en partos vaginales eutócicos en el Hospital Universitario "La Ribera". NURE Inv [Internet]. 2013 mar-abr [fecha de acceso 16/1/2014];10(63):[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE63_original_episiotomia.pdf

En el estudio de R. Luque-Carro et al.¹⁶ realizado a 365 mujeres primíparas con parto eutócico a término y -selección aleatorizada al grupo episiotomía selectiva o episiotomía rutinaria- valoraron a los tres años del parto diferentes variables (dolor perineal residual, dispareunia, incontinencia urinaria, prolapso genital, etc.), no hallaron significación estadística entre el grupo experimental (episiotomía selectiva) y el grupo control (episiotomía rutinaria).

Presentaban algún tipo de incontinencia urinaria 83 mujeres (22,73%). En concreto: 25 IU de urgencia, 45 IU de esfuerzo y 13 IU mixta. En este estudio, la incontinencia urinaria en la gestación fue un factor de riesgo para la incontinencia urinaria posparto.

Tabla 3. Análisis de los dos grupos estudiados (experimental-control, episiotomía sí-no) de cada una de las variables analizadas.

Variable		Grupo		Episiotomía		Significación Estadística
		Selectivo	Control	No	Sí	
Dolor perineal residual	No	175 (49,7%)	177 (50,3%)	100 (28,4%)	252 (71,6%)	ns
	Sí	8 (61,5%)	5 (38,5%)	1 (7,7%)	12 (92,3%)	ns
Dolor con la micción	No	177 (49,2%)	183 (50,9%)	100 (27,8%)	260 (72,2%)	ns
	Sí	3 (60,0%)	2 (40%)	1 (20%)	4 (80%)	ns
Dolor con la deposición	No	178 (49,9%)	179 (50,1%)	98 (27,5%)	259 (72,5%)	ns
	Sí	2 (25,0%)	6 (75%)	3 (37,5%)	5 (62,5%)	ns
Dolor con el coito	No	165 (50,0%)	165 (50%)	95 (28,8%)	235 (71,2%)	ns
	Sí	20 (57,1%)	15 (42,9%)	6 (17,1%)	29 (82,9%)	ns
Incontinencia urinaria	No	146 (51,8%)	136 (48,2%)	78 (27,7%)	204 (72,3%)	ns
	Sí	34 (41,0%)	49 (59%)	23 (27,7%)	60 (72,3%)	ns
Prolapso genital posparto	No	177 (49,9%)	179 (50,1%)	99 (27,6%)	257 (72,4%)	ns
	Sí	2 (21,2%)	7 (77,8%)	2 (21,2%)	7 (77,8%)	ns
Satisfacción con las relaciones sexuales	Igual	149	145	88	206	ns
	Mejor	15	11	8	18	ns
	Peor	16	28	5	39	ns

Nota Fuente: Luque-Carro R, Subirón-Valera AB, Sabater-Adán B, Sanz de Miguel E, Juste-Pina A, Cruz-Guerreiro E. Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria. Valoración a los 3 años (2007-2008). *Matronas Prof.*2011;12(2):41-48
ns: no significativa

La revisión de las evidencias científicas de los beneficios de la episiotomía frente a los desgarros, en el estudio realizado por Sánchez Casal pone de manifiesto que la episiotomía no sólo no previene los desgarros posteriores (3^{er} y 4^o grado), sino que puede añadirles hasta 3cm. También observan que aumentan los desgarros de 1^{er} y 2^o grado, sin embargo son los primeros los que pueden producir complicaciones más importantes, es por ello que estos desgarros deben ser bien suturados para prevenir incontinencia y /o fístulas fecales. Si la técnica utilizada es la episiotomía media aumentan los desgarros de 3^{er} y 4^o grado¹⁹.

En cuanto a si la episiotomía previene la relajación del suelo pélvico y de la incontinencia urinaria, diferentes autores encontraron que, el grupo de mujeres con episiotomía tenían menos fuerza muscular frente al grupo de mujeres con periné íntegro y con desgarros espontáneos, y en el estudio de la prevalencia y persistencia de incontinencia urinaria, la episiotomía fue un factor de riesgo¹¹.

Por lo tanto, la episiotomía rutinaria no parece tener un efecto protector sobre las disfunciones del suelo pélvico, la incontinencia urinaria, la dispareunia, los prolapsos. Habrá por tanto que seguir un protocolo restrictivo, solamente cuando la situación materna o fetal lo requiera.

En los desgarros con afectación del esfínter anal, según el estudio de Scheer et al.²³ quienes los padecen tienen más riesgo de presentar incontinencia urinaria.

2.3 PARTOS INSTRUMENTALES (FÓRCEPS, VENTOSA)

Los fórceps obstétricos son dos hojas metálicas incurvadas, se emplean para facilitar la extracción del feto mediante tracción y rotación, en situaciones en las que es necesario acortar el expulsivo, bien por indicación materna o fetal o porque es necesario ayudar a la madre en sus esfuerzos de expulsión¹⁷.

La aplicación de fórceps conlleva una serie de riesgos que pueden consistir en: desgarros de vagina y cuello, extensión de la episiotomía hasta el recto, fractura de cóccix y traumatismo vesical, entre otros¹⁷.

La ventosa consiste en la extracción del feto mediante un extractor de vacío aplicado en su cabeza, esta técnica tiene menos riesgo de desgarro perineal¹⁷.

En el estudio de Handa et al.²⁴ realizado con 449 mujeres y seguimiento a los 5-10 años del parto, se encontró mayor porcentaje de lesiones del suelo pélvico en mujeres con al menos un parto con fórceps, tres veces más riesgo de vejiga hiperactiva y dos veces más riesgo de prolapso de órganos pélvicos.

Además, se halló significación estadística entre parto instrumental y desgarro con afectación del esfínter anal. El parto con ventosa fue menos lesivo para futuras disfunciones del suelo pélvico. En este estudio, la episiotomía por sí sola no se asoció con ningún trastorno del suelo pélvico, pero sí asociada a parto instrumental. Setenta y un mujeres (16%) padecían incontinencia urinaria de esfuerzo.

Chitra et al.⁹ en su estudio halló, que el 75% de las mujeres que sufrían incontinencia urinaria había tenido un parto con fórceps.

2.4 MANIOBRA DE KRISTELLER

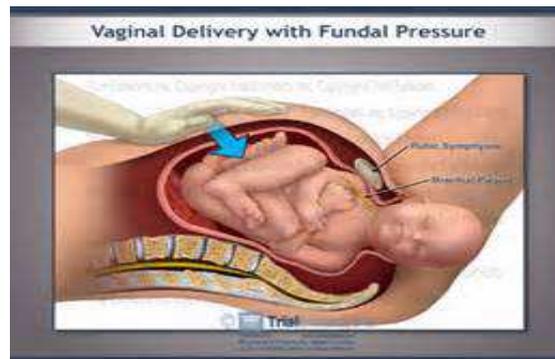
Maniobra descrita por Samuel Kristeller en 1867, consiste en la compresión del fondo uterino durante el periodo expulsivo del parto, lo que produce un aumento importante de la presión intraabdominal²⁵.

Sigue siendo una práctica habitual en muchos hospitales, se usa sin acuerdo y no se registra en la historia clínica para evitar problemas legales²⁵.

En el Foro Internacional del Parto (Roma 2005) se estableció que “era imposible cuantificar el daño causado a las mujeres y a los recién nacidos por esta maniobra”, puede ser perjudicial para el feto, el útero y el periné; aunque no existen muchos estudios sobre ello. La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) hace mención a esta maniobra. Especifica su uso en casos muy concretos y determinados, establece que “la presión sobre el fondo uterino podrá ser utilizada sólo para ayudar al desprendimiento de la cabeza, pero en ningún caso para facilitar el descenso de la presentación”²⁵.

R.Ruiz de Viñaspre et al.¹¹ encontró asociación con el inicio y la persistencia de incontinencia urinaria posparto en las mujeres a las que se les había realizado maniobra de Kristeller. Esta práctica junto con el parto instrumental potenció el riesgo de lesión del suelo pélvico.

Figura 3. Maniobra de Kristeller



Nota Fuente: porunpartorespetadoblogspot

2.5 MACROSOMÍA DEL FETO

Peso del recién nacido mayor o igual de 4000gr. Un mayor peso del feto se asocia a una sobrecarga mayor en las estructuras del suelo pélvico y mayor distensión perineal en el periodo expulsivo.

En el estudio de R.Ruiz de Viñaspre et al.¹¹ se dicotomizó la variable peso del recién nacido en mayor o menor de 3500 gr. aumentando el riesgo de incontinencia si el recién nacido fue mayor de 3500gr, observando que por cada kilo que aumentó el peso del recién nacido aumentaba la persistencia de incontinencia urinaria en un 2%.

