

Guía Técnica  
**Abordaxe de disfuncións do solo pelviano feminino**



# MODO DE UTILIZACIÓN



Un click nos gráficos de páxina enlaza co **índice**



Un click enlaza co índice de **anexos**



Click de enlace

índice

## Disfuncións do solo pelviano feminino



Índice

PAX

	Siglas, acrónimos e abreviaturas		5
<b>1</b>	<b>Introdución</b> Pax: 6	<ul style="list-style-type: none"> <li>1.1 Obxectivos do programa 10</li> <li>1.2 Poboación diana 10</li> <li>1.3 Captación e acceso ao programa 11</li> <li>1.4 Metodoloxía 12</li> <li>1.5 Sintomatoloxía relacionada co solo pelviano 13</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Dor pelviana 13</li> <li>Síndrome miofascial 14</li> <li>Disfunción sexual feminina. Dispareunia e dificultade para alcanzar o orgasmo 16</li> <li>Incontinencia urinaria 17                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Clasificación da incontinencia urinaria 17</li> <li>Diagnóstico diferencial de incontinencia urinaria 18</li> </ul> </li> <li>Incontinencia anal 20                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Prolapsos: cistocele, histerocele, rectocele 20</li> </ul> </li> </ul>	
		1.6 Situacións que predispoñen a padecer disfunción da musculatura do solo pelviano	21
<b>2</b>	<b>Actividades asistenciais que realizará a matrona do centro de saúde</b> Pax: 22	<ul style="list-style-type: none"> <li>2.1 Anamnese 22</li> <li>2.2 Exploración clínica 24</li> <li>2.3 Actividades preventivas e coidados 25</li> <li>2.4 Criterios de derivación da matrona a outros especialistas 26</li> </ul>	
<b>3</b>	<b>Programas de educación sanitaria de grupo en saúde sexual e reprodutiva realizados pola matrona de atención primaria</b> Pax: 27	<ul style="list-style-type: none"> <li>3.1 Programa de educación sanitaria de grupo prenatal 32</li> <li>3.2 Programa de educación sanitaria de grupo posnatal 33</li> <li>3.3 Programa de educación sanitaria de grupo durante o climaterio 35</li> </ul>	
<b>4</b>	<b>Actividades asistenciais que realiza o servizo de fisioterapia do centro de saúde</b> Pax: 37	<ul style="list-style-type: none"> <li>4.1 Anamnese 37</li> <li>4.2 Exploración clínica 38</li> <li>4.3 Tratamento de fisioterapia de AP 40                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Técnicas de reeducación funcional 41</li> <li>1_ Técnicas de reeducación postural e da estática da columna lumbo pelviana 41</li> <li>2_ Técnicas miofasciais abdominais, pelvianas e perineais 41</li> <li>3_ Técnicas articulativas da pelve 42</li> <li>4_ Técnicas de regulación do hipertón e técnicas de masaxe perineal externo e interno 43</li> <li>5_ Técnicas manuais endocavitarias de tonificación e fortalecemento dos músculos do solo pelviano 43</li> <li>6_ Técnicas de biorretroalimentación para a reeducación funcional dos músculos do solo pelviano 43</li> <li>7_ Técnicas internas e externas de electroterapia do solo pelviano 44</li> <li>8_ Técnicas de termoterapia e crioterapia perineal 44</li> <li>9_ Técnicas de ultrason e láser na zona perineal 44</li> <li>10_ Dispositivos endocavitarios 45</li> <li>11_ Exercicios funcionais para reeducar a propiocepción e coordinación dos músculos do solo pelviano e técnicas de integración do solo pelviano nas AVD 47</li> <li>12_ Programa de exercicios individuais do solo pelviano 47</li> </ul> </li> </ul>	
<b>5</b>	<b>Criterios de derivación</b> Pax: 48	<ul style="list-style-type: none"> <li>Algoritmo 1. Fluxograma de matrona de Atención Primaria 49</li> <li>Algoritmo 2. Fluxograma de fisioterapia de Atención Primaria 50</li> </ul>	
<b>6</b>	<b>Indicadores de avaliación do programa</b>		51
<b>A</b>	<b>Anexos</b>		52
<b>7</b>	<b>Referencias bibliográficas</b>		76

## Disfuncións do solo pelviano feminino



*Este documento vai dirixido a **matronas e fisioterapeutas** que desenvolven o seu traballo no ámbito da **atención primaria**. O programa debe aplicarse ás mulleres co obxectivo de previr, recuperar e rehabilitar a función da musculatura do solo pelviano.*

### Integrantes do grupo de traballo

NOME	POSTO	CENTRO
Noemí de la Fuente Maganto	Fisioterapeuta	CS de Ordes. EOXI de Santiago de Compostela
Tirso Docampo Ferreira	Fisioterapeuta	CS Moaña. Coordinador de Fisioterapia de atención primaria. EOXI de Vigo
Isaura González Martínez	Matrona	CS Narón. EOXI de Ferrol
M.ª Elisa Lamelas González	Matrona	Hospital Comarcal Valdeorras. EOXI de Ourense, Verín e O Barco de Valdeorras
Benita Martínez García	Matrona e sexóloga	CS Vilalba. EOXI Lugo, Cervo e Monforte de Lemos
José Eloy Moral Santamarina	Xefe do Servizo de Xinecoloxía e Obstetricia	Complexo Hospitalario Universitario de Pontevedra. EOXI de Pontevedra e O Salnés
Sonia Vázquez Vilabril	Fisioterapeuta e matrona	Hospital Universitario <i>Lucus Augusti</i> . EOXI Lugo, Cervo e Monforte de Lemos
Alfonso Alonso Fachado	Subdirector xeral de Planificación e Programación Asistencial	Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria. Servizo Galego de Saúde
Javier José Ventosa Rial	Xefe do Servizo de Procesos e Programas Asistenciais	Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria. Servizo Galego de Saúde
M.ª Dolores Martínez Romero	Técnica do Servizo de Procesos e Programas Asistenciais	Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria. Servizo Galego de Saúde

Edita: Xunta de Galicia.  
Consellería de Sanidade  
Servizo Galego de Saúde  
Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria  
Subdirección Xeral de Planificación e Programación Asistencial

Lugar: Santiago de Compostela  
Ano: 2016

Ilustración Portada\_  
Mª Dolores Martínez Romero  
Deseño e maquetación\_  
KRISOLA DESEÑO, S.L.

# Disfuncións do solo pelviano feminino



## Índice

	Siglas, acrónimos e abreviaturas			5
<b>1</b>	<b>Introdución</b> Pax: 6	1.1	Obxectivos do programa	10
		1.2	Poboación diana	10
		1.3	Captación e acceso ao programa	11
		1.4	Metodoloxía	12
		1.5	Sintomatoloxía relacionada co solo pelviano	13
			Dor pelviana	13
			Síndrome miofascial	14
			Disfunción sexual feminina. Dispareunia e dificultade para alcanzar o orgasmo	16
			Incontinencia urinaria	17
			Clasificación da incontinencia urinaria	17
	Diagnóstico diferencial de incontinencia urinaria	18		
	Incontinencia anal	20		
	Prolapsos: cistocele, histerocele, rectocele	20		
	1.6	Situacións que predispoñen a padecer disfunción da musculatura do solo pelviano	21	
<b>2</b>	<b>Actividades asistenciais que realizará a matrona do centro de saúde</b> Pax: 22	2.1	Anamnese	22
		2.2	Exploración clínica	24
		2.3	Actividades preventivas e coidados	25
		2.4	Criterios de derivación da matrona a outros especialistas	26
<b>3</b>	<b>Programas de educación sanitaria de grupo en saúde sexual e reprodutiva realizados pola matrona de atención primaria</b> Pax: 27	3.1	Programa de educación sanitaria de grupo prenatal	32
		3.2	Programa de educación sanitaria de grupo posnatal	33
		3.3	Programa de educación sanitaria de grupo durante o climaterio	35
<b>4</b>	<b>Actividades asistenciais que realiza o servizo de fisioterapia do centro de saúde</b> Pax: 37	4.1	Anamnese	37
		4.2	Exploración clínica	38
		4.3	Tratamento de fisioterapia de AP	40
			Técnicas de reeducación funcional	41
			<b>1_</b> Técnicas de reeducación postural e da estática da columna lumbo pelviana	41
			<b>2_</b> Técnicas miofasciais abdominais, pelvianas e perineais	41
			<b>3_</b> Técnicas articulativas da pelve	42
			<b>4_</b> Técnicas de regulación do hipertón e técnicas de masaxe perineal externo e interno	43
			<b>5_</b> Técnicas manuais endocavitarias de tonificación e fortalecemento dos músculos do solo pelviano	43
			<b>6_</b> Técnicas de biorretroalimentación para a reeducación funcional dos músculos do solo pelviano	43
			<b>7_</b> Técnicas internas e externas de electroterapia do solo pelviano	44
			<b>8_</b> Técnicas de termoterapia e crioterapia perineal	44
			<b>9_</b> Técnicas de ultracán e láser na zona perineal	44
	<b>10_</b> Dispositivos endocavitarios	45		
	<b>11_</b> Exercicios funcionais para reeducar a propiocepción e coordinación dos músculos do solo pelviano e técnicas de integración do solo pelviano nas AVD	47		
	<b>12_</b> Programa de exercicios individuais do solo pelviano	47		
<b>5</b>	<b>Criterios de derivación</b> Pax: 48		Algoritmo 1. Fluxograma de matrona de atención primaria	49
			Algoritmo 2. Fluxograma de fisioterapia de atención primaria	50
<b>6</b>	<b>Indicadores de avaliación do programa</b>			51
<b>A</b>	<b>Anexos</b>			52
<b>7</b>	<b>Referencias bibliográficas</b>			76

## Siglas, acrónimos e abreviaturas



---

**ADV**

Actividades da vida diaria

---

**AP**

Atención primaria

---

**CS**

Centro de saúde

---

**ICS**

International Continence Society

---

**EOXI**

Estrutura Organizativa de Xestión Integrada

---

**IMC**

Índice de masa corporal

---

**IU**

Incontinencia urinaria

---

**MSP**

Musculatura do solo pelviano

---

**PAMSP**

Programa de adestramento da musculatura do solo pelviano

---

**SNA**

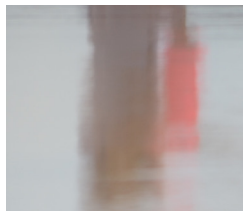
Sistema nervioso autónomo

---

**SNC**

Sistema nervioso central

# Introdución



O **solopelviano** está formado por un conxunto de estruturas (músculos, fascias, ligamentos...) que teñen un papel fundamental no mantemento da estática corporal, da dinámica da bipedestación e moi especialmente das vísceras pelvianas. Forman parte deste conxunto de estruturas o peritoneo, a fascia endopelviana, o elevador do ano, a membrana perineal e os músculos dos xenitais externos. Descríbense ata tres niveis de soporte para os órganos pelvianos e é a **fascia endopelviana** quen ten o labor fundamental, porque suspende os órganos das paredes laterais da pelve, fusiona entre si as distintas estruturas e estas cos músculos circundantes. Dentro destes músculos, o **elevador do ano** (coccíxeo, iliococcíxeo e pubococcíxeo) é o soporte básico dos órganos pelvianos. Ten dúas funcións fundamentais:

- de suxeición e/ou soporte dos órganos (vexiga, útero e recto) e o seu mantemento na posición correcta dentro da cavidade abdominal,
- de pechadura dos condutos (uretra, vaxina e ano), que evita a saída involuntaria da urina, gases ou feces ao exterior.

Cando as estruturas do solo pelviano están íntegras e saudables, manteñen as súas funcións tanto en repouso como nos esforzos. Hai certas circunstancias da vida, como o **embarazo, parto, posparto e menopausa**, onde os cambios hormonais, anatómicos e funcionais poden ocasionar sobrecarga, tensións ou traumatismos máis ou menos graves para o solo pelviano.

Son moi numerosas as mulleres que, por causas inherentes ás contingencias da vida relacionadas coa maternidade, a obesidade, o estrinximento, a tose crónica, traballos de esforzo físico (repoñedoras, mariscadoras...), práctica de deportes de impacto, uso de faixas ou avellentamento vital e tamén por falta de coidados axeitados, teñen **disfuncións ou patoloxías do solo pelviano**: incontinencia urinaria, de gases, de feces; dor pelviana por unha mala posición músculo esquelética, molestias nas relacións eróticas ou prolapsos de órganos de diverso grao.

Toda esta problemática ten grande impacto sobre a **calidade de vida das mulleres**, pode limitar a súa liberdade, o xeito de relacionarse nas súas actividades sociais e reducir a súa autoestima. Os profesionais sanitarios podemos aproveitar as consultas de rutina para reforzar estratexias que poidan axudar a previr estas disfuncións: control de peso, dieta sa, evitar estrinximento, tratamento da tose crónica, inxestión axeitada de líquidos, series de exercicios etc. É a nosa obriga esforzarnos en detectar e identificar estas disfuncións ou patoloxías, e valorar se supoñen un problema que altere a calidade de vida das mulleres que acoden á consulta. A prevención debe ser un pilar básico para evitar futuras dificultades.



## Introducción

Recentemente demostrouse a existencia dunha predisposición xenética a padecer unha disfunción do solo pelviano cun patrón de herdanza autosómica (brazo curto cromosoma 9). Diferentes estudos tamén demostraron que o adestramento da musculatura do solo pelviano durante o embarazo resulta efectivo para a prevención e o tratamento da incontinencia urinaria no posparto. Sabemos que, na fisiopatoloxía da incontinencia urinaria, a **forza da musculatura do solo pelviano** é un factor con capacidade de predicir sobre a aparición da incontinencia, polo que resulta relevante avaliar de maneira obxectiva esta musculatura para valorar o impacto dun programa específico de adestramento.

O **mecanismo fisiopatolóxico causal da incontinencia urinaria** é a perda do apoio suburetral pola hiperpresión intraabdominal mantida e continuada durante os esforzos. Os músculos, fascias e ligamentos vanse debilitando, perdendo a forma e posición anatómicas e, consecuentemente, a capacidade de soporte dos órganos e de peche dos esfínteres. Os antecedentes familiares de incontinencia urinaria, o hábito tabáquico, a idade superior a 35 anos, así como o sobrepeso previo ao embarazo (índice de masa corporal superior a 25 kg/m<sup>2</sup>), aumentan o risco de padecer incontinencia urinaria durante o embarazo e o posparto, con independencia do tipo de parto.

Existe evidencia tamén de que nas mulleres embarazadas do seu primeiro fillo o adestramento muscular do solo pelviano pode previr a incontinencia urinaria durante os últimos meses do embarazo e na etapa puerperal. Ao igual que no caso das mulleres con incontinencia urinaria puerperal persistente, existe a tendencia a recomendarlles de forma xeneralizada o adestramento da musculatura do solo pelviano durante o embarazo porque se considera un tratamento adecuado para elas.

Segundo bibliografía consultada, os resultados das sesións de adestramento son mellores cando van dirixidos especificamente a grupos de mulleres con factores de risco en lugar de ir dirixidos a todas as mulleres en xeral.

