

CUIDADOS DEL SUELO PÉLVICO

Autoras: Zoraida de la Rosa-Várez¹, María del Valle Alguacil-Sánchez², María Teresa Rivas-Castillo³.
1.Hospital de Úbeda (Jaén) 2.Hospital de Huércal-Overa (Almería), 3.Distrito Metropolitano de Granada.
Correo electrónico: zory_57@hotmail.com



Proyecto de Humanización
de la Atención Perinatal
en Andalucía

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La integridad del suelo pélvico (SP) tiene un papel fundamental en el mantenimiento de las vísceras pélvicas, en el mecanismo de continencia y en la actividad sexual. La modificación de sus características podrá dar lugar a cistocele, rectocele, prolapso genital, incontinencia urinaria, fecal, de gases y alteraciones sexuales, englobadas con la denominación “disfunciones del SP”.

Entre los principales factores etiológicos de estas disfunciones se encuentran: el embarazo (tanto por el peso del útero como por el efecto relajador de las hormonas), el parto (se producen lesiones musculares y neurológicas perineales), menopausia (déficit en la producción de estrógenos que, junto con el envejecimiento, provoca pérdida de tono y flacidez de los músculos perineales), obesidad, estreñimiento, determinados deportes, tos crónica del tabaquismo, estrés y hábitos como retener orina o vestir prendas ajustadas.

Objetivo: conocer las principales estrategias de prevención y rehabilitación de las disfunciones del suelo pélvico, especialmente las provocadas por el traumatismo obstétrico.

METODOLOGÍA

Búsqueda bibliográfica en las bases de datos MEDLINE, COCHRANE PLUS y CUIDEN, limitada a los últimos diez años en español e inglés, usando las palabras clave: incontinencia urinaria (urinary continence), suelo pélvico (pelvic floor), prevención (prevention).

RESULTADOS

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN PRIMARIA:

Modifican los factores de riesgo antes del parto.

- **Corrección postural** y equilibrio de la estabilidad lumbopélvica durante el embarazo.
- **Masaje perineal antenatal.** En nulíparas reduce el número de desgarros y episiotomías.
- **Evitar el estreñimiento.** Es un problema importante durante el embarazo, con consecuencias negativas en el SP.
- **Cesárea electiva en mujeres con factores de riesgo** importantes (historia familiar de incontinencia urinaria, hipermovilidad uretral durante embarazo, hiperlaxitud ligamentosa, incontinencia anal, prolapsos o incontinencia urinaria grave antes o durante el embarazo).

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN SECUNDARIA:

Prácticas obstétricas que reduzcan el daño del SP durante el parto vaginal.

- **Episiotomía restrictiva frente a sistemática.**
- **Parto espontáneo frente a instrumentado.**
- **Extracción con ventosa frente a extracción con fórceps.** El fórceps es el factor de riesgo más importante del traumatismo perineal.
- **Cuidado del periné** durante la fase expulsiva.
- Primera fase del expulsivo pasiva.
- **Pujos espontáneos** frente a pujos en Valsalva.
- **Postura** durante el parto. Diferentes estudios encuentran los mejores resultados en el SP con postura en cuadrupedia o decúbito lateral.

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN Terciaria:

Reconocen las secuelas y promueven medidas para la reeducación del SP.

Se ofrecen a las mujeres que padecen una disfunción pélvica. Unos actuarán de forma pasiva (sin colaboración consciente), y otros de forma activa (la mujer ejercita sus músculos conscientemente, previo aprendizaje). El objetivo es que se integren los músculos del SP en el esquema corporal y ser capaz de tonificarlos de forma autónoma y protegerlos conscientemente ante situaciones de hiperpresión indeseables.

- **Cinesiterapia** (ejercicios musculares del SP):
- **Ejercicios de Kegel.** En cualquier tipo de disfunción pélvica, tonificar los músculos siempre resulta un factor añadido de apoyo al tratamiento, ya sea médico o quirúrgico. Se establecen cuatro fases: 1. Fase de información. 2. Fase de identificación. 3. Fase de terapia activa. 4. Fase de mantenimiento.
- **Gimnasia hipopresiva.** Consiste en promover la recuperación del SP a partir de la liberación de hiperpresiones sobre el mismo.
- **Terapia de conos vaginales.** Tienen una estructura similar a un tampón. El equipo más utilizado contiene cinco conos de distinto peso que asciende progresivamente desde 20 hasta 70 gramos. Consiste en retener el cono seleccionado (que será el siguiente al que se pueda retener sin esfuerzo sentada, de pie o caminando) durante 15 minutos dos veces al día de pie o caminando, e ir gradualmente pasando a los conos de mayor peso.
- **Bolas chinas.** Para la recuperación pélvica se corta el hilo que las une y se usa sólo una de ellas. Su uso aún se hace de forma experimental, aunque el procedimiento de acción es similar al de los conos.
- **Biorretroalimentación biológica** (biofeedback).
- **Electroestimulación.**
- **Neuromodulación sacra.**

CONCLUSIONES

La incontinencia urinaria de esfuerzo, y las disfunciones del SP en general, son una cuestión, que a pesar de su impacto en la vida diaria, las mujeres no suelen consultar. La reeducación perineal debe ofrecerse a estas mujeres, ya que es una solución terapéutica no invasiva, alternativa a la cirugía convencional y que aumenta la calidad de vida.

En los centros de atención primaria deben existir profesionales con una formación especializada para que puedan informar a las mujeres sobre las disfunciones del SP y ofrecerles prevención y tratamiento. La matrona, que está en contacto con la mujer durante el proceso obstétrico, es el profesional idóneo para educar a la embarazada, detectar los factores de riesgo y apoyar a las mujeres en la rehabilitación posparto. Incluir el cuidado del SP entre sus actividades es una de las mejores medidas preventivas de sus posibles disfunciones.