2.6 EXPULSIVO PROLONGADO

El periodo expulsivo o segunda etapa del parto empieza cuando se alcanza la dilatación cervical completa y termina con la expulsión del feto²⁶.

Consta de dos fases²⁷:

1. Fase temprana: no expulsiva, pasiva o de descenso, en la cual la mujer no tiene ganas de empujar.
2. Fase avanzada: expulsiva o activa, en la que la mujer siente ganas de empujar con cada contracción.

Según la literatura consultada, existen diferentes tiempos de duración considerados como normales para este periodo, el pensamiento tradicional indica 2 horas tras la dilatación completa del cuello uterino en las primíparas y una media de 15 minutos en las multíparas²⁶. Estos tiempos pueden aumentar con la anestesia epidural.

Una segunda fase de parto prolongada, que exceda de estos tiempos se considera un factor de riesgo para las estructuras del suelo pélvico²⁸. Posiciones diferentes a la supina o de litotomía están asociadas a una disminución de la duración del periodo expulsivo²⁹.

2.7 PUJOS EN EL EXPULSIVO

El pujo o reflejo de expulsión es “el impulso involuntario que tiene un origen reflejo por compresión de la cabeza del feto en el suelo pélvico”.

Según la forma de realizarlos pueden ser²⁷:

1. Espontáneos o libres: la mujer empuja cuando siente ganas de hacerlo.

2. Dirigidos o con maniobra de Valsalva: pujos largos y forzados, manteniendo el aire dentro.

En función del momento de iniciarlos, se clasifican²⁷:

1. Tardíos: cuando hay un tiempo de espera desde la dilatación cervical completa.
2. Precoces: cuando se inician inmediatamente después de la dilatación cervical completa.

El pujo dirigido con maniobra de Valsalva tiene efectos perjudiciales sobre las estructuras del suelo pélvico. Se relaciona con mayor número de desgarros y de episiotomía y con la aparición de incontinencia urinaria y fecal a los tres meses del parto. En este tipo de pujo a la mujer se le anima a empujar cuando tiene 10cm de dilatación, aunque no sienta ganas de hacerlo, se le manda coger aire, mantenerlo con la boca cerrada y empujar de 10 a 30 segundos (con la glotis cerrada), suspirar y volver a empezar, esto se repite de tres a cuatro veces^{19,27}.

El pujo precoz se relaciona con una tasa más alta de partos instrumentales y de cesáreas. Lo más recomendable y fisiológico sería dejar a la mujer que puje libremente y cuando sienta ganas de hacerlo, dando entre 3 y 5 pujos espiratorios de 5-6 segundos y con la glotis abierta²⁷. Hay que destacar la influencia de la anestesia epidural en los pujos y en el mecanismo natural del parto, ya que ésta disminuye o anula el deseo natural de empujar^{27,30}.

2.8 POSICIÓN DE LA MUJER EN EL PERIODO EXPULSIVO

La postura en decúbito supino o de litotomía se asocia a normas culturales, occidentales y que facilita la práctica obstétrica, mientras que en las culturas tradicionales donde las mujeres paren de forma natural, adoptan diferentes posiciones verticales, como arrodilladas, paradas, etc. y cambiando de posición cuando lo desean²⁹.

En la revisión de la Cochrane realizada por Gupta y Hofmeyr²⁹, se evaluaron los beneficios y riesgos de diferentes posiciones durante el periodo expulsivo, la posición supina frente a distintas posturas verticales (sentada, en banqueta de parto, cuclillas).

Los resultados obtenidos fueron: cualquier tipo de posición lateral o vertical en comparación con la supina o de litotomía, se asoció con una disminución de la duración del periodo expulsivo; una pequeña reducción de los partos instrumentales; una reducción de las episiotomías y un aumento de los desgarros perineales de segundo grado. Estos resultados se deben interpretar con precaución, ya que la calidad metodológica de los 19 ensayos utilizados fue variable, como nos advierten sus autores.

La postura que adopta la madre para el parto debería permitir que la gravedad ayudase a sus esfuerzos de expulsión y estimulase el descenso y la rotación fetal. La posición tradicional de litotomía puede producir un trabajo de parto más difícil¹⁷.

2.9 DENERVACIONES PARCIALES DEL SUELO PÉLVICO POR AFECTACIÓN DEL NERVIPO PUDENDO

El estiramiento y compresión durante el parto del nervio pudendo puede causar lesiones de denervación de los músculos del suelo pélvico. Se planteó la hipótesis de que éste era otro mecanismo que desarrollaba disfunciones del suelo pélvico. Sin embargo, ha sido un área de difícil investigación¹⁰.

El nervio pudendo comprende una anatomía compleja, posee tres ramas terminales; el nervio rectal inferior, el nervio perineal y el dorsal del clítoris. Inerva los músculos bulboesponjoso, isquiocavernoso, elevador del ano y el transverso perineal superficial y profundo¹. Además de inervar el esfínter externo de la uretra, inerva el esfínter anal, gracias a él podemos cortar el chorro de la orina. También evita que se escapen gases y heces al cerrar el esfínter anal³¹.

En el parto vaginal al producirse una sobredistensión del músculo elevador del ano se produce también un estiramiento del nervio pudendo, el tejido nervioso no tiene el mismo grado de elasticidad que el tejido muscular, por lo que el nervio en muchos casos no continúa el movimiento y se “desconecta”, la lesión de este nervio también es debida a la compresión que produce la cabeza del feto¹⁰. El riesgo aumenta en los partos instrumentales, sobretodo fórceps, con un expulsivo prolongado y feto macrosómico¹².

Tabla 4. Riesgo de persistencia de incontinencia urinaria en el posparto y variables asociadas.

VARIABLE	OR	IC 95%
Edad	1,00	0,95-1,06
Extranjera	2,65	1,40-5,08
No tener trabajo remunerado	1,23	0,65-2,32
Estudios básicos	1,52	0,83-2,81
Renta familiar <2000 €/mes	1,94	1,10-3,60
Sobrepeso inicio embarazo	1,14	0,59-2,19
Sobrepeso posparto	1,98	1,06-3,70
Balance positivo de peso posparto	4,27	1,73-10,52
No hace ejercicio físico en embarazo	1,82	0,86-3,87
No hace ejercicio físico en posparto	3,15	0,92-10,74
No practica EMSP en gestación	2,07	0,95-4,52
No practica EMSP en posparto	8,7	3,02-25,00
No asesoramiento IU en gestación	1,33	0,72-2,47
No asesoramiento de IU en posparto	2,7	1,44-5,05
No consulta profesional en gestación	1,41	0,31-6,45
No consulta profesional en posparto	4,55	1,87-11,06
Inicia síntomas en posparto	9,28	4,59-18,77
Tipo de parto ^a		
Vaginal espontáneo	2,22	0,64-7,75
Vaginal instrumental	9,04	2,45-33,30
Tipo de parto. Vaginal instrumental ^b	4,57	2,33-8,98
Número de partos ^c		
Secundípara	1,03	0,52-2,03
Múltipara	4,05	1,60-10,26
Maniobra de Kristeller, sí	8,17	4,02-16,60
Desgarro grado III/IV, sí	4,61	0,99-21,34
Anestesia epidural, sí	2,99	0,87-10,35
Peso RN >3,5kg	4,09	2,17-7,70

Nota Fuente: Ruiz de Viñaspre Hernández R, Rubio Aranda E, Tomás Aznar C. Incontinencia urinaria a los 6 meses del parto. Med Clin (Barc). 2013;141(4):145-151. EMSP: ejercicios musculares del suelo pélvico; IC 95%: intervalo de confianza del 95%; IU: incontinencia urinaria; OR: odds ratio; RN: recién nacido.

^a Categoría de referencia: cesárea.

^b Categoría de referencia: parto vaginal espontáneo.

^c Categoría de referencia: primípara.

En cuanto a la cesárea, existe controversia sobre si actúa como factor de protección, se considera que al no producirse la distensión de músculos, fascias y nervios provocados por la expulsión del feto posee un efecto preventivo^{11,24}. Diversos estudios afirman que las mujeres cuyo parto fue con cesárea, desarrollan menos incontinencia urinaria en comparación con las que fue vía vaginal⁹. La probabilidad de una intervención quirúrgica para resolver la incontinencia urinaria de esfuerzo, es tres veces mayor en mujeres que dieron a luz por vía vaginal y veinte veces mayor en aquellas que tuvieron un parto con fórceps, respecto a las mujeres cuyo parto fue exclusivamente por cesárea¹⁰. Sin embargo, un estudio reciente realizado en Brasil, país en el que la cesárea electiva se cifra en un 40%, no fue factor de protección para la incontinencia urinaria en mujeres primíparas a los dos años de la cesárea, a pesar de no haber un parto vaginal también se producen disfunciones del suelo pélvico. No existe evidencia científica suficiente para recomendar la cesárea de forma preventiva y además conlleva el riesgo inherente propio de una intervención quirúrgica¹⁸.