A incorporación do adestramento da musculatura do solo pelviano á práctica habitual no control e seguimento do embarazo e o posparto por parte das matronas en atención primaria é factible e proporciónalles ás mulleres unha oportunidade de beneficiarse dunha intervención que se demostrou que é efectiva en embarazadas que seguen o control habitual do embarazo no sistema público de saúde e asisten aos grupos de educación sanitaria, tanto no embarazo como no posparto. As mulleres son avaliadas de forma individual e adestradas para contraer a musculatura do solo pelviano e seguir un programa de exercicios no domicilio, sen que iso supoña ningunha visita adicional. Viuse que as mulleres que seguen este programa de forma integrada no control normal de embarazo amosan, tres meses despois do parto, unha maior forza e resistencia desta musculatura ca as mulleres que seguen un programa de educación sanitaria durante o embarazo e no posparto, pero que non realizaron un programa de adestramento da musculatura do solo pelviano.

**Traballar e acondicionar a musculatura pelviana aseguraranos unha mellor flexibilidade, elasticidade e mobilidade da zona; co que se logran músculos competentes que cumpren axeitadamente coa súa función, o que redundará nunha mellora da calidade de vida das mulleres.**



## Introducción

Unha musculatura en bo estado vai facilitar o parto e logo a recuperación puerperal. Pola contra, se está debilitada ou o seu ton non é o axeitado, poden ocorrer disfuncións e incluso patoloxías: progresión lenta no expulsivo do parto, aumento da dor, incontinencia urinaria, prolapsos, dor pelviana puerperal ou disfuncións sexuais.

Durante o parto, os músculos do solo pelviano, en especial o feixe pubococcíneo do músculo elevador do ano, son sometidos a unha importante elongación que ten como consecuencia unha redución da súa capacidade de contracción, incluso en partos vaxinais nos que non se produciron lesións no solo pelviano. Neste sentido, hai que resaltar que a forza dos músculos do solo pelviano compórtase como un factor predictor da aparición de incontinencia urinaria despois dun parto vaxinal. Polo tanto, o parto resulta ser un dos actos máis traumáticos para esta musculatura, polo que é esencial que a muller estea informada e adestrada para afrontalo axeitadamente.

Son moitas as mulleres que ocultan que padecen disfuncións do solo pelviano, sobre todo no caso da incontinencia urinaria, non debemos esquecer que a incontinencia urinaria é a disfunción máis frecuente e constitúe un problema hixiénico, social e psicolóxico para quen a padece.

Os factores determinantes da situación do solo pelviano durante o climaterio son o déficit estroxénico, de coláxeno, a atrofia, a historia obstétrica previa e os hábitos de vida. A prevención realizada en etapas anteriores terá moita importancia, pero debemos ter en conta que para moitas mulleres é nesta etapa cando abordan por primeira vez os coidados do solo pelviano, polo que se lles debe ofertar a educación sanitaria de grupo a aquelas mulleres maiores de corenta anos que acoden á consulta da matrona con sintomatoloxía climatérica ou suxestiva de debilidade ou disfunción do solo pelviano e desexan participar nun programa de adestramento da musculatura do solo pelviano de forma individual ou en grupo.

As técnicas manuais e instrumentais empregadas na reeducación funcional do solo pelviano son eficaces e eficientes no tratamento de disfuncións e patoloxías do solo pelviano. As sesións individuais ou en grupo para o acondicionamento da musculatura do solo pelviano asocíanse coa melloría da incontinencia urinaria. Debemos ter isto último en conta, xa que as sesións de grupo son un tratamento de baixo custo ao que terían acceso un maior número de mulleres.

En resumo, nas etapas da vida da muller nas que existe máis risco de producir dano sobre a musculatura pelviana, convén que estea atendida por profesionais que aborden o coidado do solo pelviano de xeito que ela tome conciencia desta parte do seu corpo e aprenda a coidalo e protexelo.

- ▶ No caso de disfuncións durante a **xestación** realizárase educación sanitaria que inclúa percepción muscular, aprendizaxe de exercicios de reeducación do solo pelviano, así como mellorar os hábitos de saúde e incorporalos ao estilo de vida cotiá, co fin de previr as distintas disfuncións do solo pelviano, sobre todo a incontinencia urinaria.
- ▶ No **posparto** incidírase, tan pronto a muller estea disposta, na realización de exercicios de adestramento dos músculos pelvianos mediante a educación sanitaria tanto individual como de grupo.

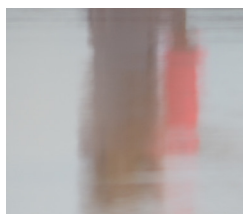


- ▶ No **climaterio** aproveitaremos cando a muller acuda á consulta para investigar se ten algunha disfunción e informala da importancia de tomar conciencia do perineo e manter a súa funcionalidade o mellor posible, así como a existencia de sesións individuais e/ou de grupo para previr estas disfuncións por se fose do seu interese acudir.

---

## Introducción

---



## 1.1 Obxectivos do programa

### Introducción

<b>Obxectivo xeral</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Unificar criterios</b> entre os/as profesionais implicados/as na atención, promoción e recuperación das disfuncións do solo pelviano feminino, que faciliten a toma de decisións en proporcionar unha atención uniforme no ámbito da atención primaria do Servizo Galego de Saúde.</li> </ul>
<b>Obxectivos específicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Poñer ao alcance</b> de matronas e fisioterapeutas do Servizo Galego de Saúde unha ferramenta que lles permita previr, detectar, identificar, valorar e tratar as dificultades e problemas relacionados coa musculatura do solo pelviano abordables no nivel de atención primaria.</li> <li>- <b>Fomentar</b> a prevención e <b>definir</b> as diferentes actuacións e a recuperación funcional no caso de disfuncións do solo pelviano nas mulleres.</li> <li>- <b>Lograr</b> que as mulleres melloren a forza, resistencia e ton da musculatura do solo pelviano, a dinámica corporal, a vascularización local, a continencia dos esfínteres e conseguir unha sexualidade satisfactoria.</li> <li>- <b>Establecer</b> criterios de derivación entre profesionais de atención primaria implicados na atención á muller con disfunción do solo pelviano.</li> </ul>



## 1.2 Poboación diana

Este programa vai dirixido a todas as mulleres, especialmente a aquelas con **factores de risco** de padecer unha disfunción do solo pelviano ou mulleres con **sintomatoloxía** compatible con patoloxía do solo pelviano e que conforman a “poboación diana” de aplicación deste programa que vai ser desenvolvido por matronas e fisioterapeutas de atención primaria.



## 1.3 Captación e acceso



### Introducción

A atención primaria é o nivel básico e inicial de atención á saúde que garante a globalidade e a continuidade da atención ao longo de toda a vida das persoas. Comprende actividades de promoción da saúde, educación sanitaria, prevención da enfermidade, asistencia sanitaria, mantemento e recuperación da saúde, así como a rehabilitación física e o traballo social.

Todas estas actividades, dirixidas ás persoas, ás familias e á comunidade, baixo un enfoque biopsicosocial, son realizadas por equipos interdisciplinares, que garanten a calidade e accesibilidade a elas, así como a continuidade entre os diferentes ámbitos de atención na prestación de servizos sanitarios e entre todos os sectores implicados.

Este documento elabórase para ser desenvolvido no ámbito da atención primaria de saúde, tanto por matronas como por fisioterapeutas; pero todas as persoas integrantes do equipo de atención primaria participarán activamente na promoción e captación de mulleres susceptibles de beneficiarse de participar nel. Os/as profesionais de hospital tamén poden derivar a atención primaria as mulleres que consideren que poden beneficiarse dun programa.

Toda muller que acode ao seu centro de saúde e que manifesta que ten un problema relacionado co solo pelviano ou aquela á que durante a anamnese se lle detectan factores de risco de padecer unha disfunción da musculatura do solo pelviano é candidata a participar neste programa de adestramento do solo pelviano.

As actividades asistenciais no ámbito de atención primaria son de carácter preventivo, de recuperación e de rehabilitación.

No caso de que os/as profesionais do centro de saúde que participan na execución deste programa non poidan absorber toda a demanda, terán en conta os seguintes **criterios de priorización** para dar preferencia a participar nos **programas de educación sanitaria** a:

- 1) Mulleres embarazadas e puérperas
- 2) Mulleres de corenta anos ou menos, con menopausa precoz
- 3) Mulleres maiores de corenta anos con sintomatoloxía de menopausa
- 4) Mulleres durante o primeiro ano con menopausa



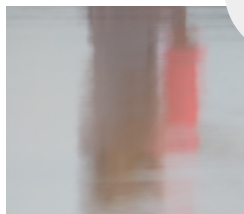
## 1.4 Metodoloxía

Atendendo á demanda de profesionais e usuarias do noso sistema sanitario público, a Subdirección Xeral de Planificación e Programación Asistencial do Servizo Galego de Saúde decidiu elaborar este programa e que fose executado por matronas e fisioterapeutas de atención primaria.

Despois de identificar as necesidades, consensuáronse os obxectivos do programa e a poboación diana que se vai beneficiar da implantación deste programa.

Para redactar este documento creouse un grupo de traballo multidisciplinar composto por profesionais do Servizo Galego de Saúde que traballan no ámbito da saúde sexual e reprodutiva da muller, expertos no tema que, tras unha revisión bibliográfica do mesmo e tendo en conta os recursos dispoñibles, definiron as actividades asistenciais e de promoción e prevención da saúde, con propostas de exercicios e técnicas que se deben realizar, así como criterios de derivación e indicadores de avaliación do programa.

Para o proceso de revisión externa do documento final elaborado polo grupo de traballo, foi remitido a todas as EOXI, a persoas expertas no tema, a asociacións de profesionais e a usuarias. As súas achegas foron estudadas e tomadas en consideración, tanto polo grupo de traballo como pola Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria concluíron coa aprobación final deste documento consensuado para que os/as profesionais implicados/as na atención á saúde da muller o poñan en práctica.



## 1.5 Sintomatoloxía relacionada co solo pelviano

### Introducción

- ▶ Dor pelviana
- ▶ Sensación de peso e/ou aguilloadas ou queimura referenciadas no baixo ventre
- ▶ **Disfunción sexual feminina** (dificultades nas relacións eróticas, dispareunia e/ou dificultade para lograr o orgasmo, falta de desexo)
- ▶ **Incontinencia urinaria** (de esforzo, de urxencia ou mixta)
- ▶ Incontinencia anal
- ▶ Prolapsos

Dor pelviana	
<p>É unha dor que se localiza dentro da pelve, de intensidade variada e de procedencia, en ocasións, descoñecida, pode ser aguda ou crónica. A dor aguda ocorre de forma súbita e severa, a crónica dura máis de tres-seis meses.</p> <p>Poden ser múltiples as <b>causas</b> que a orixinan, como irritación directa dos nervios, fibrose, presión ou inflamación intraperitoneal, contracturas musculares ou cambras de musculatura lisa ou esquelética e factores psicógenos que poden provocar ou agravar a dor.</p>	
<p>Poden ocasionar <b>dor pelviana aguda</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Cicatrices (de menos de tres meses de evolución).</li> <li>▶ Traumatismo na zona pelviana con afectación músculo esquelética.</li> <li>▶ Patoloxía osteoarticular en fase aguda tales como pubalxias ou coccigodinias.</li> </ul>
<p><b>A dor pelviana crónica</b> pode ser un síntoma de patoloxías como:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Endometriose.</li> <li>▶ Adherencias nos órganos pelvianos.</li> <li>▶ Cicatrices tanto na cavidade pelviana como no perineo.</li> <li>▶ Hipertón nos músculos do solo pelviano.</li> <li>▶ Compresión ou afectación radicular.</li> <li>▶ Outro exemplo serían as <b>síndromes dolorosas de vulva e vaxina</b> (sen signos de infección), <b>síndromes dolorosas do tracto urinario</b> (sen signos de infección) ou a <b>síndrome miofascial</b>.</li> </ul>



## Introducción

### 1.5

**Sintomatoloxía**  
relacionada co solo  
pelviano



## Síndrome miofascial

Consiste nun trastorno doloroso rexional que **afecta as fascias e os músculos**, e que non segue un esquema tradicional de dor coma as dores musculares ou articulares de orixe traumática ou por sobreuso senón que, ao estar afectado de maneira importante o tecido conectivo ou fascia, implica en maior medida os receptores intersticiais do sistema extralemniscal, xa que o 70 % deles se localiza na fascia. Isto é de vital importancia para entender as características particulares desta síndrome que escapan á comprensión se pensamos coa lóxica doutras dores que estamos máis afeitos a ver, tales como as referidas a contusións, fracturas, escordaduras, sobrecargas musculares etc.

O sistema miofascial forma parte do noso sistema somatosensorial e permítenos coñecer os nosos propios límites e a situación do corpo no espazo, detectar agresións, coñecer formas e captar vibracións. Este sistema somatosensorial transmite presión, temperatura, propiocepción e/ou cinestesia. Os diferentes receptores que se distribúen en tecidos cutáneos e subcutáneos, articulacións, tendóns e fascia captan e transducen a información utilizando fascículos nerviosos que se dividen funcionalmente en dous sistemas:

### Sistema lemniscal

(fascículo anterolateral e neoespiñotalámico)

É responsable da sensibilidade epicrítica (información analítica e cuantitativa) que se transmite por **vías nerviosas de condución rápida**, e ao que pertencen os receptores tales como **corpúsculos de Paccini**, **órganos de Golgi**, **corpúsculos de Ruffini**...

### Sistema extralemniscal

É o responsable da sensibilidade protopática e é un sistema cualitativo e plástico, un sistema de alarma que ten a función de protexer o corpo. E é aquí onde podemos empezar a comprender as características particulares desta síndrome de dor miofascial.

As **vías nerviosas** que conducen este tipo de información son de **condución lenta** e impactan en estruturas inespecíficas do sistema nervioso central, comunicando o imput sensitivo a outras estruturas neurais, coma o sistema límbico e outras áreas do procesamento emocional. Do mesmo xeito, a súa conexión hipotalámica modifica o ton do sistema nervioso autónomo (SNA) con repercusións funcionais amplas, facilitando reflexos somatoviscerais.

Os receptores intersticiais son os máis abundantes dentro da rede miofascial e serían os responsables de transmitir información a través deste sistema extralemniscal. Son terminacións nerviosas libres do propio sistema extralemniscal, onde o 10 % son terminacións de aferentes primarias debilmente mielinizadas (fibras tipo III) e o 90 % terminacións de fibras C amielínicas. A dor, termopercepción e a propiocepción transmítense por este sistema.

Unha característica importante destes receptores é que presentan comportamento polimodal: poden funcionar coma **mecanorreceptores** e tamén coma **nociceptores**. En condicións de tecido san son mecanorreceptores, pero se están sometidos a un exceso de presión mantida durante tempo ou sometidos a substancias químicas que median a dor e/ou a inflamación (prostaglandinas, bradicinina), convértense en nociceptores e transmiten sensacións de dor ao SNC.



## Introducción

## 1.5

### Sintomatoloxía

relacionada co solo pelviano



## Síndrome miofascial

Tendo todo isto en conta, cando nos atopamos con calquera tipo de agresión mecánica nas estruturas do solo pelviano (episiotomías, esgazaduras, expulsivos prolongados, alteracións biomecánicas prolongadas, intervencións cirúrxicas etc. que provoquen afectación do tecido conectivo), terá como consecuencia a afectación dos receptores intersticiais que empezarán a informar como nociceptores.