Todos los factores de riesgo revisados en este trabajo, obstétricos y no obstétricos contribuyen en diferente grado a la aparición y persistencia de incontinencia urinaria. Hemos ido analizando de forma individualizada los factores que se consideran lesivos para las estructuras del suelo pélvico y exponiendo los datos concluyentes de los trabajos revisados. Sin embargo, en conjunto, los estudios muestran resultados contradictorios, en los análisis bivariantes no son concluyentes diversos factores de riesgo y sus efectos desaparecen en los análisis multivariantes, posiblemente debido a la variabilidad de los criterios de inclusión: diferente paridad (aunque la mayoría de artículos revisados han sido con mujeres primíparas y un suelo pélvico intacto) y a los diferentes tiempos de seguimiento tras el parto^{5,9,11,24}.

Los mecanismos responsables de la incidencia y persistencia de incontinencia urinaria después del parto vaginal no pueden ser aclarados, se reconoce que el traumatismo del músculo elevador del ano está asociado con el desarrollo de incontinencia urinaria de esfuerzo y la persistencia sería el resultado de la suma de factores que pueden darse en el parto traumático, lo que retrasaría o impediría la recuperación de los cambios estructurales temporales y reversibles de las vías urinarias. El riesgo de persistencia también está relacionado con la práctica o no de ejercicios que refuerzan la musculatura pélvica^{9,11}.

Muchos de los artículos consultados abogan por una mayor investigación de los factores de riesgo asociados al parto vaginal y las disfunciones del suelo pélvico y así poder establecer que prácticas obstétricas se podrían evitar o modificar, así como hábitos de vida susceptibles de ser modificados. Identificar los posibles factores de riesgo modificables es esencial para la prevención primaria y secundaria de estos trastornos y mejorar en las estrategias de tratamiento^{10,11,24}.

CAPÍTULO II: PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y REEDUCACIÓN DEL SUELO PÉLVICO

El suelo pélvico es un conjunto de músculos y ligamentos cuya función es mantener los órganos pélvicos en posición correcta, en él se apoyan la vejiga, el útero y la porción intestinal final, que esta estructura anatómica funcione correctamente depende de su adecuado mantenimiento y conservación. Cuando estos músculos resultan afectados o debilitados pueden aparecer las siguientes patologías: incontinencia urinaria de esfuerzo, prolapsos (cistocele, histerocele, rectocele) y disfunciones sexuales¹.

Figura 4. Suelo pélvico debilitado



Nota Fuente: www.caparrosGINECÓLOGO.blogspot

En la práctica clínica habitual no se realiza una buena prevención del suelo pélvico, los ejercicios musculares de contracción activa del suelo pelviano se utilizan con un fin terapéutico, más que preventivo y se prescriben cuando ya hay síntomas de incontinencia urinaria³².

Sería conveniente incorporar actividades de promoción, prevención y tratamiento de las disfunciones de suelo pélvico en Atención Primaria, puesto que es en este ámbito, donde se asiste a la mujer en las etapas que suponen un riesgo para el deterioro del suelo pélvico, como son el embarazo y el posparto³³. Se debe realizar una captación activa de las mujeres con incontinencia urinaria, muchas mujeres embarazadas lo consideran un síntoma común asociado al embarazo y una consecuencia del parto en el puerperio^{7,33}. La incontinencia urinaria representa la disfunción del suelo pélvico más prevalente y con repercusión en la calidad de vida, sin embargo no siempre se consulta, en muchos casos por vergüenza o considerarse "normal"^{1, 3, 32}.

1. PROMOCIÓN DE LA SALUD

Esta etapa estaría dirigida a mujeres sin riesgo de disfunciones de suelo pélvico. Incluiría educación para la salud en mujeres sanas, en centros formativos, asociaciones, formación de profesorado y profesionales de educación física, recomendaciones sobre los deportes no recomendables por provocar impacto, la promoción de hábitos saludables, la mejora de la alimentación y evitar factores de riesgo como el estreñimiento. Se trata de hacer un abordaje integral del cuidado del suelo pélvico ya desde la adolescencia, fomentando el conocimiento y autocuidado e identificando grupos de riesgo de acuerdo a los factores de riesgo citados en el primer capítulo (antecedentes familiares, obesidad, etc.)³³.

2. PREVENCIÓN PRIMARIA

La prevención primaria está destinada al abordaje del cuidado del suelo pélvico en las etapas de riesgo perineal, como el embarazo y parto; incluiría la educación sanitaria prenatal, la valoración del estado del suelo pélvico en el puerperio, valorando el tono y la fuerza de los músculos perineales y grupos de educación sanitaria y rehabilitación en el posparto³³.

ETAPA PRENATAL

El punto de partida dentro la educación prenatal sería establecer normas conductuales a modificar, el control de peso, evitar el estreñimiento (dieta rica en fibra y abundantes líquidos), evitar el consumo de bebidas irritantes para la vejiga como la cafeína, no retener las ganas de orinar, bloquear los músculos del suelo pélvico ante un esfuerzo como toser o coger pesos^{1,34}.

Otro punto en la preparación al parto lo constituye el masaje perineal. Sería recomendable que las mujeres fuesen informadas sobre los beneficios y la técnica para realizarlo.

2.1 MASAJE PERINEAL

El masaje perineal aumenta la elasticidad del periné y ayuda a disminuir o evitar el riesgo de traumatismo perineal en el periodo expulsivo del parto³⁵. Se puede empezar a realizar 6-10 semanas antes del parto, durante 5-10 minutos al día³⁴, después de siete días ya se puede notar el incremento de flexibilidad en la vagina y el periné³⁵. ANEXO 1.

En mujeres sin parto vaginal previo, el masaje perineal antes del parto reduce la probabilidad del traumatismo perineal, principalmente episiotomías. Sin embargo, no se observan diferencias estadísticamente significativas en la incidencia de partos instrumentales, la incontinencia urinaria o fecal, entre las mujeres que realizaron masaje perineal y las que no lo hicieron³⁶.

Esta técnica es bien aceptada por la mayoría de las mujeres, aunque reconocen que los masajes les resultaron incómodos o molestos las primeras semanas, pero esta sensación fue desapareciendo las siguientes semanas³⁵.

2.2 EJERCICIOS MUSCULARES DE SUELO PÉLVICO

Arnold Kegel, ginecólogo estadounidense, popularizó los ejercicios musculares de suelo pélvico en 1948. Consisten en contraer y relajar los músculos del suelo pélvico, con diferentes ritmos o pautas y en diferentes posturas. El objetivo de estos ejercicios es fortalecer los músculos de soporte de los órganos pélvicos y mejorar el mecanismo de cierre del esfínter de la uretra^{1,8}.

Con los ejercicios de suelo pélvico se consigue⁸:

1. Aumentar la fuerza: fuerza máxima generada por un músculo en una sola contracción.
2. Aumentar la resistencia: capacidad de contraerse de forma repetitiva o capacidad para mantener una sola contracción en el tiempo.
3. Mejorar la coordinación muscular: como la pre-contracción de los músculos de suelo pélvico ante un aumento de la presión intraabdominal.

El principal problema para la puesta en práctica de los ejercicios musculares de suelo pélvico es que la mujer tome conciencia de la zona perineal y aprenda a realizar la contracción de forma correcta. Muchas mujeres en vez de contraer los músculos perineales, activan los músculos parásitos (parte baja del abdomen, glúteos, aductores)¹. Lo ideal sería que la mujer recibiera instrucciones individualizadas y supervisadas de cómo realizar los ejercicios. Esta teoría está respaldada por varios autores, que afirman que dar sólo información verbal sobre los ejercicios de suelo pélvico, sin realizarlos de forma supervisada, no resulta efectivo¹⁴. ANEXO 2.

El Instituto Nacional de Excelencia Clínica aconseja a todas las mujeres, desde el primer trimestre del embarazo, los ejercicios musculares de suelo pélvico para la prevención de incontinencia urinaria de esfuerzo³².

Diferentes ensayos clínicos han evaluado la efectividad de los ejercicios de suelo pélvico, incluidos en el control habitual del embarazo y el puerperio para la prevención de incontinencia urinaria.