Isto condicionará a resposta do SNA, que implicará ao músculo ou músculos dos que forma parte deste tecido conectivo afectado, provocando unha alteración no ton muscular e atopándose entón uns **puntos gatillo** ou *trigger points* como compoñentes asociados, que pasan a ser a marca referencial desta síndrome. Aparecen como forma de protexerse do estímulo nocivo (cicatriz, traumatismo, dor...) pero, a longo prazo, se a afectación na fascia se perpetúa no tempo, provocarán máis dor (xa que se van recrutando máis receptores intersticiais que condicionan a aparición de novos puntos gatillo) e máis debilidade deses músculos que serán facilmente fatigables e estarán acurtados e coa súa forza máxima de contracción diminuída.

Todo isto orixina que, os grupos musculares circundantes, tamén se contraian en resposta aos cambios producidos na zona afectada e se desenvolvan novos puntos gatillo neses grupos musculares, co que empeora a dor miofascial.

Estes puntos gatillo teñen varios trazos comúns:

- ▶ Están presentes un ou máis.
- ▶ Localízanse nunha estreita banda dos músculos.
- ▶ Causan dor local que se reflicte en zonas distantes.
- ▶ A dor pode aparecer á presión ou en ausencia de estímulo.
- ▶ Cando se preme o punto, aparece unha contracción (tic) ou aviso local. O patrón de dor referido vai ser específico e propio para cada músculo e os músculos veciños ao afectado tamén se encontran tensos á palpación.

A muller con dor pelviana crónica adoita ser derivada a uroloxía ou a xinecoloxía que non lle atopan nada, e finalmente derivana a psicoloxía debido aos cambios de conduta e emocionais que a dor lle produce.

Pode manifestar unha dor esaxerada e pode parecer que non ten unha base fisiolóxica ou anatómica; pero, como vemos, é importante dar crédito e conceder importancia ao que a paciente comenta para poder proporcionarlle alivio para a súa dor.



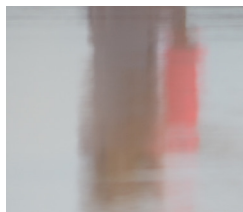
## Introducción

## 1.5

Sintomatoloxía relacionada co solo pelviano



<b>Disfunción sexual feminina.</b> Dispareunia e dificultade para alcanzar o orgasmo	
<b>Dispareunia</b>	<p><b>É unha dor ocasionada polas relacións coitais. Pode suceder durante ou despois do coito.</b></p> <p>Pode ocorrer por lubricación vaxinal insuficiente, lesións, traumas ou irritacións, inflamación, infección ou enfermidade da pel, vaxinismo, algunhas enfermidades do aparello xenitourinario ou rectal, cirurxías ou tratamentos médicos como a radioterapia. Tamén pode ter unha causa psíquica e emocional.</p>
	<p>En función de como <b>afecta a dor ás relacións coitais</b> podemos falar de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b>Grao I</b> ▶ Provoca dor, pero non impide a relación.</li> <li>▶ <b>Grao II</b> ▶ Ás veces impide a relación.</li> <li>▶ <b>Grao III</b> ▶ Impide a relación.</li> </ul>
<b>Dificultade para alcanzar o orgasmo</b>	<p><b>É a dificultade para ter un orgasmo na resposta sexual humana.</b></p> <p>As causas poden ser múltiples, desde unha educación sexual condicionada por crenzas, tabús, mitos... ata sequidade vaxinal, enfermidades, tratamentos, situacións de tensión na relación de parella...</p>
<p><b>Para o tratamento</b> de ambas as dificultades sexuais é necesaria unha intervención en parella por parte dun profesional especializado en terapia sexual. Ter dificultade para lograr un orgasmo non implica necesariamente que teña algunha alteración do solo pelviano.</p>	



## Introducción

### 1.5

#### Sintomatoloxía

relacionada co solo pelviano



## Incontinencia urinaria

**Segundo a definición recente da International Continence Society (ICS), a incontinencia urinaria é simplemente a manifestación por parte da paciente dun escape de urina.**

De acordo co Subcomité de Estandarización da ICS, “en cada circunstancia concreta, a incontinencia urinaria debería ser descrita especificando os factores relevantes como o tipo, frecuencia, severidade, factores desencadeantes, impacto social, efecto sobre a hixiene e calidade de vida, medidas utilizadas para as perdas, e se a muller desexa ou non axuda para a súa incontinencia urinaria”.

Dentro da patoloxía ocasionada pola debilitación do solo pelviano, a incontinencia urinaria é a máis frecuente. Descoñécese a súa incidencia real debido a que moitas mulleres a ocultan porque lles dá vergoña ou pola crenza de que “é normal” (tras os partos ou pola idade); o caso é que non solicitan axuda profesional. A incontinencia urinaria constitúe un problema hixiénico, social e psicolóxico para quen o padece.

#### Clasificación da incontinencia urinaria

1

Incontinencia urinaria de **esfuerzo**

Perda involuntaria de urina que coincide co aumento da presión abdominal, desencadeada polo esforzo físico.

2

Incontinencia urinaria de **urxencia**

Perda involuntaria de urina asociada cun forte desexo de orixinar (urxencia). Clinicamente adoita acompañarse de aumento da frecuencia diúrna e nocturna.

3

Incontinencia urinaria **mixta**

Asociación de síntomas de perda involuntaria de urina cos esforzos e síntomas de vexiga hiperactiva.

4

**Outros tipos**

Anomalías conxénitas, fístulas, incontinencia por rebordamento, obstrucións uretrais e disfuncións neuróxicas.



## Introducción

## 1.5

Sintomatoloxía relacionada co solo pelviano



## Diagnóstico diferencial de incontinencia urinaria

### 1 Incontinencia urinaria de esforzo

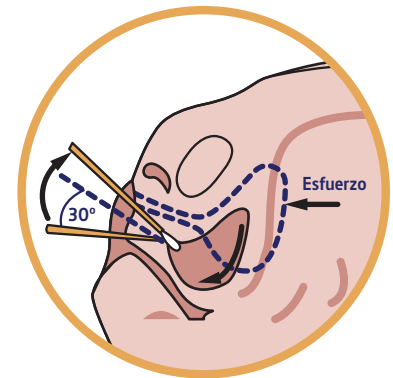
No complexo muscular do solo pelviano existen uns feixes musculares que, ao contraerse, comprimen e pechan a luz uretral. Por este motivo, a disfunción do solo pelviano poderá producir incontinencia urinaria de esforzo ao fallar os soportes que estabilizan e pechan a uretra durante os esforzos, poderá asociarse a prolapso máis ou menos severo dos órganos veciños e ata pode quedar a incontinencia urinaria de esforzo enmascarada se existe un cistocele que acode a uretra.

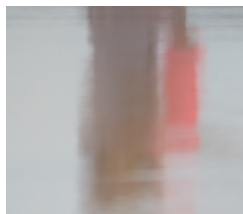
**Unha das causas** máis comúns que lesionan o solo pelviano son os traumatismos obstétricos, roturas musculares e fasciais, así como a indución de lesións neurais por compresión de ramas do pudendo e aparición de denervacións parciais.

**Outros factores** son as sobrecargas continuadas, como as producidas pola obesidade, a tose crónica, o estrinximento crónico e os esforzos físicos laborais ou deportivos.

**Para recoñecela**, debemos comprobar a saída de urina pola uretra concomitante cos esforzos, xunto co desprazamento da uretra cara abaixo. Este desprazamento uretral pódese apreciar facilmente a simple vista. Se se quere apreciar mellor, pódese introducir un bastonciño estéril na uretra. O extremo externo que sobresa ascenderá durante os esforzos, chegando a un ángulo coa horizontal maior de 30 °, coa muller en decúbito supino. Esta proba chámase test do hisopo ou *Q-tip* test na literatura anglosaxona (fig. 1).

Figura 1. Test do hisopo





## Introducción

### 1.5

#### Sintomatoloxía

relacionada co solo pelviano



## Diagnóstico diferencial de incontinencia urinaria

### 2

#### Incontinencia urinaria de urxencia

A International Continence Society (ICS) defínea como a perda involuntaria de urina acompañada ou inmediatamente precedida de urxencia miccional. Polo tanto, é a perda involuntaria de urina asociada a un forte desexo de orixinar.

Clinicamente adoita acompañarse de **síntomas** irritativos vesicais, como polaquiuria diúrna ou nocturna, dor á distensión vesical, micción imperiosa, incapacidade de interromper a micción unha vez iniciada e, con frecuencia, enuresis nocturna.

► **O seu diagnóstico** urodinámico é moi importante, xa que só coa reparación cirúrxica poida que non se consiga a súa curación e que se requiran posteriores tratamentos farmacolóxicos.

► **O tratamento farmacolóxico** de elección na incontinencia urinaria de urxencia é a terapia anticolinérxica. Actualmente, existen comercializados e financiados polo SNS cinco medicamentos antimuscarínicos (oxibutinina, cloruro de trospio, tolterodina, solifenacina e fesoterodina) indicados no tratamento sintomático da incontinencia de urxencia e/ou aumento da frecuencia urinaria e a urxencia asociados á síndrome de vexiga hiperactiva. Estes fármacos compórtanse como antagonistas competitivos de receptores muscarínicos, de forma que as contraccións involuntarias do músculo detrusor son deprimidas.

A acción pode tardar en manifestarse ata doce semanas, aínda que nalgúns casos pode verse ao cabo dunha semana de iniciar o tratamento, polo tanto, é aconsellable non avaliar a resposta ata pasadas catro semanas. Despois deste período, se os síntomas non melloraron e os efectos adversos non son un problema, poderíase aumentar a dose. Os pacientes que experimenten unha discreta mellora cun destes fármacos poden obter beneficios relevantes cando se cambia a outro medicamento da mesma clase. O uso secuencial destes dous tipos de medicamentos (iníciase con alfabloqueante e, se continúan os síntomas irritativos, engádese o anticolinérxico) parece ser o enfoque máis axeitado.

### 3

#### Incontinencia urinaria mixta

A ICS defínea como a percepción de perda involuntaria de urina asociada tanto á urxencia como ao esforzo.

► **O seu diagnóstico** urodinámico tamén é moi importante porque, ao igual que na incontinencia urinaria de urxencia, só coa reparación cirúrxica pode que non se consiga a súa curación e que se requiran posteriores tratamentos farmacolóxicos.



## Introducción

## 1.5

### Sintomatoloxía

relacionada co solo pelviano



## Diagnóstico diferencial de incontinencia urinaria

### 4 Outros tipos

de incontinencia urinaria

- ▶ **A incontinencia urinaria neuróxena é a perda involuntaria de urina debida á actividade reflexa anormal da medula espiñal con ausencia da sensación usualmente asociada do desexo de orinar.** Cursa con evidencia de lesión neurolóxica, incontinencia inconsciente e baleirado vesical incompleto. Urodinamicamente maniféstase por hiperactividade do detrusor e da uretra, con relaxación involuntaria da uretra. É sempre causada por lesión medular e cae fóra do ámbito deste programa.
- ▶ **A incontinencia urinaria por rebordamento é a perda involuntaria de urina asociada á sobredistensión da vexiga en ausencia de actividade do detrusor e de esforzo físico.** Segundo a súa causa, pode ser obstrutiva ou neurolóxica.

### Incontinencia anal

**Consiste na perda do control de contención de gases ou evacuacións líquidas ou sólidas, producindo un gran malestar e sufrimento que, na maioría dos casos, se oculta por vergoña.**

**Para a valoración** da severidade da incontinencia anal terase en conta a **escala de Wexner**. A puntuación obtida pola suma das diferentes cuestións oscila entre 0 puntos (situación de normalidade) ata 20 puntos (incontinencia fecal completa). Véxase o [anexo V](#)

### Prolapsos: cistocele, histerocele, rectocele

**O prolapso xenital é o descenso, caída e/ou procidencia dunha parte da vaxina ou víscera (vexiga, útero, recto) polo introito vaxinal e/ou anal.** A paciente identifícao como unha sensación de peso nos xenitais e/ou aumento de volume que se evidencia ante os esforzos. Indica a presenza dunha lesión anatómica e funcional, produto de fallas na estrutura anatómica (fascias, ligamentos, músculo), as mesmas que poden estar asociadas a incompetencia esfinteriana (uretra, ano), alteracións funcionais neuromusculares e patoloxía asociada. Certo grao de descenso e relaxación da parede vaxinal é considerado como normal na gran maioría das mulleres, pola ausencia de dor. A frecuencia do prolapso xenital severo (3-4) é do 3 % na poboación xeral, e é probable que arredor do 3-6 % da poboación feminina o sufra nalgún momento da súa vida.

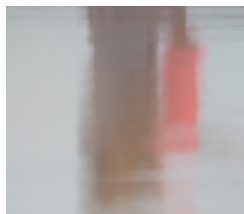
Existen varias **clasificacións de prolapsos**, entre elas a do Colexio Americano de Xinecólogos Obstetras é moi coñecida e divide a lesión anatómica en cinco graos

véxase o [anexo II](#)

- ▶ **Grao 0** ▶ Sen descenso
- ▶ **Grao 1** ▶ Descenso do punto de referencia da lesión anatómica, entre a posición normal e a espiña isquiática
- ▶ **Grao 2** ▶ O punto de referencia está entre a espiña isquiática e o hime
- ▶ **Grao 3** ▶ O descenso chega ata o hime
- ▶ **Grao 4** ▶ O descenso vai mais alá do hime



## 1.6 Situacións que predispoñen a padecer disfunción da musculatura do solo pelviano

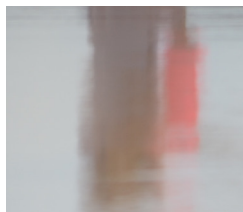


### Introducción

- Idade superior a 35 anos
- Sobrepeso e obesidade previos ao embarazo
- Embarazo
- Parto vaxinal
- Puerperio
- Climaterio e menopausa
- Antecedentes familiares de incontinencia urinaria
- Deportes de impacto e/ou traballos con aumento da presión intraabdominal
- Tabaquismo