F. Aliaga-Martínez et al.¹⁴ en su estudio controlado no aleatorizado, realizado a 110 mujeres, 55 (grupo control) y 55 (grupo intervención), asignaron el grupo intervención a un programa de entrenamiento dirigido de suelo pélvico, desde la semana 20 de gestación hasta la semana 12 del posparto. Mientras, el grupo control, recibió la atención sanitaria habitual en el seguimiento del embarazo y puerperio. Valoraron la fuerza y resistencia del músculo elevador del ano, mediante tacto vaginal y perineometría y la percepción de la mujer sobre la incontinencia urinaria, a través del Internacional Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form (ICIQ-SF). El perineómetro permite evaluar mediante un balón intravaginal, la contracción voluntaria de los músculos del suelo pélvico y cuantifica esta contracción a través de un manómetro¹⁵. Para evaluar la capacidad contráctil de los músculos del suelo pélvico por tacto vaginal, se utilizó la escala de Oxford modificada¹⁴. ANEXO 3.

El ICIQ-SF es un cuestionario breve, validado al castellano, que además de detectar la incontinencia urinaria, permite valorar la gravedad y el impacto que tiene en la calidad de vida. La puntuación de este cuestionario se obtiene sumando las preguntas 1, 2 y 3, cualquier puntuación superior a cero se considera diagnóstico de incontinencia urinaria. Puntuación de 0 a 21, a más puntuación, mayor gravedad³. ANEXO 4. Los resultados obtenidos al comparar el grupo intervención con el grupo control fueron: el grupo intervención en el posparto tenía más fuerza muscular, medida tanto con el tacto vaginal, como con el perineómetro, la diferencia fue estadísticamente significativa. Con respecto a la incontinencia urinaria, el grupo intervención fue menos propenso a desarrollarla, la percepción de incontinencia urinaria medida a través del ICIQ-SF fue menor en el grupo intervención, aunque esta diferencia no adquirió significación estadística.

Tabla 5. Comparación de los resultados entre el grupo intervención y el grupo control

		Grupo Control	Grupo intervención	P
TACTO MUSCULAR VAGINAL		36,4%	58,2%	p<0,01
PERINEOMETRÍA	Contracción máxima	31,6%	41,3%	P=0,01
	Tiempo de contracción	9,4%	11,6%	P=0,01
ICIQ-SF(ausencia de percepción de IU)		81,8%	92,7%	P=0,11

Nota Fuente: Martínez F, Prats-Ribera E, Alsina-Hipólito M, Allepuz-Palau A. Impacto en la función de los músculos del suelo pélvico de un programa de entrenamiento específico incluido en el control habitual del embarazo y el posparto: ensayo clínico controlado no aleatorizado. *Matronas Prof.* 2013;14(2):36-44.

En la revisión Cochrane⁸, se analizaron los resultados de dieciséis ensayos clínicos, 3040 mujeres asignadas a un entrenamiento de suelo pélvico intensivo prenatal y 3141 mujeres al grupo control. Los resultados indican que el grupo intervención tuvo un 56% menos riesgo de presentar incontinencia urinaria al final del embarazo, frente a las mujeres que recibieron la atención prenatal habitual.

También, evaluaron los efectos de los ejercicios musculares de suelo pélvico en puérperas con incontinencia urinaria persistente a los tres meses del parto. Éstas presentaron un 20% menos de riesgo de incontinencia urinaria a los 12 meses del parto, en comparación con las mujeres que recibieron la atención habitual en el posparto y no realizaron ejercicios musculares de suelo pélvico. A pesar de estos resultados, no hay evidencia suficiente sobre los efectos a largo plazo para la incontinencia urinaria, ni siquiera para decir si estos efectos duran después del primer año.

En el estudio de Peláez et al.³⁷ también queda reflejado la efectividad de los ejercicios musculares de suelo pélvico, en su estudio aleatorizado con primíparas, el grupo intervención (50 mujeres) fue asignado a un programa de ejercicio físico de intensidad moderada, cuya baza principal fueron los ejercicios musculares de suelo pélvico. La intervención se realizó desde la semana 10-14 hasta el final de la gestación.

El grupo intervención desarrolló menos incontinencia urinaria (evaluada a través del cuestionario ICIQ-SF) frente al grupo control (51 mujeres). Otro aspecto a destacar en este estudio, es que el ejercicio físico moderado durante el embarazo tiene un papel importante en la prevención de la ganancia excesiva de peso.

ETAPA POSTNATAL

Muchas mujeres en esta etapa quieren reducir y tonificar sus abdominales, realizando ejercicios abdominales clásicos, que perjudican aún más los músculos del suelo pélvico por el aumento de la presión intraabdominal. Ninguna mujer debe comenzar a realizar ejercicio físico enérgico, sin antes realizar una valoración y reeducación de la musculatura perineal¹.

Se aconseja realizar la valoración perineal a partir de los 40 días del parto, valorando el tono y la fuerza mediante tacto vaginal, rectal, perineometría, revisando cicatrices perineales, existencia de prolapso e incontinencia urinaria de esfuerzo a través del reflejo perineal a la tos¹. En función de esta valoración se debe establecer un programa de ejercicios de Kegel progresivos, que la mujer ya ha aprendido en la etapa prenatal³⁴.

Como demuestran los artículos revisados anteriormente, en general, se puede decir que existe evidencia científica de la efectividad de los programas de entrenamiento del suelo pélvico. Por ello, sería conveniente implantar programas de reeducación perineal en el seguimiento habitual del embarazo y el posparto^{8,14,32}.

2.3 GIMNASIA ABDOMINAL HIPOPRESIVA (GAH)

La gimnasia abdominal hipopresiva fue creada por Marcel Caufriez en 1980, en el ámbito de la recuperación del posparto, con el fin de tonificar la faja abdominal sin perjudicar el suelo pélvico. Es un conjunto de técnicas posturales, basadas en la sinergia de los músculos abdominales y pélvicos que conducen a una disminución de la presión intraabdominal y a una activación refleja de la cincha abdominal y del periné. La relajación de la cincha abdominal (debida al embarazo o a otras causas) genera en el esfuerzo (tos, risa, correr, saltos) una relajación del suelo pélvico, lo que da lugar a un prolapso de la unión uretro-vesical y esto genera incontinencia urinaria de esfuerzo³⁸.

Se clasifican en tres grupos³⁸:

1. Técnicas de aspiración diafragmática.
2. Técnicas de neurofacilitación refleja.
3. Ejercicios de gimnasia hipopresiva.

La disminución de la presión abdominal viene dada por la relajación tónica del diafragma torácico, que produce un ascenso del músculo y tiene un efecto de succión sobre las vísceras pélvicas disminuyendo la tensión ligamentosa. El efecto hipopresivo se produce: al estirar las estructuras hipertónicas, estimulando los músculos hipopresores (serrato mayor, cuádriceps crural, los dorsales largos, etc.) y por el posicionamiento antigravitatorio (descenso y anteriorización del centro de gravedad)³⁸.

La gimnasia abdominal hipopresiva consta de 8 tipos de posturas, 33 ejercicios y 8 ejercicios de transición. Los ejercicios se realizan con ritmo lento, en respiración libre o apnea. Las posturas se deben mantener entre 10 y 30 segundos. Son necesarias aproximadamente 12 sesiones para el aprendizaje de los ejercicios, una vez integrados la mujer los puede realizar de forma domiciliaria, se deben realizar 3 o 4 ejercicios hipopresivos varias veces al día³⁸.

Existe poca bibliografía que demuestre la evidencia científica de la gimnasia abdominal hipopresiva, Coscarón et al.³⁹ en su revisión concluye que, la gimnasia abdominal hipopresiva más los ejercicios de suelo pélvico versus los ejercicios de suelo pélvico solamente tienen el mismo efecto en el fortalecimiento de los músculos perineales, sin embargo la gimnasia abdominal hipopresiva activa más el transversal abdominal y además mejora la estática postural.

Las contraindicaciones para realizar estos ejercicios son: el embarazo, la hipertensión arterial y cardiopatías³⁹.

2.4 CONOS VAGINALES, TUBOS DE PIREX

Son dispositivos vaginales que refuerzan la musculatura del suelo pélvico. Se utilizan con un aumento de peso progresivo que la mujer tiene que retener. La terapia muscular Lady-system es un sistema de pesas vaginales con un aumento progresivo de 12 gramos cada pesa o cono, se insertan en la vagina, quedando el hilo fuera, esta acción produce una fisioterapia interna que provoca un aumento de tono de los músculos perineales. Se deben utilizar 15 minutos al día, a las 2-3 semanas ya se empieza a notar mejoría. Permiten valorar la fuerza perineal activa y pasiva¹.