## 2.1 Anamnese



Actividades asistenciais que realizará



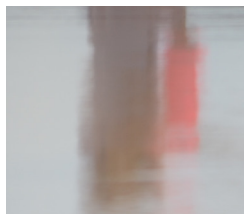
**a matrona**

do centro de saúde

Anamnese	
<p>O coñecemento da historia clínica da muller debe ser o primeiro paso para a orientación básica, detección de factores de risco, disfuncións, derivación a outro profesional se precisa e/ou oferta da posibilidade de asistir a sesións de grupo de educación sanitaria específicas que poidan ser beneficiosas para a muller.</p>	
<p>Debemos <b>actualizar</b> datos da historia clínica e <b>rexistrar</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O motivo da consulta.</li> <li>• Sintomatoloxía.</li> </ul>
<p><b>Actualizar</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antecedentes médicos familiares e persoais (tratamentos farmacolóxicos e cirúrxicos).</li> <li>• Antecedentes xinecolóxicos e obstétricos.</li> <li>• Saúde sexual e función intestinal.</li> <li>• Profesión.</li> <li>• Actividades deportivas que realiza.</li> <li>• Se ten factores de risco de padecer unha disfunción da musculatura do solo pelviano (xestación, multiparidade, trauma perineal, obesidade, estrinximento crónico, tose crónica, rinite alérxica, actividade asidua a ximnasio, adestramento para competición).</li> <li>• Alteracións do eixe da columna vertebral.</li> <li>• Infeccións de urina repetidas.</li> <li>• Dor pelviana.</li> <li>• Incontinencia de urina (tipo, características, frecuencia urinaria, disuria).</li> <li>• Incontinencia de gases e/ou fecal.</li> <li>• Diastase abdominal.</li> </ul> <p>véxase o <b>anexo IX</b></p>
<p><b>Calcular IMC</b> para valorar sobrepeso e obesidade</p>	<p><b>IMC</b> = Peso (kg)/estatura<sup>2</sup> (m)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Se <b>IMC &lt; 18,5</b> ▶ <b>Baixo peso</b></li> <li>▶ Se <b>IMC 18,5-25</b> ▶ <b>Normopeso</b></li> <li>▶ Se <b>IMC 25-30</b> ▶ <b>Sobrepeso</b></li> <li>▶ Se <b>IMC &gt; 30</b> ▶ <b>Obesidade</b></li> </ul>
<p><b>É importante</b> saber como e cando apareceron os signos (saída de órganos por vaxina, xenitorraxia etc.), síntomas (urinarios, incontinencia, dor, disfunción sexual, sensación de peso etc.), así como a repercusión destes na súa actividade laboral, familiar, social e se afecta a súa calidade de vida.</p>	



## 2.1 Anamnese



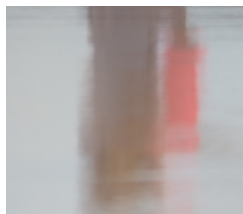
Actividades asistenciais que realizará **a matrona** do centro de saúde



Anamnese	
<p>No caso de que a muller manifeste que <b>ten dor pelviana</b> debemos preguntar</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b>Cando e onde ocorre a dor? Canto dura?</b> Hai algún mecanismo que a puxo de manifesto: traumatismo físico, emocional, intervención cirúrxica, menopausa?</li> <li>▶ <b>Como é a dor?</b> Aguda, crónica, xorda, punzante, urente, superficial, profunda, coma unha cambra..., se vai en aumento ou é constante.</li> <li>▶ <b>En que zona se manifesta a dor?</b> Actualmente, onde lle doe? Co paso do tempo, resulta habitual que a dor se manifeste nunha zona algo diferente á inicial. Isto pode orientarnos sobre a estrutura que produce a dor e así non quedar só no síntoma e poder ser máis eficaces na aplicación do tratamento.</li> <li>▶ <b>En que circunstancias aparece actualmente a dor?</b> A dor está relacionada co ciclo menstrual, coa micción, coas relacións coitais, estrés, bipedestación, sedestación, prodúcese durante a marcha, durante o descanso nocturno...? Isto vainos axudar a determinar a orixe da dor, se é de tipo hormonal, emocional, inflamatoria, mecánica, visceral...</li> <li>▶ <b>Hai algo que a alivia?</b> Alivia co repouso, movemento, calor, frío ou algunha medicación?</li> </ul> <p><b>O diagnóstico</b> require unha exploración exhaustiva e pode que precise da participación de varios profesionais e probas complementarias.</p>
<p>No caso de que a muller manifeste que <b>padece incontinencia urinaria</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b>Investigar</b> a natureza e duración da incontinencia, tratamentos previos (farmacoloxicos, cirúrxicos ou ningún), mobilidade da paciente e factores ambientais, estado mental e comorbilidade, medicacións concomitantes e función sexual e intestinal.</li> <li>▶ <b>Cumprimentación</b> do diario miccional para documentar a frecuencia miccional, o volume de urina, a cantidade de líquido ingerido pola paciente, o número de episodios de incontinencia e as compresas utilizadas.</li> <li>▶ <b>Valorar</b> o grao de severidade da incontinencia urinaria mediante a escala de Sandvik.</li> <li>▶ <b>Valorar</b> o impacto da incontinencia sobre a calidade de vida da muller mediante o uso de cuestionarios autocubribles de calidade de vida para ver se interfere nas actividades da súa vida diaria (ADV): ISIQ-SF, CACV etc.</li> <li>▶ <b>Descartar</b> unha patoloxía asociada que aumente a diurese, como pode ser unha diabetes mellitus descompensada ou unha infección de urina (valorar a necesidade de realizar unha analítica de urina para ver hematuria, glicosuria, bacteriuria...). Unha infección urinaria produce sintomatoloxía miccional, incluída incontinencia por urxencia. O cultivo de urina realizarase só nos casos de sedimento patolóxico.</li> </ul>



## 2.2 Exploración clínica



Actividades asistenciais que realizará **a matrona** do centro de saúde



### Exploración Visual

- ▶ **Xenitais externos:** estado da pel, trofismo e apertura vulvar, existencia de malformacións, fisuras ou cicatrices.
- ▶ **Cavidade vaxinal** na busca de esgazaduras, cicatrices, prolapsos, dor, retracción, adherencias... No caso de **prolapsos**, hai que determinar que é o que descende (órgano e grao de descenso), que acompaña o prolapso (disfunción esfinteriana, desgarrado perineal, elongación colo etc.) e que o complica (patoloxía asociada, tumores etc.).

### Exploración funcional

É importante realizar a valoración da forza, resistencia muscular, ton ou inversión de mandato, de cara a tomar unha decisión axeitada adaptada á situación de cada muller.

**O estudo da función motora** do solo pelviano vai encamiñado fundamentalmente á exploración do ton do músculo elevador do ano e, máis concretamente, do músculo pubococcíxeo, que é o primeiro fascículo do elevador que atopamos ao explorar a paciente por vía vaxinal.

- ▶ Mediante un **tacto vaxinal** que se realiza introducindo con coidado os dedos medios e índice na vaxina, sepáranse 3 centímetros cunha lixeira flexión e presión sobre os músculos, indícaselle á paciente que contraia a vaxina co fin de valorar a tensión muscular.
- ▶ O resultado puntúase segundo a *escala de Oxford modificada*, de forma que pode haber hipotón, normotón ou hipertón.

Esta exploración pódese facer tamén cun perinómetro.

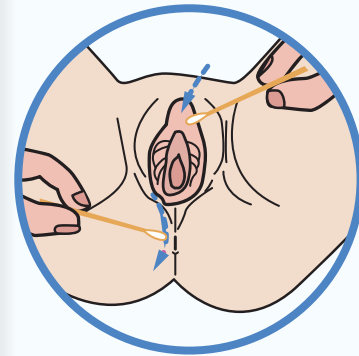
Tanto se se realiza de maneira manual como mediante a utilización dun perinómetro, **esta exploración permite valorar o estado inicial da musculatura do solo pelviano antes de realizar un programa de adestramento da musculatura do solo pelviano, así como supervisar se a muller realiza os exercicios correctamente ou se precisa de instrución individualizada, tamén vai permitir facer un seguimento da evolución tras unha intervención preventiva, de recuperación ou rehabilitación.**

**Valoración do ton anal e o control esfinteriano da musculatura perianal** vainos asegurar a integridade do arco reflexo sacro. Mediante tacto rectal avaliamos a resistencia á penetración do dedo índice e a contracción voluntaria sobre este.

Valoración dos reflexos medulares sacros para valorar a integridade das estruturas neuromusculares dos segmentos sacros S 2-4. A estimulación dos exteroceptores, induce contracción muscular reflexa bilateral no territorio dependente da mesma área segmentaria (figura 2). Son dous:

- ▶ **a ▶ reflexo bulbocavernoso** ▶ realízase estimulando bilateralmente a área paraclitorídea e observando a contracción involuntaria do ano.
- ▶ **b ▶ reflexo anal** ▶ avalíase, estimulando a pel perianal en dirección semicircular da forquita vulvar ao ano e observando a contracción do esfínter anal.

**Figura 2.** Exploración dos reflexos bulbocavernoso e anal

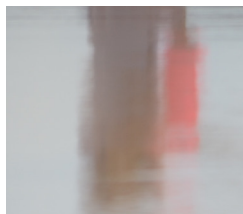


**Se a muller é puérpera**, exploraremos tamén a **musculatura abdominal** na busca de presenza de diastase dos rectos abdominais que contraindican a realización dalgúns exercicios de recuperación da musculatura do solo pelviano no posparto.

Ao rematar a exploración, rexistrárase na historia clínica todos os achados e sintomatoloxía clínica manifestada pola paciente.



## 2.3 Actividades preventivas e cuidados



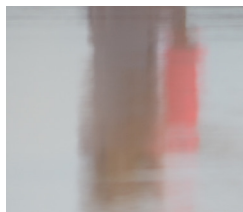
Actividades asistenciais que realizará **a matrona** do centro de saúde



<p><b>1</b> Actividades <b>ASISTENCIAIS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Atención ás demandas por parte das mulleres sobre educación afectivo-sexual, anticoncepción, problemas relacionados coa saúde sexual, atención preconcepcional, embarazo, puerperio, menopausa...</li> <li>▶ Toma de TA, peso, talle, cálculo de IMC, solicitude de estudos e probas complementarias e de interconsultas con outros especialistas.</li> <li>▶ Valoración funcional do perineo.</li> <li>▶ Colocación e extracción do pesario. A matrona participa no seguimento das mulleres usuarias de pesario con prolapsos derivadas por xinecoloxía para seguimento en atención primaria segundo as indicacións do médico especialista.</li> <li>▶ Tomas citolóxicas segundo programa de cribado de cancro de cérvix.</li> <li>▶ Educación sanitaria individual e segundo as súas necesidades.</li> </ul>	
<p><b>2</b> Actividades <b>PREVENTIVAS</b></p>	<p><b>A</b> <b>Na consulta</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b>Intervención condutual:</b> para lograr unha modificación daqueles hábitos nocivos para a boa funcionalidade do solo pelviano e intervir sobre eles (véxase o anexo XII, estabilización e alineación da columna vertebral).</li> <li>▶ <b>Sesións individuais</b> de adestramento de contracción da musculatura do solo pelviano.</li> </ul>
	<p><b>B</b> <b>Programa de adestramento da musculatura do solo pelviano</b> que realizará a muller no seu domicilio</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ No caso de que a muller decida non participar na actividade de grupo e realizar un programa de adestramento da musculatura do solo pelviano no seu domicilio:  Proporáselle realizar 2-3 sesións individuais de adestramento no centro de saúde nas que aprenderá a realización dos exercicios (1-2 exercicios en cada unha das sesións de adestramento individual) e, ao cabo de seis semanas de adestramento, faráselle unha valoración da musculatura do solo pelviano.</li> </ul>
	<p><b>C</b> <b>Programas de educación sanitaria</b> que inclúen, entre outros, exercicios de adestramento da musculatura do solo pelviano</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ I Programa de educación sanitaria de grupo <b>prenatal</b></li> <li>▶ II Programa de educación sanitaria de grupo <b>posnatal</b></li> <li>▶ III Programa de educación sanitaria de grupo <b>durante o climaterio</b></li> </ul>



## 2.4 Criterios de derivación da matrona a outros especialistas



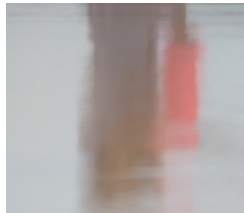
Actividades asistenciais que realizará **a matrona** do centro de saúde



<p><b>1</b></p> <p>Derivación a <b>Atención de fisioterapia do centro de saúde</b> no caso de</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Cicatrices con adherencias menos de 3-6 meses de evolución e traumatismos músculo esqueléticos na zona pelviana, así como dores osteoarticulares en fase aguda (sacroileítis, coccigodínias, pubalxias...) que repercutan no solo pelviano.</li> <li>▶ Síndrome miofascial, alxias menstruais de orixe mecánico, cicatrices fibrosadas de máis de seis meses de evolución, adherencias, hipertón, compresión e afectación radicular, dispareunia que non sexa de orixe psicossomático.</li> </ul>
<p><b>2</b></p> <p>Derivarase a <b>Terapia sexual</b> no caso de</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b>Dificultade para lograr o orgasmo.</b></li> <li>▶ <b>Dificultades para o coito.</b></li> </ul>
<p><b>3</b></p> <p>Derivaremos ao <b>Servizo de xinecoloxía do hospital de referencia</b> neste caso, derivaremos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b>Incontinencia anal grao moderada-grave.</b></li> <li>▶ <b>Incontinencia urinaria moderada ou grave.</b></li> </ul> <p>Neste caso, derivaremos ao servizo de <b>xinecoloxía do hospital de referencia</b>, aínda que lle ofertaremos á muller a posibilidade de acudir ao <b>centro de saúde</b> para promover <b>cambios de estilo de vida</b> (adelgazar no caso de sobrepeso, medidas preventivas no caso de traballos ou esforzos repetidos que aumentan a presión sobre o perineo, corrixir estrinximento etc.).</p> <p>Tamén podemos ofertarlle a posibilidade de participar nun <b>programa de adestramento da musculatura do solo pelviano</b> se consideramos que lle pode resultar beneficioso.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b>Existencia de prolapso de grao 3 ou superior.</b> (segundo a clasificación de W. F. Baden e T. Walker, véxase o <b>anexo 2</b>).</li> </ul>



## Programas de educación sanitaria de grupo en saúde sexual e reprodutiva realizados pola matrona de atención primaria



O anexo II do Real decreto 1030/2006, do 15 de setembro, que establece a “carteira de servizos comúns do Sistema Nacional de Saúde e o procedemento para a súa actualización”, recolle a Carteira de servizos comúns de atención primaria.

O punto 6 deste anexo II fai unha desagregación das atencións e servizos específicos relativos á muller, á infancia, á adolescencia, aos adultos, á terceira idade, aos grupos de risco e aos enfermos crónicos no ámbito de atención primaria, e no apartado 3 recóllense, entre outros, os seguintes **servizos de atención á muller que a carteira de servizos comúns de atención primaria debe ofertar:**

- ▶ Atención ao embarazo e puerperio, que inclúe, entre outras actividades, a **educación maternal**, incluíndo o **fomento da lactación materna**, a **prevención da incontinencia urinaria** e a **preparación ao parto**.
- ▶ Prevención, detección e atención aos **problemas da muller no climaterio**.

Os **programas de educación sanitaria** ofertados por matronas de atención primaria que inclúen exercicios ou programas de adestramento da musculatura do solo pelviano son basicamente estes tres:



Programa de educación sanitaria de grupo **prenatal**

Programa de educación sanitaria de grupo **posnatal ou de recuperación posparto**

Programa de educación sanitaria de grupo **durante o climaterio**



Programas de educación sanitaria de grupo en saúde sexual e reprodutiva realizados pola **matrona de atención primaria**



Estes programas de educación sanitaria de grupo son realizados por enfermeiras especialistas en xinecoloxía e obstetricia/matronas de atención primaria, referentes sanitarios para a promoción da saúde sexual e reprodutiva das mulleres a este nivel asistencial.

No desenvolvemento destes programas de educación sanitaria de grupo, a matrona, de forma puntual, adoita contar coa colaboración doutros profesionais do equipo de AP ou de atención hospitalaria.

A educación sanitaria de grupo promove a saúde, mellora a autoestima e favorece a creación de redes sociais, o que favorece o benestar físico, psicolóxico e emocional da muller. “A experiencia das mulleres no grupo é tan importante coma o contido que se está manexando. A través da experiencia no grupo, as mulleres poden adquirir unha forma diferente de pensar, sentirse e valorarse, de modo que lles axude a cambiar distintos aspectos da súa vida”.

Antes de acudir ao programa de educación sanitaria de grupo para realizar o adestramento da musculatura do solo pelviano, é recomendable realizar unha valoración previa da musculatura do solo pelviano e realizar polo menos dúas sesións de adestramento individual na consulta.

Ao rematar un programa de adestramento da musculatura do solo pelviano, realizarase outra valoración da forza, o ton e a resistencia da musculatura do solo pelviano para ver a súa eficacia.

Tanto no caso de mulleres que estean participando nos grupos de educación sanitaria de grupo durante o posparto como no climaterio, realizarase unha valoración aos tres e doce meses para comprobar a melloría ou remisión da sintomatoloxía ou valorar a necesidade de derivalas a outros profesionais para que valoren a situación e outras opcións terapéuticas.

Dentro da estrutura dos **programas de educación sanitaria de grupo prenatal e posnatal** (coñecidos tamén como cursos de educación maternal ou de preparación ao parto e de recuperación posparto) e **climaterio**, inclúense sesións teóricas para adquisición de coñecementos, entre eles, coñecementos específicos sobre anatomía e funcionalidade da musculatura de solo pelviano e durante as sesións prácticas inclúense exercicios para unha toma de consciencia do perineo, así como aprender a realizar adecuadamente os exercicios de adestramento da musculatura do solo pelviano.

A asociación de exercicios de contracción da musculatura do solo pelviano, xunto cun aumento dos niveis de actividade física axeitada, pode mellorar o estado físico en xeral, o que tería un efecto positivo na prevención da incontinencia urinaria de esforzo.

Recoméndase tamén un adestramento muscular abdominal adicional para optimizar a forza da musculatura do solo pelviano, sempre e cando non haxa un aumento da presión intraabdominal que repercuta no aumento da presión sobre o perineo.



Programas de educación sanitaria de grupo en saúde sexual e reprodutiva realizados pola **matrona de atención primaria**



Para **aumentar a adherencia** ao programa, recoméndase a combinación de:

- ▶ **Adestramento muscular individual** (dúas sesións na consulta)
- ▶ **Sesións de grupo** (1 vez por semana)
- ▶ Practicar con **regularidade**
- ▶ Incorporar **ferramentas que retroalimenten** á muller sobre a efectividade da contracción



**Todo isto contribuirá a aumentar a súa eficacia.**

Á hora de organizar un programa de adestramento da musculatura do solo pelviano debemos ser realistas e facer que sexa de fácil incorporación á vida diaria da muller, para mellorar a adherencia a este e lograr que sexa eficaz.

Cando se fai o seguimento dun programa de adestramento da musculatura do solo pelviano, ademais dos exercicios de adestramento pautados non hai que esquecer potenciar **comportamentos preventivos** que protexan a musculatura dos efectos nocivos do aumento de presión sobre o solo pelviano e que van mellorar a calidade de vida da muller.

### Obxectivos das sesións

#### de educación sanitaria de grupo relacionados co solo pelviano

- 1 ▶ **Favorecer** o benestar físico, psíquico e a autoestima.
- 2 ▶ **Promover** actitudes positivas e hábitos de vida saudables.
- 3 ▶ **Aprender** a realizar unha respiración axeitada
- 4 ▶ **Adquirir** habilidades para mellorar a flexibilidade e elasticidade músculo esquelética, así como a regulación do ton da musculatura da pelve e o raque
- 5 ▶ **Mellorar** a estática corporal e realizar as actividades diarias con protección do solo pelviano.
- 6 ▶ **Afondar** no autoconecemento do corpo en xeral e do solo pelviano en particular.
- 7 ▶ **Previr/Diminuír** cambras, estrinximento.
- 8 ▶ **Mellorar** o retorno venoso para previr/aliviar: edemas, varices, flebite.
- 9 ▶ **Aprender** a realizar os exercicios de adestramento da musculatura do solo pelviano e incorporalos á vida diaria.
- 10 ▶ **Facilitar** o parto, no caso de mulleres embarazadas.
- 11 ▶ **Previr** prolapsos, incontinencias e disfuncións sexuais.



Programas de educación sanitaria de grupo en saúde sexual e reprodutiva realizados pola **matrona de atención primaria**



### Metodoloxía empregada

As sesións de grupo desenvolveranse a través dunha metodoloxía activa-participativa, alternando exposicións teóricas con exercicios e dinámicas de grupo, buscando en todo momento a participación das asistentes e adaptando os contidos ás características do grupo. A matrona desempeña un papel dinamizador do grupo para estimular a participación das mulleres.

Os grupos deberían estar formados por un máximo de 8-10 mulleres para facilitar a interacción das persoas integrantes e as dinámicas de grupo.

O número total de sesións por grupo pode variar, pero serían recomendables entre **seis e oito sesións**, de hora e media a dúas horas de duración e cunha **frecuencia semanal**.

Propónselle á muller que practique durante a semana o aprendido na sesión e que logo comparta a súa experiencia co resto na próxima sesión, o cal enriquece a experiencia de grupo polas sinerxías que se establecen entre as participantes.

### Proposta para o desenvolvemento das sesións de educación sanitaria de grupo

1	<b>Exposición teórica</b> dun tema en cada sesión, segundo se trate dun grupo de mulleres durante o embarazo, posparto ou climaterio. En todos se abordan temas relacionados co solo pelviano, incontinencia urinaria ou relacións eróticas, pero adaptándoo ás características das mulleres que participan no grupo.
2	<b>Práctica:</b> inclúe tanto adestramento psicofísico (exercicios físicos, respiración, técnicas de relaxación) como técnicas de visualización e toma de consciencia corporal.  Cómpre insistir na idea de que é importante tomar consciencia do esquema corporal mentres se fai o exercicio, non realizalo de xeito mecánico, así como da importancia do número de repeticións que se fai ao longo do día, da semana e do tempo que se participa nun programa de adestramento da musculatura do solo pelviano, co fin de incorporar este hábito á vida diaria da muller.
3	<b>Debate e conclusións.</b>
4	<b>Relaxación guiada.</b>



Programas de educación sanitaria de grupo en saúde sexual e reprodutiva realizados pola **matrona de atención primaria**



### Exercicios de adestramento muscular do solo pelviano

A musculatura do solo pelviano ten un **70 % de fibras musculares tónicas tipo I** (de contracción lenta e mantida, gran resistencia á fatiga, deseñadas para traballar durante períodos prolongados) e un **30 % de fibras musculares fásicas tipo II** (de contracción rápida e curta, moi fatigables, gran potencia e baixa resistencia). O feito de que predominen as tónicas demostra que se trata dun conxunto muscular con función estabilizadora fundamentalmente preparado para manter un ton muscular constante que garante a estabilidade lumbo-pelviana e visceral e, ante unha hiperpresión abdominal (tose, esbirro, risa, carga de peso...), recruta o maior número de fibras musculares, incluíndo as rápidas.

No adestramento da musculatura do solo pelviano temos que ter en conta que o **concepto de forza** se pode dividir en varios factores que se poden modificar segundo o tipo de adestramento:

- ▶ **Potencia ou forza máxima:** refírese ao aspecto explosivo da forza.
- ▶ **Resistencia estática:** refírese á capacidade de manter durante un período de tempo determinado unha contracción submáxima de forma isométrica.
- ▶ **Resistencia dinámica:** defínese como a capacidade de repetir unha contracción submáxima un determinado número de veces.

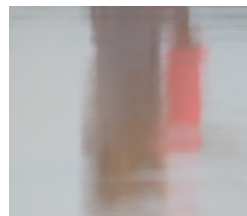
A valoración inicial da musculatura do solo pelviano (mediante a escala de Oxford modificada e o acrónimo PERFECT) guiarán a intervención buscando o adestramento máis adecuado ás condicións individuais de cada muller.

#### Existen diferentes tipos de contraccións

- 1 ▶ **Contracción “lenta”:** isométrica de intensidade submáxima (50-75 % da forza máxima), con tempos de contracción longos (5-10 segundos), moitas repeticións (unhas 10) e realizando unhas tres series como mínimo.
- 2 ▶ **Contracción “rápida”:** intensidade máxima (100 % da forza máxima), con tempos curtos (1-2 segundos), poucas repeticións (menos de 5) e durante un par de series.
- 3 ▶ **Contracción concéntrica-excéntrica “ascensor”:** contracción lenta vencendo a resistencia do peso das vísceras (contracción concéntrica) ata notar o peche máximo, manter uns segundos (contracción isométrica) e logo diminuír a forza da contracción de forma lenta, notando como se vai deixando vencer polo peso das vísceras (contracción excéntrica) ata a relaxación completa.
- 4 ▶ **Contraccións dos transversos “método depresivo”:** contracción dos transversos, notando como o abdome, do embigo cara abaixo, se vai metendo cara a dentro, en dirección posterior, diminuíndo o contorno da cintura. Este músculo é sinerxista do perineo, é dicir, a súa contracción sempre se acompaña dunha contracción involuntaria da musculatura do solo pelviano.



## 3.1 Programa de educación sanitaria de grupo prenatal



Programas de educación sanitaria de grupo en saúde sexual e reprodutiva realizados pola **matrona de atención primaria**



Dentro das actividades que realizan as matronas nos cursos de **educación sanitaria prenatal**, propónselle á muller a realización de exercicios de adestramento da musculatura do solo pelviano que pode realizar logo no seu domicilio.

**O programa debe estar orientado cara á mellora dos hábitos de saúde, a autopercepción e integración da musculatura do solo pelviano no esquema corporal da xestante, así como aprendizaxe de exercicios que impliquen a regulación do ton e fortalecemento da musculatura pelviana.**

A impregnación hormonal durante o embarazo (os estróxenos e proxesterona amolecen a substancia fundamental do tecido conxuntivo e, polo tanto, dos músculos e ligamentos) contribuíndo á laxitude dos músculos lisos, o sobrepeso, o estilo de vida, exercicio hiperpresivo e o estrinximento son factores que poden modificar as propiedades musculares do solo pelviano e afectar o seu ton.

Hai estudos que afirman que o ton e a forza muscular pelviana están diminuídos nas mulleres xestantes e que a maioría das lesións ocorren durante o primeiro parto, constituíndo este o principal factor de risco para a aparición posterior de dores, disfuncións ano-rectais, urinarias e nas relacións eróticas.

Hai factores que aumentan as probabilidades de que estas lesións ocorran: parto instrumental, duración do expulsivo, tipo de puxo e tamén determinadas posturas durante o expulsivo para parir; non obstante, non hai evidencia concluínte que confirme que a paridade e o tamaño do feto estean relacionados co aumento de risco durante o parto. O grao de afectación e a posterior recuperación tamén depende de varios factores, entre eles a xenética.

Ademais dos obxectivos xerais dos programas de educación sanitaria de grupo, os **obxectivos específicos na etapa prenatal son**

- ▶ **Facilitar** a elasticidade do conxunto músculo esquelético da pelve e do perineo para o momento do parto.
- ▶ **Tonificar e fortalecer** esta musculatura para prever prolapsos, incontinencias e disfuncións sexuais.
- ▶ **Aumentar** a flexibilidade do perineo.
- ▶ **Evitar** inflamación de hemorroides.

Na exposición teórica previa á práctica, indícaráselles ás xestantes cales son os grupos musculares que teñen que traballar e como é o seu funcionamento normal, da importancia de que a espiración coincida co momento de realizar a contracción da musculatura do perineo, contraendo ao mesmo tempo a musculatura profunda abdominal (músculo transverso do abdome) para garantir a función estabilizadora, estando a zona lumbo-pelviana en posición correcta (neutra) e que a intensidade debe ser submáxima. Unha vez aprendidos, debe realizalos na súa casa acotío. É necesario reinicialos tras o parto, segundo o seu estado de saúde.

Para favorecer a elasticidade do perineo para o momento do expulsivo durante o parto, a partir das 35 semanas podemos instruír as xestantes na masaxe perineal prenatal, para que a realicen no seu domicilio [anexo VIII](#)

Véxase o [anexo IX](#) sobre proposta de exercicios durante o programa de adestramento da musculatura do solo pelviano prenatal.

### Proposta de contidos teóricos das sesións PRENATAIS en relación co solo pelviano

- 1 ▶ Estrutura ósea da pelve, musculatura do solo pelviano e vísceras abdomino-pelvianas.
- 2 ▶ Fisioloxía da continencia de urina, de gases e feces.
- 3 ▶ Ton, forza e resistencia do solo pelviano.
- 4 ▶ Factores que axudan á prevención e recuperación da musculatura do solo pelviano.
- 5 ▶ Relacións eróticas.



## 3.2 Programa de educación sanitaria de grupo **posnatal**



Programas de educación sanitaria de grupo en saúde sexual e reprodutiva realizados pola **matrona de atención primaria**



Dentro das actividades de recuperación durante o posparto, no contexto da atención ao puerperio en atención primaria, as matronas realizan cursos de educación sanitaria posnatal ou de recuperación posparto e dentro desta actividade propónselle á muller a realización dun programa de adestramento da musculatura do solo pelviano que pode realizar no seu domicilio ou nos grupos de posparto.

Sabemos que o parto é un factor etiopatoxénico da incontinencia de urina e das disfuncións ano-rectais. Por isto **a recuperación do ton, da forza e da resistencia muscular perineal despois do parto ten que ser un dos obxectivos principais do programa de educación maternal posnatal**, co fin de que o peche dos esfínteres, se é que se viu afectado negativamente polo parto, volva ser axeitado e funcionalmente correcto. A reeducación postural e a información sobre factores de risco teranse moi en conta ao longo desta actividade.

As mulleres serán informadas de que o exercicio físico moderado durante a lactación non afecta a cantidade nin a composición do leite, nin ten ningún impacto negativo sobre o crecemento da criatura; ademais a práctica de exercicios para fortalecer o solo pelviano durante o puerperio axuda a prever a incontinencia de urina no futuro.

### Valoración da musculatura do solo pelviano durante o puerperio

Durante as visitas puerperais farase unha valoración da forza da musculatura do solo pelviano mediante tacto manual vaginal; para obxectivar a valoración funcional, utilizaremos ferramentas validadas como a escala Oxford modificada ou o PERFECT [véxase o anexo I](#)

No caso de que a muller non fose adestrada individualmente na realización de contraccións da musculatura do solo pelviano, aproveitaremos a consulta puerperal para ofertarlle a posibilidade de realizar dúas-tres sesións individuais de adestramento na consulta antes de incorporarse ás sesións de grupo, aprenderá a realizar os exercicios (dous en cada consulta) e, ao mesmo tempo, vainos permitir valorar que os realiza axeitadamente.

Polo xeral, a forza e o ton perineal están minguados no posparto, pero vai ter lugar unha recuperación fisiolóxica. Se a forza e ton previos eran bos e non houbo dano por distensión muscular ou instrumentalización do parto, deberíanse recuperar en gran medida arredor das seis semanas posparto.