3. PREVENCIÓN SECUNDARIA Y Terciaria

En la prevención secundaria y terciaria se incluyen las mujeres con disfunciones del suelo pélvico. Es necesaria una valoración individual y según la gravedad de los síntomas remitir a terapia individual o grupal de reeducación del suelo pélvico, si estas intervenciones no son favorables se debe derivar a una unidad especializada para su valoración y tratamiento³³.

En los casos de las mujeres que sufren incontinencia urinaria existe un consenso a nivel internacional de que el tratamiento inicial sea conservador, sólo si éste no responde se plantean alternativas como la cirugía¹⁵. En el tratamiento conservador se encuentra: la terapia conductual, el tratamiento farmacológico, los ejercicios musculares de suelo pélvico, el biofeedback y la electroestimulación^{1,3,15,40}.

El éxito de los programas de reeducación perineal depende fundamentalmente de tres aspectos¹⁵:

1. La capacidad de la mujer de reconocer y contraer bien los músculos del suelo pélvico.
2. El sistema de entrenamiento.
3. El cumplimiento del programa.

El problema principal en la realización de los ejercicios de suelo pélvico, suele ser la capacidad de la mujer de activar correctamente los músculos adecuados. La toma de conciencia de la musculatura perineal es fundamental, algunas mujeres ante la orden de una contracción del periné, invierten el orden, es decir, empujan con los abdominales, lo que debilita aún más el suelo pélvico y empeora los síntomas de incontinencia urinaria o prolapsos¹.

3.1 BIOFEEDBACK

El biofeedback es una técnica instrumentada de entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico. Existen dos tipos: el manométrico y la electromiografía-biofeedback (EMG-BFB), siendo el último el más utilizado³. Mediante unos electrodos de superficie colocados en el rafe perineal o un dispositivo vaginal, se registra la actividad eléctrica de la musculatura del suelo pélvico y ésta es devuelta y amplificada en forma de señal visual (gráfica) o sonora^{1,3}.

De esta forma, la mujer ve y oye cuando está contrayendo la musculatura perineal de forma correcta. Puede trabajar con dos canales, el segundo canal se utiliza para evitar la contracción de la musculatura parasita (abdominales, glúteos, aductores)³. Además de contribuir a tomar conciencia de los músculos elevadores de una forma excepcional, también puede ayudar a mantener la motivación en el cumplimiento del programa¹⁵.

Geanini-Yagüez et al.³ en su estudio, valoró la efectividad de la EMG-biofeedback en el tratamiento de la incontinencia urinaria, a través de 2 cuestionarios que miden la afectación en la calidad de vida, el ICIQ-SF y el I-QOL. ANEXO 5. Este estudio fue realizado con mujeres y hombres incontinentes, la relación mujer-hombre fue 4:1. Tras 20 sesiones de EMG-BFB, dos días a la semana, encontró una mejoría con significación estadística en los valores de las medianas de ambos cuestionarios.

3.2 ELECTROESTIMULACIÓN

Consiste en la aplicación de una corriente eléctrica mediante un electrodo vaginal o rectal, que estimula el nervio pudendo, activando las raíces sacras S1, S2, S3, aumentando el tono de base del suelo pélvico y mejorando la presión uretral de cierre¹. Se utiliza en combinación con los ejercicios de contracción voluntaria de suelo pélvico con o sin biofeedback¹⁵.

Está contraindicado en la denervación del suelo pélvico, embarazo, portadoras de un marcapasos, infección urinaria, hemorragia o hematoma reciente en la zona, vaginitis infecciosa o atrófica, etc.^{1,15}.

La combinación de estas terapias aumenta la eficacia del tratamiento conservador de la incontinencia urinaria⁴⁰, aunque el buen pronóstico está marcado: por el poco tiempo de evolución de la sintomatología, por el grado de incontinencia (leve-moderado) y por la motivación de la paciente para realizar el tratamiento¹⁵.

CAPÍTULO III: EL PROCESO DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LA MUJER CON INCONTINENCIA URINARIA

1. EL PROCESO ENFERMERO

La enfermería profesional surge de la evolución dentro de la sociedad de la actividad de cuidar, para ello ha necesitado conocimientos científicos propios. El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera⁴¹.

Los objetivos al aplicar este proceso son:

1. Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
2. Diseñar planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
3. Intervenir para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

Se caracteriza por ser dinámico, flexible y sistemático. Favorece la individualidad, la comunicación, evita omisiones y repeticiones y da calidad a los cuidados enfermeros⁴¹.

Está constituido por cinco fases: valoración, diagnóstico de enfermería, planificación, ejecución y evaluación. En la puesta en práctica estas etapas se solapan. La aplicación de este proceso ha necesitado un lenguaje propio y estandarizado, constituido por las taxonomías NANDA (Asociación Internacional para el Diagnóstico de Enfermería), NOC (Clasificación de Resultados de Enfermería) y NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería)⁴².

En España, tras la aprobación del Real Decreto 1093/2010, se deben registrar los diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería en la historia clínica del paciente con las taxonomías NANDA-NOC-NIC⁴³.

En el caso que nos ocupa, el cuidado de la mujer con incontinencia urinaria de esfuerzo, las actividades de enfermería abarcan desde la prevención, el diagnóstico, hasta la aplicación de distintas acciones terapéuticas.

La incontinencia urinaria, además de un síntoma físico tiene una repercusión a nivel social y psicológico. La enfermería no sólo centra sus cuidados en los síntomas físicos, la accesibilidad y cercanía de los profesionales enfermeros facilita que la mujer pueda comentar los problemas que afectan su calidad de vida, producidos por la incontinencia urinaria.

En la prevención, la función de la enfermería alcanza todas las etapas de la vida de la mujer, comenzando por la promoción, la adolescencia es un buen momento para introducir educación sanitaria sobre la estructura, función del suelo pélvico y hábitos que lo perjudican³³.

El embarazo y el parto, son dos momentos de gran riesgo para el suelo pélvico y la aparición de incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres jóvenes^{5,7,11,23}. La implantación de programas de entrenamiento del suelo pélvico para la prevención de incontinencia urinaria, está demostrada como explicamos en el Capítulo II. Durante el parto, es fundamental el papel de la matrona, su labor hacia un parto más fisiológico y humanizado que minimice las lesiones del suelo pélvico. Igualmente importante, es la labor que desarrolla la enfermera en el cuidado de la mujer en otras etapas de la vida que están relacionadas con la existencia de incontinencia urinaria, como son la menopausia y la ancianidad.

La atención primaria es el primer contacto de los pacientes con el sistema de salud, en este ámbito, la enfermería es clave en la captación y diagnóstico precoz de mujeres con

incontinencia urinaria³³. La valoración es el punto de partida del proceso enfermero, la finalidad de esta etapa es recoger datos del paciente, éstos se obtienen a través de la entrevista clínica, la exploración física y en el caso de la incontinencia urinaria es útil el uso de cuestionarios de síntomas y calidad de vida. Los datos recogidos deben ser analizados para identificar los problemas de salud y las respuestas humanas que se originan ante ellos⁴¹.

Una vez identificado el diagnóstico, han de establecerse los resultados y las intervenciones correspondientes, las principales intervenciones enfermeras consisten en: proporcionar información y educación higiénico-sanitaria, terapia conductual (modificación de hábitos), reeducación muscular perineal y dar apoyo en el aspecto psicológico y social en relación al impacto en la calidad de vida.

Los cuestionarios (test de síntomas y calidad de vida) no sólo son útiles para establecer un diagnóstico, además permiten evaluar los resultados de las intervenciones. En función de estos resultados, la enfermera debe valorar la remisión a otros profesionales del equipo multidisciplinar (fisioterapeutas, médicos), si los resultados obtenidos no son favorables.

2. DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

A continuación, una muestra de resultados e intervenciones de enfermería relacionados con los diagnósticos enfermeros: Incontinencia urinaria de esfuerzo, trastorno de la imagen corporal y una complicación potencial de la incontinencia urinaria como puede ser el riesgo de infección^{44,45,46}.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO (00017)

Definición: Pérdida súbita de orina al realizar actividades que aumentan la presión intraabdominal.

Características y factores: Expresa tener pérdida involuntaria de orina al estornudar, reír, toser, con el esfuerzo. Observación de pérdida involuntaria de pequeñas cantidades de orina en ausencia de sobredistensión vesical o contracción del músculo detrusor.

Debilidad de los músculos del suelo pélvico.

Presión intraabdominal alta.

NOC: CONTINENCIA URINARIA (0502)

Definición: Control de la eliminación de orina de la vejiga.