Namentres o corpo feminino vai acadando esta recuperación fisiolóxica, aquelas mulleres que estean motivadas e o desexen poden iniciar unha pauta de adestramento despois do primeiro mes posparto, que irán introducindo pouco a pouco na súa actividade diaria; dese xeito, ao tempo que vai gañando forza e ton, mellorará e aumentará a percepción e a integración do solo pelviano dentro do esquema corporal. Á hora de deseñar un programa de adestramento da musculatura do solo pelviano, debemos ser realistas e facelo doado de incorporar á vida diaria da muller.

Ao cabo de seis semanas de adestramento (non antes das doce semanas posparto), farase unha valoración da musculatura do solo pelviano para ver se mellorou algo a funcionalidade da musculatura do solo pelviano. Se mellorou, invítarase a continuar realizando o programa de adestramento da musculatura do solo pelviano durante dúas semanas máis e volverase avaliar.

Dentro do Programa de educación maternal posnatal, ademais da exposición teórica, resolución de dúbidas, masaxe da criatura, exercicios físicos, relaxación..., aproveitarase para realizar **un programa de adestramento da musculatura perineal**.

**Os obxectivos do adestramento da musculatura do solo pelviano posnatal**, ademais dos obxectivos xerais mencionados, deben encamiñarse a recuperar a forza, ton e resistencia muscular en todo o conxunto abdomino-pelviano, especialmente dos grupos musculares implicados no embarazo e no parto.



## 3.2 Programa de educación sanitaria de grupo **posnatal**

**Proposta de contidos teóricos das sesións POSNATAIS** en relación co solo pelviano

- 1 ▶ Recordo da estrutura ósea da pelve, musculatura do solo pelviano e vísceras abdomino-pelvianas.
- 2 ▶ Fisioloxía da continencia de urina, de gases e feces.
- 3 ▶ Ton do solo pelviano.
- 4 ▶ Factores que axudan á recuperación da musculatura do solo pelviano.
- 5 ▶ Prolapsos.
- 6 ▶ Incontinencias.
- 7 ▶ Relacións eróticas.

Programas de educación sanitaria de grupo en saúde sexual e reprodutiva realizados pola **matrona de atención primaria**

Véxase o **anexo X** sobre proposta de exercicios durante o programa de adestramento da musculatura do solo pelviano posnatal.

Ao remate do programa de adestramento da musculatura do solo pelviano ou aos tres meses posparto realizarase una **valoración funcional da musculatura do solo pelviano** e, se é preciso, a muller pode continuar realizando o programa de adestramento da musculatura do solo pelviano no domicilio ata os seis meses posparto para volver valorar e, se non hai recuperación nin mellora, derivaremos a fisioterapia de AP.

Despois de participar nun programa de adestramento da musculatura do solo pelviano, a **actitude recomendada ante os resultados do tacto manual vaxinal son:**

- ▶ **Se tacto manual vaxinal  $\geq 3$ , con autopercepción de mellora**  
**Recomendaráselle**, se o desexa, que continúe cos exercicios no seu domicilio.
- ▶ **Se tacto manual vaxinal  $\geq 1$ , sen autopercepción de mellora**  
**Derivarase** a fisioterapia.
- ▶ **Se hai perdas leves de urina, dor pelviana ou coitalxia**  
**Derivarase** a fisioterapia.



### 3.3 Programa de educación sanitaria de grupo **durante o climaterio**



Programas de educación sanitaria de grupo en saúde sexual e reprodutiva realizados pola **matrona de atención primaria**



#### A menopausa é unha etapa do ciclo biolóxico da muller, non é un problema de saúde.

Ofertarase a educación sanitaria de grupo a aquelas mulleres maiores de 40 anos que acoden á consulta da matrona con sintomatoloxía climatérica ou suxestiva de debilidade ou disfunción do solo pelviano e desexan participar na educación sanitaria en grupo.

O déficit estroxénico, de coláxeno, a atrofia, a historia obstétrica previa e os hábitos de vida serán factores determinantes da situación do solo pelviano nesta etapa da vida da muller. A prevención realizada antes terá moita importancia, pero debemos ter en conta que para moitas mulleres é nesta etapa cando abordan por primeira vez os cuidados do solo pelviano.

- Convén facer unha valoración individual do ton e forza perineal antes de comezar o adestramento de grupo durante o climaterio e volver realizar esta valoración despois de finalizar o programa.
- En función do resultado da anamnese e da exploración clínica, a matrona informará a muller do resultado desta valoración véxase o **anexo VII** e estimulara a realizar un programa de adestramento da musculatura do solo pelviano.
- Segundo os estudos, proporcionar só instrución verbal sobre exercicios da musculatura do solo pelviano sen adestramento práctico individual e sen supervisión non é efectivo, polo que é preciso un mínimo de sesións de instrución individual, véxase o **anexo VII** materiais informativos e instrumentos de retroalimentación que estimulen a adherencia ao programa de adestramento da musculatura do solo pelviano.
- A primeira tarefa consistirá na discriminación dos grupos musculares do solo pelviano e achegados; para iso convén que a muller adopte posturas que de por si illan ou diminúen a capacidade de contracción dos adutores e glúteos e favorecen a contracción do perineo.
- Pódense practicar en distintas posicións, podemos propoñer que os realicen en posición de decúbito supino, coas pernas separadas (mentres a muller non adquira a habilidade de contraer), logo pódese facer con elas xuntas, en cuadrupedia, sedestación e en posición bípede.
- Para buscar e localizar a zona muscular do perineo que queremos que contraia, podemos indicarlle á muller que simule a retención dun gas inoportuno ou o que faría para evitar a saída de sangue da menstruación ou para reter a urina.
- Como último recurso, de ter que recorrer á similitude de interromper o chorro de urina (pipí stop), informárola de que, de facelo, se fará ao inicio da micción, só co fin de asegurarse de que o fai ben, nunca como un exercicio de adestramento. Rematada a micción, sentada no inodoro, cos codos apoiados nos xeonllos, pechará os músculos do solo pelviano. Pode facelo unha ou máis veces e cada vez que ouriñe, así vai incorporándoo á súa vida diaria ata que se converta en habitual.

Logo do adestramento individual na consulta da matrona, a muller poderá optar por unha destas dúas opcións:

#### ► Realizar un programa de adestramento da musculatura do solo pelviano no domicilio **anexo VI**

- Debemos **comprobar** que a muller comprende o que debe facer, así como os beneficios da perseveranza.
- **Motivala** para que sexa constante e teña paciencia se non obtén os beneficios nas primeiras semanas de adestramento.

#### ► Acudir a un programa de educación sanitaria de grupo

Ademais dos obxectivos enumerados nas sesións de educación sanitaria de grupo, relacionados co solo pelviano, teremos en conta os seguintes **obxectivos** nesta etapa da vida da muller:

1. **Ampliar** os coñecementos das mulleres sobre o climaterio.
2. **Previr** riscos e complicacións propias desta idade como proceso biolóxico.
3. **Posibilitar** o intercambio de experiencias e a integración no grupo das mulleres.



## 3.3 Programa de educación sanitaria de grupo **durante o climaterio**

### Proposta de contidos teóricos das sesións de CLIMATERIO en relación co solo pelviano

- 1 ▶ Estructura ósea da pelve, musculatura do solo pelviano e vísceras abdomino-pelvianas.
- 2 ▶ Fisioloxía da continencia de urina, de gases e feces.
- 3 ▶ Ton, forza e resistencia, ou funcionalidade do solo pelviano.
- 4 ▶ Factores que axudan á prevención e recuperación da musculatura do solo pelviano.
- 5 ▶ Prolapsos.
- 6 ▶ Incontinencias.
- 7 ▶ Relacións eróticas.
- 8 ▶ Respiración.
- 9 ▶ Relaxación.

### Proposta de contidos prácticos

- ▶ A matrona ensinaralle á muller un ou dous exercicios por sesión, dependendo da capacidade de aprendizaxe e habilidades da muller, tendo en conta que é preferible que faga poucos, pero con conciencia e a diario, de maneira continuada.
- ▶ Remarcaráselle a importancia de integralos na súa vida diaria de maneira continuada.

Véxase o **anexo XI** sobre proposta exercicios durante o programa de adestramento da musculatura do solo pelviano no climaterio/menopausa.

Realizarase unha **valoración** aos tres meses do inicio do programa de adestramento individual ou de grupo.

Se a disfunción persiste, a muller debe ser remitida ao profesional que corresponda.

**Despois de participar nun programa de adestramento da musculatura do solo pelviano, a actitude recomendada ante os resultados do tacto manual vaxinal son:**

- ▶ **Se tacto manual vaxinal  $\geq 3$ , con autopercepción de mellora**

**Recomendaráselle**, se o desexa, que continúe cos exercicios no seu domicilio.

- ▶ **Se tacto manual vaxinal  $\geq 1$  e  $\leq 3$ , sen autopercepción de mellora**

**Derivarase** a fisioterapia.

- ▶ **Se hai perdas leves de urina, dor pelviana ou coitalxia**

**Derivarase** a fisioterapia.

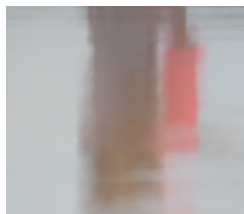
Se a matrona ou fisioterapia de AP consideran que a muller precisa ser derivada a outro profesional, hai que informala dos motivos e xestionarlle a cita (véxase fluxograma de derivación de matrona e fisioterapia de AP).

Programas de educación sanitaria de grupo en saúde sexual e reprodutiva realizados pola **matrona de atención primaria**





## 4.1 Anamnese



Actividades asistenciais que realizará o

**servizo de fisioterapia**

do centro de saúde

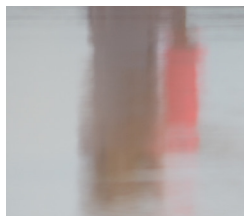
### Anamnese

A primeira consulta de fisioterapia será para **revisar** a historia clínica da muller, especialmente todas as valoracións en relación co seu proceso e para engadir todas as cuestións e probas, test ou medicións que o fisioterapeuta considere oportuno para a posterior realización do tratamento.

Aproveitarase tamén para **explicarlle** á muller en que consiste o tratamento e resolver todas as dúbidas que ela teña.



## 4.2 Exploración clínica



Actividades asistenciais que realizará o



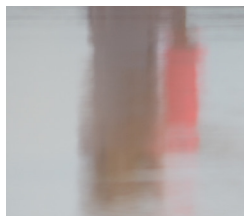
**servizo de fisioterapia**

do centro de saúde

Exploración clínica		
<b>I</b>	<b>Inspección visual global en posición bípede</b>	<p>Aínda que a muller nos chega por un problema de solo pelviano, debemos ter en conta a súa postura global, xa que esta nos revelará zonas de sufrimento en relación directa co seu perineo.</p> <p>O corpo é coma un pano de seda que, se sofre unha tensión nun dos seus extremos, esta se estenderá ao longo de todas as súas fibras; no noso caso fascias, músculos, ligamentos, tendóns... podendo chegar dun extremo a outro do corpo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ A paciente estará en posición bípede, coa roupa interior e co pelo recollido. Valoraremos a postura global, curvas raquídeas, pregues cutáneos, cicatrices, alteracións ou cambios de coloración, varices, atrofas, disimetrías...</li> <li>▶ A grandes trazos, a postura máis lordosada no contorno lumbar pon de manifesto, entre outras cousas, unha predominancia no ton da musculatura posterior.</li> <li>▶ Pola contra, unha columna lumbar máis rectilínea ou incluso cifosada en retroversión pelviana indica maior implicación da musculatura abdominal e psoas. Esta postura é máis favorecedora de sufrimento no ámbito do perineo pola transmisión do feixe que exerce o diafragma durante a inspiración, que cae con máis intensidade sobre o perineo.</li> <li>▶ Observarase a actitude en rotación externa ou interna dos MMII, que confirmaremos en decúbito e que nos orienta cara á predominancia de tensión duns ou outros rotadores e, con iso, que é o que debemos traballar.</li> <li>▶ Podemos pedir movementos globais de flexo-extensión, inclinacións e rotacións lombares para ver como se comporta o raque a este nivel. Unha columna lumbar ríxida pode xerar desequilibrios na estática e na dinámica que se poden transmitir ao perineo.</li> </ul>
<b>II</b>	<b>Valoración funcional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Decúbito supino/prono, confirmamos visual e manualmente a tendencia á rotación interna/externa dos MMII.</li> <li>▶ É importante valorar o estado das cicatrices (adherencias, se son dolorosas ou non ao mobilizalas, profundidade...). Por exemplo, moitas apendicectomías xeran adherencias a planos profundos que poden provocar repregue do ilíaco, sufrimento ovárico, estrinximento, dor crónica na fosa ilíaca dereita. Será, pois, fundamental prestarlles especial atención ás cesáreas, episiotomías... e poñelas en relación coa patoloxía da muller.</li> </ul>



## 4.2 Exploración clínica



Actividades asistenciais que realizará o



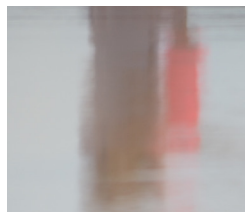
**servizo de fisioterapia**

do centro de saúde

Exploración clínica		
III	<b>Valoración músculo esquelética lumboabdominopelviana</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Presenza de diastase de rectos anteriores abdominais.</li> <li>▶ Transverso abdominal, diafragma, psoas ilíaco, piriforme, obturador interno.</li> <li>▶ Articulacións sacroilíacas, sacrococcíxea, columna vertebral lumbar, sínfise pubiana. Valorarase a necesidade de realizar unha radiografía simple de pelve anteroposterior en posición bípede para valorar estas estruturas óseas e así descartar disimetrías dos membros inferiores, e unha radiografía lateral da pelve, tamén en posición bípede, para comprobar en especial a posición do sacro en relación coa columna lumbar, cóccix e da sínfise púbica.</li> <li>▶ Hipo ou hipersensibilidade.</li> </ul>
IV	<b>Valoración neurolóxica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Exame neurolóxico básico. Avaliaranse afeccións periféricas do solo pelviano: sensibilidade cutánea e reflexos.</li> </ul> <p>véxase a <a href="#">figura 2</a></p>
V	<b>Diafragma pelviano</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Descartar lesión do diafragma pelviano.</li> <li>▶ Posición útero.</li> <li>▶ Ángulo uretrovesical.</li> <li>▶ Anel da continencia.</li> <li>▶ Resposta á manobra de Valsalva.</li> <li>▶ Perda urina (sincrónica ou asincrónica)</li> <li>▶ Perda de gases ou feces.</li> <li>▶ Valoración muscular: escala de Oxford e o acrónimo PERFECT.</li> </ul>



## 4.3 Tratamento de fisioterapia de AP



Actividades asistenciais que realizará o



**servizo de fisioterapia**

do centro de saúde

O tratamento de fisioterapia estará dirixido a harmonizar e reequilibrar, a través de axentes físicos, todas aquelas estruturas osteoarticulares, cápsulo-ligamentosas, fasciais etc. que estean implicadas nas alteracións do solo pelviano, incluídas nesta guía.

A/O fisioterapeuta do centro de saúde procederá á abordaxe das pacientes derivadas desde a matrona de referencia que presenten:

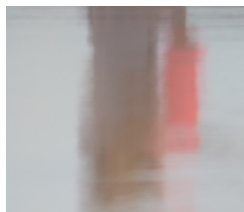
- ▶ **Incontinencia urinaria de grao leve.**
- ▶ **Incontinencia ano-rectal de grao leve.**
- ▶ **Dispareunia de grao I de orixe física.**
- ▶ **Dor pelviana aguda:** cicatrices con adherencias de máis de tres semanas e menos de tres meses de evolución e traumatismos músculo esqueléticos na zona pelviana e dores osteoarticulares en fase aguda (pubalxias, coccigodínias...) que repercutan no solo pelviano.
- ▶ **Dor pelviana crónica:** síndrome miofascial, cicatrices fibrosadas de máis de 3-6 meses de evolución, adherencias, alxias menstruais de orixe mecánica, hipertón, compresión e afectación radicular.
- ▶ **Alteración do ton.**
- ▶ **Prolapsos grao 1** tras a valoración por xinecoloxía do hospital de referencia e descartada patoloxía que contraindique tratamento de fisioterapia.

### Obxectivos

- **Aliviar** a dor da rexión perineal.
- **Normalizar** o ton miofascial do solo pelviano.
- ▶ - **Restablecer** a continencia e funcionalidade do solo pelviano nas AVD.
- **Mellorar** a sensación de peso pelviana.
- **Reeducar** o patrón miccional normal.
- **Mellorar** a propiocepción e a sensibilidade perineal.

### Temporización das sesións individuais de fisioterapia

▶ Recoméndase **un mínimo de 5 e un máximo de 10 sesións**, cuxa frecuencia será determinada por fisioterapia.



Actividades asistenciais que realizará o



**servizo de fisioterapia**

do centro de saúde

## 1

Técnicas de reeducación postural e da estática da columna lumbo pelviana

Dentro deste apartado incluíranse todas aquelas técnicas encamiñadas a mellorar o posicionamento dos segmentos corporais, dando lugar a unha postura correcta e incidindo sobre todo en corrixir as alteracións da columna vertebral, tales como exceso de cifose dorsal e sobre todo a hiperlordose lumbar con sacro horizontal. É sabido que nos últimos meses do embarazo o sacro se horizontaliza e tras o parto pode quedar unha posición de nutación que, no caso de non corrixirse, pode ser permanente e provocar unha mala estática da cesta lumbopélvica que favoreza o exceso de carga sobre a musculatura do solo pelviano e incluso unha maior tendencia á aparición de prolapsos pola sobrecarga sobre o sistema miofascial de soporte das vísceras.

- ▶ Por iso se traballará primeiro en posturas en descarga (que favorecen a diminución do ton muscular e o mellor control postural) buscando a posición de equilibrio lumbar, seguindo coa corrección do resto da columna vertebral e sumando membros inferiores e superiores ata lograr ir progresando cara a unha postura de maior equilibrio articular e muscular.
- ▶ Progresivamente farase este traballo en posicións de maior carga como pode ser a sedestación e bipedestación onde se necesitará un maior control muscular e propioceptivo por parte da muller.
- ▶ Un método que pode ser eficaz para devolver este equilibrio postural ao corpo é a RPG de Philippe Souhard, onde se busca unha reeducación da postura traballando coa globalidade do corpo. Dentro deste método de traballo están descritas autoposturas (Stretching global activo) para que a paciente poida aprender e realizar uns exercicios de reeducación postural no seu domicilio que axuden a lograr o obxectivo de devolver unha postura mellor e máis eficaz para o correcto funcionamento do solo pelviano.

## 2

Técnicas miofasciais abdominais, pelvianas e perineais

A indución miofascial é un método de aplicación de terapia manual centrado na restauración da función alterada do tecido fascial. É unha terapia global que combina o efecto mecánico sobre o tecido e o efecto bioquímico (mecanotransducción) que favorece a súa remodelación e achega un aumento da elasticidade (elastina) e unha diminución do exceso de coláxeno e miofibroblastos na zona de cicatrización hipertrófica ou queuloide.

- ▶ Así, o tratamento miofascial non consiste en realizar unha estirada, senón máis ben en axustar a tensión de todos os elementos da estrutura corporal, influíndo sobre os receptores intersticiais do sistema extralemniscal buscando recuperar o equilibrio do corpo ao provocar unha reorganización do ton muscular e, como consecuencia, un equilibrio no sistema fascial; como ocorrería nos raios dunha bicicleta: para que a roda volva á normalidade, haberá que tensar uns raios e afrouxar outros.
- ▶ Este método realizaríase antes que as técnicas articulares, estiradas e exercicios propioceptivos.



## 3

Técnicas articulares da pelve

Actividades asistenciais que realizará o



servizo de fisioterapia

do centro de saúde

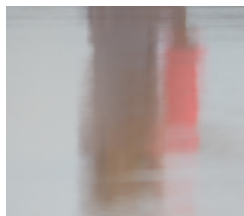
**Debemos prestar especial importancia á rearticulación e flexibilización de toda a cintura lumbo-pelviana** por dúas razóns de peso.

- ▶ Por un lado, aproximadamente diante de S2 encóntrase o centro de gravidade do corpo.
- ▶ Por outro lado, a pelve está sometida ao cruzamento dun par de forzas; unha descendente (a forza de gravidade) e outra ascendente (a forza de reacción ao contacto dos MMII sobre o solo). O cruzamento de ambas realízase na zona da pelve e, se esta non se encontra en harmonía, non será capaz de asumir esta situación, xerando desequilibrios articulares, musculares, fasciais, ligamentosos... como mecanismo de compensación, o que co paso do tempo orixinará tensións e bloqueos dolorosos e/ou limitantes en calquera das estruturas da esfera pelviana.

Non debemos esquecer que a alteración na posición e/ou grao de tensión nalgún dos elementos que conforman a pelve xerará cambios nas estruturas veciñas, cambios que, mantidos no tempo, poden dar orixe a patoloxías. É por iso que hai que ver o paciente como un todo, relacionando todas as pezas anatómicas unhas con outras.

Así mesmo, non debemos restarlles importancia ás disimetrías dos MMII. En posición bípede, unha diferenza de lonxitude dun dos MMII xerará unha alteración na estática e na dinámica da pelve e do perineo e ocasionará alteracións da mobilidade articular e tensións dos tecidos brandos. De aí a importancia dunha Rx AP de pelve en posición bípede.

- ▶ O abano de posibilidades de tratamento é múltiple e farase con base na valoración e clínica da paciente.
- ▶ Podemos aproveitar a amplitude da coxofemoral para flexibilizar, ao mesmo tempo, varias articulacións, ligamentos, músculos, tendóns, fascias...
- ▶ Os movementos de circundución/rotación rítmicos de cadeira con flexión de xeonllo en decúbito supino e/ou lateral son un exemplo de técnica polivalente, ao tempo que moi cómoda e relaxante para a paciente.
- ▶ Igualmente, en decúbito prono os movementos en rotación interna/externa de cadeira (con movementos rítmicos, contraccións isométricas...) facilitan a flexibilización multiestrutural.
- ▶ Estas técnicas máis “globais” non deben desprazar as máis analíticas, aquelas cuxo obxectivo son unha estrutura determinada.
- ▶ De vital importancia é desbloquear unha sínfise pubiana ou un cóccix, tan frecuentemente mal posicionados á vista nunha radiografía simple en posición bípede. Para iso podemos incluso valernos de técnicas intracavitarias manuais para axudar, por exemplo, a traer o cóccix á súa posición normal, cun alivio case inmediato de tensións e/ou dores na zona da lámina sacro-recto-xénito-púbica (SRXP).



Actividades asistenciais que realizará o

**servizo de fisioterapia**

do centro de saúde

4

Técnicas de **regulación do hipertón e técnicas de masaxe perineal externo e interno**

**Manobras ou manipulacións realizadas coas mans por persoal de fisioterapia sobre os tecidos brandos**, que producen un efecto mecánico directo sobre eles, reflexo sobre o sistema nervioso e a distancia sobre os órganos veciños.

Para acadar este obxectivo poderemos empregar diversas técnicas, como son:

- ▶ A relaxación miofascial
- ▶ O tratamento directo dos puntos gatillo
- ▶ Técnica de Sherrington de contracción-relaxación
- ▶ Trazos lonxitudinais ou transversais ao longo de zonas acurtadas ou contraídas.

**Os obxectivos** que se perseguen con estas manobras son:

- ▶ A vasodilatación local
- ▶ Aumento da temperatura local

Na zona muscular mellora a osixenación e irrigación, o que mellora o seu trofismo, normaliza o ton muscular e prodúcese unha activación do traballo muscular posterior (diminúe e atrasa a fatiga), tamén favorece a liberación de histamina e acetilcolina (mediadores da relaxación, do benestar e alivio da dor) etc.

5

Técnicas **manuais endocavitarias de tonificación e fortalecemento dos músculos do solo pelviano**

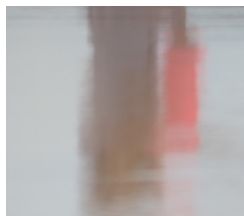
**É necesario para realizar a aprendizaxe da contracción de forma correcta;** en caso de **asimetría**, privilexíarase o traballo do feixe lateral máis débil.

**En fase de tonificación e potenciación**, permítenos traballar con precisión o ton, a forza e a resistencia muscular.

6

Técnicas de **biorretroalimentación** para a reeducación funcional dos músculos do solo pelviano

**Realízanse a través dun equipo electrónico** que lle permite á muller recibir información visual, auditiva ou gráfica da evolución da sesión de recuperación ou fisioterapia, é especialmente útil naquelas persoas con dificultade para localizar a musculatura do solo pelviano, o maior interese desta técnica reside en obter, de forma rápida, a toma de conciencia dos músculos perineais.



Actividades  
asistenciais  
que  
realizará o

**servizo  
de fisioterapia**

do centro de saúde

**7**

Técnicas **internas  
e externas de  
electroterapia do solo  
pelviano**

**Pódense usar eléctrodos intracavitarios** (se non os tolera, eléctrodos de superficie).

**O mecanismo de acción prodúcese fundamentalmente a través da activación reflexa, polo que é imprescindible que o arco espiñal estea íntegro.**

É unha técnica pasiva, o papel da electroestimulación é a toma de conciencia, insistiremos en que a muller se concentre en percibir a contracción provocada polo estímulo eléctrico, pero posteriormente é importante, para obter bos resultados, que a muller participe de forma activa en todas as contraccións provocadas pola electroestimulación, cando o estímulo inicie a contracción, a muller debe intentar sumarse de maneira voluntaria a esta.

- ▶ **Mediante a electroestimulación** podemos traballar de maneira selectiva os diferentes tipos de fibras en función dos obxectivos formulados na reeducación.
- ▶ Se queremos **aumentar o ton de base, a resistencia á fatiga e os esfínteres**, utilizaremos parámetros que estimulen as **fibras tipo I**, pero
- ▶ Se queremos **gañar forza muscular** debemos estimular as **fibras tipo II**.

**As contraindicacións para a estimulación eléctrica** son presenza de marcapasos, embarazo, DIU, endometriose, neoplasia e infección.

**8**

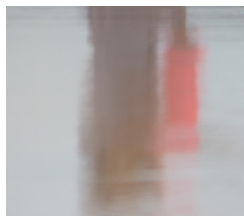
Técnicas de  
**termoterapia e  
crioterapia perineal**

**A termoterapia será de especial utilidade antes das técnicas manuais** para acadar unha vasodilatación, relaxación e analxesia local dos tecidos brandos, facilitando así o traballo manual sobre eles.

**9**

Técnicas de **ultrasón e  
láser na zona perineal**

**Poden ser de utilidade no caso de cicatrices** para favorecer o proceso de cicatrización correcto.



Actividades asistenciais que realizará o

**servizo de fisioterapia**

do centro de saúde

10

**Dispositivos endocavitarios** para a reeducación funcional dos músculos do solo pelviano

**Conos vexinais** ▶ Este método consta dun conxunto de conos, de aspecto parecido a tampóns vexinais e do mesmo tamaño, pero de peso crecente.

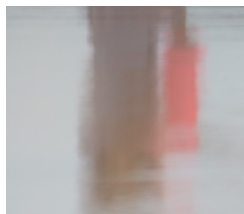
Deben ser utilizados cando o tacto manual vexinal sexa superior a 3 e baixo a supervisión do fisioterapeuta.

- ▶ Cando se introducen na vexina xeran de forma reflexa unha contracción muscular do solo pelviano para intentar retelo dentro.
- ▶ As mulleres practican exercicio en relación cun peso concreto, que son capaces de aguantar e teñen información obxectiva do seu progreso.
- ▶ Úsanse durante uns 20/30 minutos ao día. A progresión será primeiro aumentando o peso dos conos e despois aumentando a dificultade das actividades realizadas (rir, tusir...).

**Perineómetros manométricos** ▶ O método consiste nun manguito de goma unido a un manómetro que, introducido na vexina, permite rexistrar os aumentos de presión cando se contraen os músculos do solo pelviano, de forma que a muller é capaz de comprobar a forza que está a facer, e serve para ir marcando uns obxectivos reais segundo cada caso.

**Bolas chinesas** ▶ Pódese aconsellar o uso dunha bóla chinesa, que **fai traballar a musculatura do solo pelviano do mesmo xeito que o fan os conos vexinais**. Adoitan comercializarse dúas bólas unidas por un fío e cada unha delas ten no seu interior outra bóla de menor tamaño, tamén as hai separadas con dispositivos que permiten utilizar as dúas á vez.

- ▶ Aconsellarémolle que comece por utilizar a bóla de menor peso para ir aumentando de peso ou número de bólas a medida que aumenta a forza e resistencia muscular.
- ▶ Para colocar a bóla dentro da vexina, a muller pode adoptar a postura que lle sexa máis cómoda, do mesmo xeito que se coloca un tampón, pode pasalas por auga para facilitar a súa introdución, debe quedar sempre detrás do músculo.
- ▶ Cos desprazamentos a boliña interior móvese e produce unha vibración que estimula os vibrorreceptores vexinais, o que desencadea unha contracción involuntaria da musculatura lisa da vexina. Ademais, o peso da bóla estimula os barorreceptores da musculatura perineal e desencadea un aumento do ton.
- ▶ É recomendable que o seu uso sexa de forma progresiva, comezando por camiñar con ela durante quince minutos ao día durante un par de semanas, aumentando de cinco en cinco minutos cada semana o tempo de uso, ata alcanzar uns trinta minutos, finalmente poderá incorporala as actividades cotiás.



Actividades  
asistenciais  
que  
realizará o

**servizo  
de fisioterapia**

do centro de saúde

10

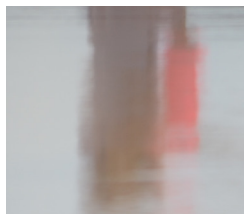
**Dispositivos  
endocavitarios**  
para a  
reeducación  
funcional dos  
músculos do solo  
pelviano

**Exercitadores do solo pelviano** ▶ Tamén se pode recomendar un exercitador do solo pelviano, que **é un dispositivo que se coloca dentro da vaxina**, igual ca a bola chinesa, pero cun funcionamento diferente, xa que o propio exercitador fai unha valoración da musculatura do solo pelviano para recoñecer o estado de partida previo ao adestramento e así poder seleccionar automaticamente un nivel de exercicio adecuado a cada muller, que irá axustando a medida que vaia mellorando. Pódese dicir que se asemella a un adestrador persoal, xa que indica unha rutina de exercicios, fácil de seguir, segura e completamente adaptada ás necesidades persoais.