INDICADORES:

- | | |
|---|-----------|
| - Pérdidas de orina al aumentar la presión abdominal (50211). | 1-2-3-4-5 |
| - Ropa interior mojada durante el día (50212). | 1-2-3-4-5 |
| - Pérdidas de orina entre micciones (50207). | 1-2-3-4-5 |

- 1 Siempre demostrado
- 2 Frecuentemente demostrado
- 3 A veces demostrado
- 4 Raramente demostrado
- 5 Nunca demostrado

NIC: CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA URINARIA (0610)

Definición: Ayudar a fomentar la continencia y mantener la integridad de la piel perineal.

Actividades:

- Explicar la etiología del problema y el fundamento de las acciones.
- Ayudar a seleccionar la prenda/compresa de incontinencia adecuada para el manejo a corto plazo mientras se determina un tratamiento más definitivo.
- Modificar la vestimenta y el ambiente para facilitar el acceso al baño.
- Comentar los procedimientos y los resultados esperados con el paciente.

NIC: EJERCICIOS DE SUELO PÉLVICO (0560)

Definición: Fortalecimiento y entrenamiento del elevador del ano y de los músculos urogenitales mediante la contracción voluntaria y repetida para disminuir la incontinencia por estrés, de urgencia o tipos mixtos de incontinencia urinaria.

Actividades:

- Asegurarse de que el paciente puede diferenciar entre la elevación y la contracción del músculo deseada y el esfuerzo de pujo no deseado.
- Enseñar al paciente a realizar ejercicios para tensar los músculos, practicando 300 contracciones cada día, manteniendo las contracciones durante 10 segundos cada vez y descansando como mínimo 10 segundos entre contracciones, según el protocolo del centro.
- Dar instrucciones escritas donde se describa la intervención y el número de repeticiones recomendadas.
- Explicar al paciente que la eficacia de los ejercicios se consigue a las 6-12 semanas.

NOC: CONTROL DE SÍNTOMAS (1608)

Definición: Acciones personales para minimizar los cambios adversos percibidos en el funcionamiento físico y emocional.

INDICADORES:

- | | |
|--|-----------|
| - Utiliza un diario de síntomas (160810). | 1-2-3-4-5 |
| - Reconoce el comienzo del síntoma (160801). | 1-2-3-4-5 |
| - Refiere control de los síntomas (160811). | 1-2-3-4-5 |

- 1 Nunca demostrado
- 2 Raramente demostrado
- 3 A veces demostrado
- 4 Frecuentemente demostrado
- 5 Siempre demostrado

NIC: MEJORA DE LA AUTOCONFIANZA (5395)

Definición: Fortalecer la confianza de una persona en su capacidad de realizar una conducta saludable.

Actividades:

- Identificar los obstáculos al cambio de conducta.
- Ayudar al individuo a comprometerse con un plan de acción para cambiar la conducta.
- Proporcionar oportunidades para dominar las experiencias (p.ej. implementación satisfactoria de la conducta).
- Reforzar la confianza al hacer cambios de conducta y emprender la acción.

NIC: APOYO EMOCIONAL (5270)

Definición: Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.

Actividades:

- Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
- Comentar las consecuencias de no abordar los sentimientos de culpa o vergüenza.
- Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL (00118)

Definición: Confusión en la imagen mental del yo físico.

Características y factores: Subjetivas: Expresa cambio en el estilo de vida, expresa temor a la reacción de los otros, expresa sentimientos negativos sobre el cuerpo (sentimientos de desesperanza, desamparo, impotencia), énfasis en las capacidades restantes, etc.

Objetivas: Conductas de control del propio cuerpo, cambio en la implicación social, cambio real en el funcionamiento, conductas de reconocimiento del propio cuerpo, etc..

NOC: IMAGEN CORPORAL (1200)

Definición: Percepción de la propia apariencia y de las funciones corporales.

INDICADORES:

- | | | |
|---|---|-----------|
| - | Imagen interna de sí mismo (120001). | 1-2-3-4-5 |
| - | Satisfacción con la función corporal (120006). | 1-2-3-4-5 |
| - | Adaptación a cambios corporales por lesión. (120013). | 1-2-3-4-5 |

- 1 Nunca positivo
- 2 Raramente positivo
- 3 A veces positivo
- 4 Frecuentemente positivo
- 5 Siempre positivo

NIC: MEJORA DE LA IMAGEN CORPORAL (5220)

Definición: Mejora de las percepciones y actitudes conscientes e inconscientes del paciente hacia su cuerpo.

Actividades:

- Ayudar al paciente a comentar los cambios causados por la enfermedad o cirugía, según corresponda.
- Ayudar al paciente a determinar el alcance de los cambios reales producidos en el cuerpo o en su nivel de funcionamiento.
- Observar la frecuencia de las afirmaciones de autocrítica.
- Ayudar al paciente a comentar los cambios causados por un embarazo normal, según corresponda.

NOC: AUTOESTIMA (1205)

Definición: Juicio personal sobre la capacidad de uno mismo.

INDICADORES:

- | | | |
|---|--|-----------|
| - | Verbalizaciones de autoaceptación (120501). | 1-2-3-4-5 |
| - | Aceptación de las propias limitaciones (120502). | 1-2-3-4-5 |
| - | Sentimientos sobre su propia persona (120519). | 1-2-3-4-5 |

- 1 Nunca positivo
- 2 Raramente positivo
- 3 A veces positivo
- 4 Frecuentemente positivo
- 5 Siempre positivo

NIC: ASESORAMIENTO (5240)

Definición: Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o necesidades del paciente y sus allegados para fomentar o apoyar el afrontamiento, la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales.

Actividades:

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- Ayudar al paciente a que enumere y priorice todas las alternativas posibles al problema.
- Practicar técnicas de reflexión y clarificación para facilitar la expresión de preocupaciones.
- Establecer metas.

COMPLICACIÓN POTENCIAL: RIESGO DE INFECCIÓN (00004)

Definición: Riesgo de ser invadido por organismos patógenos.

Características y factores: Aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos, defensas primaria inadecuadas: cambio del ph de las secreciones.

Objetivo: Prevenir y detectar los signos y síntomas tempranos del riesgo de infección de orina.

NIC: IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS (6610)

Definición: Análisis de los factores de riesgo potenciales, determinación de riesgos para la salud y asignación de la prioridad a las estrategias de disminución de riesgos para un individuo o grupo de personas.

Actividades:

- Identificar los riesgos biológicos, ambientales y conductuales, así como sus interrelaciones.
- Determinar el cumplimiento de los tratamientos médicos y de enfermería.
- Instruir sobre los factores de riesgo y planificar la reducción del riesgo.

NIC: CONTROL DE INFECCIONES (6540)

Definición: Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos.

Actividades:

- Poner en práctica precauciones universales.
- Enseñar al paciente a obtener muestras de orina a mitad de la micción al primer signo de reaparición de los síntomas según corresponda.
- Ordenar al paciente que tome antibióticos, según prescripción.

NIC: CUIDADOS PERINEALES (1750)

Definición: Mantenimiento de la integridad de la piel perineal y alivio de las molestias perineales.

Actividades:

- Mantener el periné seco.
- Limpiar el periné exhaustivamente con regularidad.
- Aplicar compresas para absorber el drenaje, según se precise.

NIC: EDUCACIÓN PARA LA SALUD (5510)

Definición: Desarrollar y proporcionar instrucción y experiencias de aprendizaje que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud en personas, familias, grupos o comunidades.

Actividades:

- Identificar los factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables.
- Planificar un seguimiento a largo plazo para reforzar la adaptación de estilos de vida y conductas saludables.
- Identificar los grupos y rangos de edad que se beneficien más de la educación sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Resel Estevez L. Incontinencia urinaria. Madrid: Servicio de Publicaciones, Universidad Complutense; 2000.
- (2) Simó AP, Izquierdo AM, Benítez RP, Porcar LC. Una revisión sobre la incontinencia urinaria de esfuerzo. *Enfuro*. 2013;(124):9-16.
- (3) Geanini-Yagüez A, Fernández-Cuadros M, Nieto-Blasco J, Ciprián-Nieto D, Oliveros-Escudero B, Lorenzo-Gómez M. EMG-biofeedback en el tratamiento de la incontinencia urinaria y calidad de vida. *Rehabilitación (Madr)*. 2013. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rh.2013.09.001>
- (4) Espuña-Pons M, Brugulat Guiteras P, Costa Sampere D, Medina Bustos A, Mompert Penina A. Prevalencia de incontinencia urinaria en Cataluña. *Med Clin (Barc)*. 2009; 133(18):702-705.
- (5) Sánchez Ruiz E, Solans Domènech M, Espuña M, en nombre del Grup de Reserca en Sòl Pelvià (GRESPE). Estimación de la incidencia de incontinencia urinaria asociada al embarazo y el parto. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Ministerio de Ciencia e Innovación. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2010. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, AATRM núm. 2006/10.
- (6) *Fisterra.com Atención Primaria en la Red* [Internet]. A Coruña: Elsevier; 2010 [fecha de actualización 16/3/2010; fecha de acceso 20/4/2014]. Viana Zulaica C. Incontinencia Urinaria. Disponible en: http://www.fisterra.com/guias_clinicas/incontinencia_urinaria/
- (7) Sangsawang B, Sangsawang N. Stress urinary incontinence in pregnant women: a review of prevalence, pathophysiology, and treatment. *Int Urogynecol J*. 2013;(24):901-912.
- (8) Boyle R, Hay-Smith EJ, Cody JD, Morkved S. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2012 Issue 10. Art. No.: CD007471. DOI: 10.1002/14651858.CD007471.pub2.
- (9) Chitra TV, Panicker S. Childbirth, Pregnancy and Pelvic floor dysfunction. *J Obstet Gynecol India* 2011 Dec;61(6):635-637.
- (10) Memon H, Handa VL. Pelvic floor disorders following vaginal or cesarean delivery. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2012 Oct;24(5):349-354.
- (11) Ruiz de Viñaspre Hernández R, Rubio Aranda E, Tomás Aznar C. Incontinencia urinaria a los 6 meses del parto. *Med Clin (Barc)*. 2013;141(4):145-151.
- (12) Freeman R. Can we prevent childbirth-related pelvic floor dysfunction?. *BJOG*. 2013;120(2):137-140.
- (13) Wesnes SL, Hunskaar S, Bo K, Rortveit G. The effect of urinary incontinence status during pregnancy and delivery mode on incontinence postpartum. A cohort study*. *BJOG*. 2009;116(5):700-707.
- (14) Aliaga-Martínez F, Prats-Ribera E, Alsina-Hipólito M, Allepuz-Palau A. Impacto en la función de los músculos del suelo pélvico de un programa de entrenamiento específico incluido en el control habitual del embarazo y el posparto: ensayo clínico controlado no aleatorizado. *Matronas Prof*. 2013; 14(2):36-44.
- (15) Espuña M, Salinas J. Tratado de uroginecología. Incontinencia urinaria. Barcelona: Ars Médica; 2004.

- (16) Luque-Carro R, Subirón-Valera AB, Sabater-Adán B, Sanz de Miguel E, Juste-Pina A, Cruz-Guerreiro E. Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria. Valoración a los 3 años (2007-2008). *Matronas Prof.* 2011; 12(2):41-48.
- (17) Neeson JD. Consultor de enfermería obstétrica. Barcelona: Centrum; 1989.
- (18) Barbosa AMP, Marini G, Piculo F, Rudge CVC, Calderon IMP, Rudge MVC. Prevalence of urinary incontinence and pelvic floor muscle dysfunction in primiparae two years after cesarean section: cross-sectional study. *Sao Paulo Med J.* 2013;131(2):95-99.
- (19) Sánchez Casal MI. Episiotomía versus desgarro. Revisión de las evidencias científicas. *Enferm Docente.* 2012;(97):27-32.
- (20) Pérez Valero S. Episiotomía en partos vaginales eutócicos en el Hospital Universitario "La Ribera". *NURE Inv [Internet].* 2013 mar-abr [fecha de acceso 16/1/2014];10(63):[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE63_original_episiotomía.pdf
- (21) Carlos Melchor J, Luis Bartha J, Bellart J, Galindo A, Miño M, Perales A. La episiotomía en España. Datos del año 2006. *Prog Obstet Ginecol.* 2008;51(9):559-563.
- (22) Carroli G, Mignini L. Episiotomía para el parto vaginal. *Cochrane Database of Systemtic Reviews* 2012 Issue 11. Art. No.: CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081
- (23) Scheer I, Andrews V, Thakar R, Sultan AH. Urinary incontinence after obstetric anal sphincter injuries (OASIS)—is there a relationship? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2008;19(2):179-183.
- (24) Handa VL, Blomquist JL, McDermott KC, Friedman S, Munoz A. Pelvic floor disorders after vaginal birth: effect of episiotomy, perineal laceration, and operative birth. *Obstet Gynecol.* 2012 Feb;119(2 Pt 1):233-239.
- (25) Rengel Díaz C. La maniobra de Kristeller: revisión de las evidencias científicas. *Matronas Prof.* 2011;12(3):82-89.
- (26) Ladewig PAW. Enfermería maternal y del recién nacido. 5ª ed. Aravaca Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España; 2006.
- (27) Álvarez-Burón E, Arnedillo-Sánchez M. Manejo activo frente a expectante de los pujos en el expulsivo. Revisión de la evidencia científica. *Matronas Prof.* 2010;11(2):64-68.
- (28) Hastings-Tolsma M, Vincent D, Emeis C, Francisco T. Getting through birth in one piece: protecting the perineum. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2007 May-Jun;32(3):158-164.
- (29) Gupta JK, Hofmeyr GJ. Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- (30) Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirevic Z, Gates S, Newburn M, Jordan S, Lavender T, Neilson J. Tratamiento del dolor para las mujeres en trabajo de parto: un resumen de revisiones sistemáticas. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012 Issue 3. Art. No.: CD009234. DOI: 10.1002/14651858.CD009234
- (31) Martínez Agulló E. Aproximación a la incontinencia urinaria. 3ª ed. Madrid: Laboratorios Indas; 1989.
- (32) Agea AP, Fernández LD, Cano IA. Efectividad del entrenamiento muscular del suelo pélvico en primigestas durante el embarazo para la prevención de la incontinencia urinaria. *Rev Paraninfo digital*, 2013;19 [fecha de acceso 16/1/2014]. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/040.php>

- (33) Gómez Carvajal M, Torregrosa Tomás MD, Rondón Ramos A, Blanco Pérez A. Incorporación de la Promoción de la Salud y la Prevención de las Disfunciones de Suelo Pélvico en Atención Primaria. *Enferm Docente*. 2012;(96):22-25.
- (34) Carrasco PG, López AMD, López DG, Carrasco RG, Carrasco ÁG. Actuación del fisioterapeuta en el tratamiento integral de la embarazada. *NURE Inv* [Internet]. 2013 mar-abr [fecha de acceso 16/1/2014]; 10(63): [aprox. 8p.]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/NURE63_protocolo_fisioembarazo.pdf
- (35) Duarte González L, García González S, Mejías Paneque MC. Masaje perineal. *NURE Inv* [Internet]. Ene-feb 2013 [fecha de acceso 19/12/2013];10(62):[aprox. 4 p.]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/NURE62_protocolo_mperineal.pdf
- (36) Beckmann MM, Garrett AJ. Masaje perineal antes del parto para la reducción del trauma perineal (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: [//www.update-software.com](http://www.update-software.com). (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
- (37) Peláez M, Casla S, Perales M, Cordero Y, Barakat R. El ejercicio físico supervisado durante el embarazo mejora la percepción de la salud. *Ensayo clínico aleatorizado. Retos. Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*. 2013;(24):36-38.
- (38) Caufriez M. *Gymnastique abdominale hipopresive*. Bruselas; 1997.
- (39) Coscarón Molano A. Evidencia de la gimnasia abdominal hipopresiva en incontinencia urinaria [monografía en Internet]. Navarra: Repositorio institucional de la Universidad Pública de Navarra; 2013 [fecha de acceso 20/1/2014]. Disponible en: <http://www.academica-e.unavarra.es/handle/2454/8081>
- (40) Fernández Medina IM. Abordaje fisioterápico de las lesiones perineales en el posparto. *Enferm Docente*. 2013;(100):28-33.
- (41) Alfaro-Lefevre R. *Aplicación del proceso enfermero: guía paso a paso*. Barcelona: Masson; 2002.
- (42) Tirado G, Hueso C, Cuevas M, Montoya R, Bonill de las Nieves C, Schmidt J. Cómo escribir un caso clínico en Enfermería utilizando Taxonomía NANDA, NOC, NIC. *Index Enferm*. 2011;20:111-115.
- (43) Conjunto mínimo de datos de los informes clínicos. Real Decreto 1093/2010. *Boletín Oficial del Estado*, nº 225, (16-9-2010).
- (44) Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McCloskey J, Maas M, Moorhead S, Swanson E. *Interrelaciones Nanda, Noc y Nic*. 2ª Ed. Barcelona: Elsevier 2007.
- (45) Herdman TH, von Krogh G. *La taxonomía II de Nanda International*. En *Nanda International Nursing Diagnoses: Definitions and Classifications 2012-2014*. 1ª Ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
- (46) NNNConsult.com [Internet]. Barcelona: Elsevier; 2013 [fecha de acceso 18-6-2014]. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com/index>

ANEXOS

ANEXO 1

*¿Cómo realizar el masaje perineal correctamente?*³⁵

Antes de iniciar el masaje es necesario seguir una serie de recomendaciones: elegir una posición cómoda, puede ser en cuclillas, semisentada; puede ser útil la ayuda de un espejo, es recomendable aplicarse compresas templadas o hacerlo después de la ducha; es importante vaciar la vejiga antes de empezar y no presionar el orificio de la uretra para prevenir infecciones de orina, lubricarse los dedos antes de comenzar. El masaje lo puede realizar la propia mujer o con ayuda de su pareja.

Para realizarlo:

1. Introducir uno o dos dedos, 3-4cm en la vagina, presionar hacia abajo y hacia los laterales de la pared vaginal, estirar con un movimiento de balanceo hasta notar un pequeño escozor. A continuación, deslizar el dedo desde la vagina hacia fuera y hacia dentro, siempre manteniendo una pequeña presión, se debe realizar al menos dos minutos.
2. Colocar los dedos en la entrada de vagina y realizar una presión hacia abajo, dos minutos o hasta que se note molestia. Esta molestia ayudará a imaginar la presión que la cabeza del feto ejercerá.
3. Con el dedo pulgar y los opuestos se agarra el tejido de la entrada de la vagina y con un movimiento de vaivén se estira el tejido y la piel del periné, durante 2-3 minutos.
4. Por último, para ayudar a relajar el periné, con los dedos en la misma posición, realizar un estiramiento de dentro hacia fuera, insistiendo en la zona inferior y lateral de la vagina.

ANEXO 2

¿Cómo enseñar los ejercicios de Kegel correctamente?

Para enseñar los ejercicios musculares de suelo pélvico se deben de seguir las siguientes fases:

1. FASE INFORMATIVA

Consiste en explicar a la paciente, de forma breve y sencilla, la anatomía y la función de los músculos del suelo pélvico y del tracto urinario inferior¹⁴. Explicar el objetivo y los beneficios que queremos conseguir con la práctica de estos ejercicios. Es importante establecer una buena relación terapeuta-paciente¹.

2. TOMA DE CONCIENCIA DE LA REGIÓN PERINEAL

La valoración de los ejercicios musculares del suelo pélvico es compleja, al ser músculos internos, su contracción no es visible, lo que hace difícil su seguimiento. Por esto, es importante que la mujer tome conciencia de los músculos que va a ejercitar. Muchas mujeres en vez de contraer los músculos perineales, activan los músculos parásitos (parte baja del abdomen, glúteos, aductores).

Los ejercicios activos asistidos digitalmente son una buena manera de comenzar esta fase. La posición adecuada es en decúbito supino, con las piernas en flexión y abducción. Se debe lubricar un dedo e introducirlo en la vagina o ano. Después, dar orden a la paciente de contraer los músculos abdominales y explicar que no debe sentir esta sensación cuando active los músculos correctos.

A continuación, realizar el ejercicio básico de entrenamiento, con los músculos abdominales relajados y expulsando el aire por la boca, apretar alrededor del dedo, como si quisiera parar el escape de gases o heces. Otra manera de reconocer la activación correcta de los músculos perineales es parando y reiniciando el flujo de la orina¹.

3. PROGRAMACIÓN DE EJERCICIOS

Existen numerosas posibles pautas para la realización de ejercicios de suelo pélvico. Lo ideal, sería comenzar el entrenamiento de una forma supervisada, hasta que la paciente domine los ejercicios y tenga un buen control de la musculatura perineal. La posición inicial debe ser en decúbito supino, con las piernas en flexión y abducción. El terapeuta debe controlar los ejercicios digitalmente, a través de la vagina o el recto¹.

Las series de ejercicios consisten en alternar contracciones lentas y rápidas, por ejemplo, en series de diez. En las contracciones lentas, se realizan 6 segundos de ejercicio y 12 de descanso y en las contracciones rápidas, 2 segundos de ejercicio y 4 de descanso. Siempre descansando el doble de tiempo de los segundos en contracción¹. Estas pautas son variables y se deben establecer individualmente, aumentando el tiempo y el número de contracciones progresivamente, según aumente la resistencia de la paciente.

Una vez que los ejercicios estén dominados, la paciente puede realizarlos de forma domiciliaria, no siendo necesario introducir el dedo en la vagina o ano. Se recomienda realizar tres series de 15 contracciones, todos los días, en diferentes posturas (decúbito supino, de pie y sentada) y en diferentes momentos del día, asociándolos a actividades de la vida diaria (con las labores de casa, viendo la televisión, etc.)¹.

ANEXO 3

Tabla 6. Escala de Oxford modificada.

Valoración de la capacidad contráctil por tacto vaginal	
0	Ausencia total de contracción
1	No se percibe contracción, si cierta tensión
2	Contracción débil, se nota la tensión
3	Contracción buena, no permite oposición
4	Contracción buena, permite una ligera oposición
5	Contracción fuerte, permite una fuerte oposición

Nota Fuente: Elaboración propia

ANEXO 4

Tabla 7. Cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF.

1. ¿Con qué frecuencia pierde orina? (marque solo una respuesta).	
Nunca	0
Una vez a la semana	1
2-3 veces/semana	2
Una vez al día	3
Varias veces al día	4
Continuamente	5
2. Indique su opinión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa, es decir la cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no) (marque solo una respuesta).	
No se me escapa nada	0
Muy poca cantidad	2
Una cantidad moderada	4
Mucha cantidad	6
3. ¿En qué medida estos escapes de orina que tiene han afectado su vida diaria?	
1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	
Nada	Mucho
4. ¿Cuándo pierde orina? Señale todo lo que le pase a Ud.	
Nunca	
Antes de llegar al servicio	
Al toser o estornudar	
Mientras duerme	
Al realizar esfuerzos físicos/ejercicio	
Cuando termina de orinar y ya se ha vestido	
Sin motivo evidente	
De forma continua	

Nota Fuente: Geanini-Yagüez A, Fernández-Cuadros M, Nieto-Blasco J, Ciprián-Nieto D, Oliveros-Escudero B, Lorenzo-Gómez M. EMG-biofeedback en el tratamiento de la incontinencia urinaria y calidad de vida. Rehabilitación (Madr). 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rh.2013.09.001>

ANEXO 5

Tabla 8. Cuestionario I-QOL (Incontinence Quality-of-life Measure) de calidad de vida en incontinencia urinaria.

	1	2	3	4	5
1. Me preocupa no poder llegar a tiempo al servicio					
2. Me preocupa toser y estornudar					
3. Tengo que tener cuidado al ponerme de pie cuando estoy sentada					
4. Me preocupa saber dónde están los servicios en un lugar nuevo					
5. Me siento deprimida					
6. No me siento libre para estar fuera de casa durante mucho tiempo					
7. Me siento frustrada porque la incontinencia me impide hacer lo quiero					
8. Me preocupa que los demás noten que huelo a orina					
9. Tengo siempre presente la incontinencia					
10. Para mí es importante desplazarme con frecuencia al servicio					
11. Debido a mi incontinencia, es importante planear cada detalle con antelación					
12. Me preocupa que mi incontinencia empeore con los años					
13. Tengo problemas para tener un buen sueño nocturno					
14. Me preocupa la situación de vergüenza o humillación por la incontinencia					
15. La incontinencia me hace sentir que no tengo buena salud					
16. Mi incontinencia me hace sentir desvalida					
17. Disfruto menos de la vida debido a la incontinencia					
18. Me preocupa orinarme					
19. Siento que no tengo control sobre mi vejiga					
20. Tengo que tener cuidado con lo que bebo					
21. La incontinencia limita mi variedad de vestuario					
22. Me preocupan las relaciones sexuales					

En todos los elementos se utiliza la siguiente escala de respuestas: 1: siempre; 2: casi siempre; 3: moderado; 4: un poco; 5: nunca. Estructura de las subescalas: LA: ítems 1, 2, 3, 4, 10, 11, 13 y 20; EP: ítems 5, 6, 7, 9, 15, 16, 17, 21 y 22; VS: ítems 8, 12, 14, 18 y 19. EP: efecto psicosocial; LA: limitación de la actividad; VS: vergüenza social. Cálculo de valor por subescala: suma obtenida por ítems correspondiente/suma del valor máximo de los ítems analizados × 100%. Cálculo de valor total de la escala: suma obtenida por total de ítems/110×100%.

Nota Fuente: Geanini-Yagüez A, Fernández-Cuadros M, Nieto-Blasco J, Ciprián-Nieto D, Oliveros-Escudero B, Lorenzo-Gómez M. EMG-biofeedback en el tratamiento de la incontinencia urinaria y calidad de vida. Rehabilitación (Madr). 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rh.2013.09.001>