- ▶ Trátase dun programa guiado por vibración.
- ▶ Mediante suaves vibracións, a muller sabe cando debe realizar a contracción, só ten que contraer cando vibra e relaxar cando deixa de vibrar.

**Pelotas de Franklin** ▶ **Son unhas pelotas que contan cun deseño e unha textura que activan os reflexos de relaxación dos músculos.**

Teñen un tamaño (10 cm) e unha densidade ideais para estimular a relaxación e estirada en músculos hipertónicos ou simplemente para estirar a musculatura despois dun exercicio de fortalecemento.



Actividades asistenciais que realizará o

**servizo de fisioterapia**

do centro de saúde

## 11

**Exercicios funcionais** para reeducar a propiocepción e coordinación dos músculos do solo pelviano e **técnicas de integración** do solo pelviano nas AVD

**Na fase tardía, os exercicios do solo pelviano integraranse en exercicios complexos de coordinación con outros grupos musculares como músculos abdominais oblicuos e transversos, músculos pelvianos e de membros inferiores.** Tamén temos que integrar a contracción do perineo nas actividades da vida diaria, actividades deportivas e laborais. Diversos estudos demostraron que existe relación entre a actividade da musculatura do solo pelviano, a musculatura abdominal profunda e o diafragma torácico. Así, podemos observar como a tose, a espiración forzada e a realización de contraccións máximas do solo pelviano activan os músculos abdominais, sobre todo o transverso abdominal e os oblicuos internos.

Polo tanto, é importante fomentar o adestramento global (asegurando previamente a integridade de ambos os dous grupos musculares e o modo en que se solicita a contracción abdominal) para que, ante aumentos da presión intraabdominal da vida diaria, se produza a repartición de presións na zona pelviperineal para evitar hiperpresións mal dirixidas cara á parte anterior do perineo.

**Para poder adestrar a musculatura profunda do abdome dispónse dunha serie de técnicas e métodos:**

- ▶ **Método pilates (CORE stability):** baséase no fortalecemento, a estabilidade, o control muscular, a postura e a respiración.
- ▶ **Método de Gasquest:** describe diferentes posturas derivadas do ioga, activa a musculatura do solo pelviano seguido de autoelongación da columna vertebral e dunha espiración a volume corrente.
- ▶ **Método abdominal-global de Luc Guillarme:** baséase en recuperar a competencia do abdome que asegure durante os esforzos a orientación das presións intraabdominais. A contracción abdominal realizada de forma eficaz e sinérxica cunha espiración activa protexe o solo pelviano.
- ▶ **Ximnasia abdominal hipopresiva de Marcel Caufriez:** ten como obxectivo reeducar a postura, o que lles permite aos músculos transverso abdominal, oblicuo interno e músculos do solo pelviano aumentar o seu ton basal, relaxar o diafragma e diminuír a presión intraabdominal.

## 12

Programa de **exercicios individuais** do solo pelviano

Para que realice a muller no seu domicilio

**anexo VII**


Ao rematar as sesións de fisioterapia no centro de saúde, e tras unha nova valoración de fisioterapia, daráselle a alta ou, no caso de que presente síntomas ou patoloxía que precisen dunha atención máis especializada, será derivada segundo o **Algoritmo 2**



## Criterios de derivación

Co fin de optimizar os recursos, no caso de necesidade de derivar a usuaria a outro profesional, debemos ter en conta:

- A primeira intervención terapéutica levarase a cabo a través do **programa de promoción da saúde** que desenvolve a matrona do centro de saúde. A muller pode acudir directamente á matrona do seu centro de saúde ou ser remitida a esta desde calquera profesional de atención primaria.
- Aquelas mulleres que non experimentasen mellora tras pasar por un programa de adestramento da musculatura do solo pelviano coa matrona serán remitidas á **consulta de fisioterapia de referencia** do seu centro de saúde para a súa valoración e tratamento fisioterapéutico, sempre que  $TMV \geq 1$  e  $\leq 3$ .


Sintomatoloxía susceptible de derivación a **fisioterapia de AP** Ver **Algoritmo 1**  **B**

- ▶ Dispareunia grao I
- ▶ Síndrome miofascial/dor pelviana
- ▶ IU leve

- ▶ Incontinencia anal leve
- ▶ Prolapso xenital 1
- ▶ Diastase abdominal
- ▶ Alteración do ton da MSP

Será fisioterapia de AP quen, tras valorar a paciente, determinará o tipo de tratamento que se aplicará ou, se procede, a derivación a outra especialidade; neste caso remitirá a muller á súa matrona ou ao seu médico de familia para a súa posterior derivación ao especialista oportuno.

- Aquelas mulleres que non melloraron co tratamento no ámbito de atención primaria ou presentan cadros ou patoloxías máis complexas que precisan unha intervención máis especializada que só se pode prestar no hospital serán remitidas á matrona de atención primaria para a súa **derivación ao servizo xinecoloxía de referencia** onde reavaliarán a situación clínica da muller nese momento e solicitarán, se é o caso, a intervención doutra especialidade (rehabilitación, radioloxía, cirurxía, saúde mental etc.) para unha abordaxe multidisciplinar e coordinada.

Sintomatoloxía susceptible de derivación a **xinecoloxía** Ver **Algoritmo 1**  **A**

- ▶ Dispareunia grado II, III
- ▶ Dor pelviana persistente
- ▶ IU moderada, grave

- ▶ Incontinencia anal moderada, grave
- ▶ Prolapso xenital  $\geq 2$

- Unha vez a muller foi tratada no ámbito hospitalario, caben tres posibilidades:

- ▶ **Alta definitiva**
- ▶ **Derivar á matrona de atención primaria** a aquelas susceptibles de beneficiarse dos programas de educación sanitaria de grupo.
- ▶ **Derivar a fisioterapia de atención primaria** no caso de precisar terapia rehabilitadora susceptible de realizarse neste nivel asistencial, sempre que o  $TMV \text{ sexa } \geq 1$  e  $\leq 3$ .



# Fluxograma de **matrona** de atención primaria

## Criterios de derivación



### FACTORES DE RISCO

- > 35 anos
- IMC > 30
- IMC > 25 previo a embarazo
- Embarazo
- Parto vaxinal
- Puerperio
- Climaterio
- Antecedentes familiares de incontinencia urinaria
- Deportes de impacto ou con ↑ presión intraabdominal
- Estrinximento

### SINTOMATOLOXÍA

- Dor pelviana
- Sensación de pesadez, pinchazos, queimura no baixo ventre
- Disfuncións sexuais
- Incontinencia urinaria
- Incontinencia anal
- Prolapso xenital

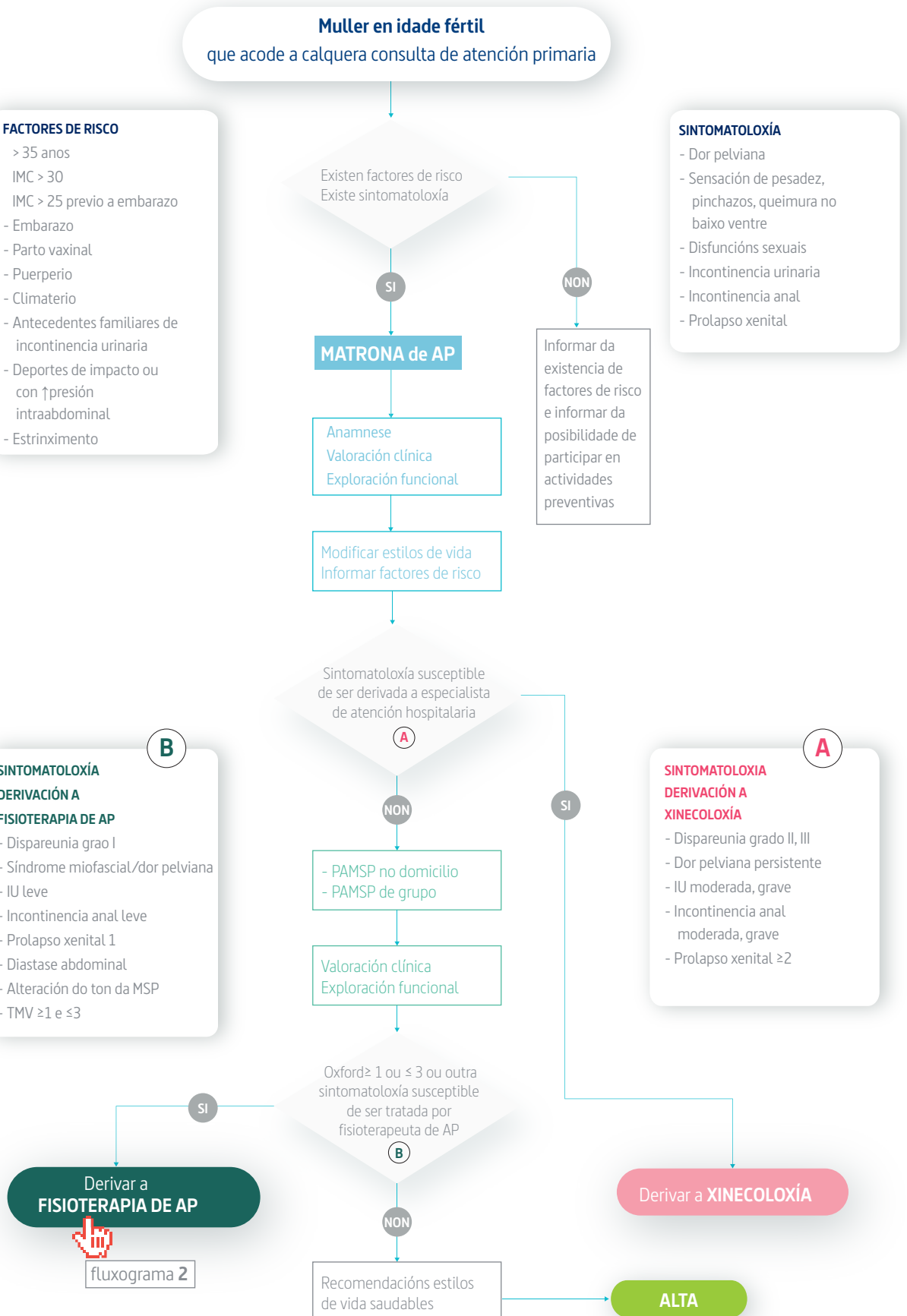
**SINTOMATOLOXÍA DERIVACIÓN A**

**FISIOTERAPIA DE AP**

- Dispareunia grao I
- Síndrome miofascial/dor pelviana
- IU leve
- Incontinencia anal leve
- Prolapso xenital 1
- Diastase abdominal
- Alteración do ton da MSP
- TMV  $\geq 1$  e  $\leq 3$

**SINTOMATOLOXIA DERIVACIÓN A XINECOLOXÍA**

- Dispareunia grao II, III
- Dor pelviana persistente
- IU moderada, grave
- Incontinencia anal moderada, grave
- Prolapso xenital  $\geq 2$





# Fluxograma de **fisioterapia** de atención primaria

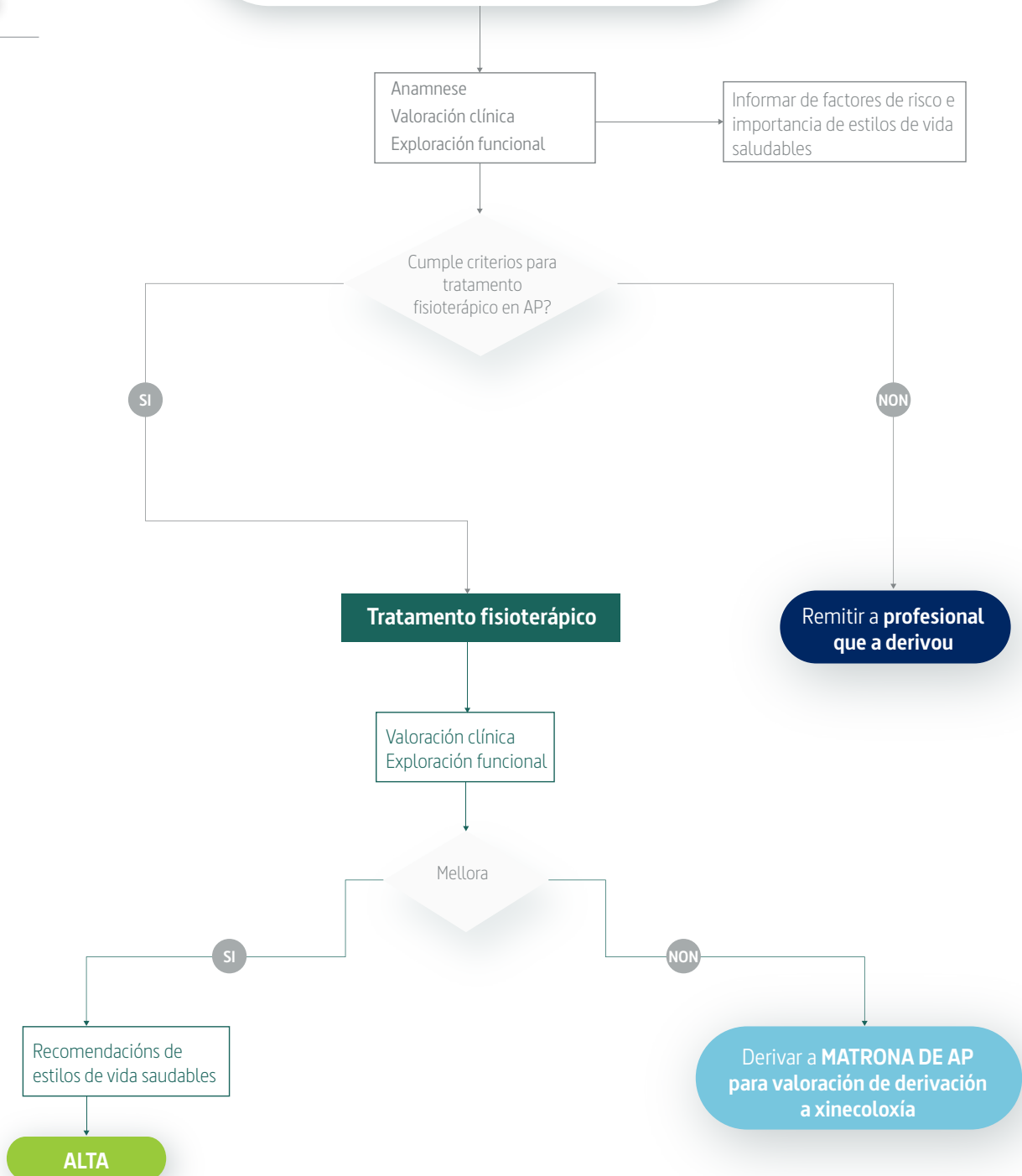


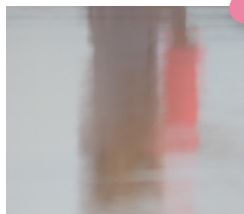
## Criterios de derivación



### Muller derivada a fisioterapia de AP por presentar:

- Dispareunia grao I
- Síndrome miofascial/dor pelviana
- IU leve
- Incontinencia anal leve
- Prolapso xenital 1
- Diastase abdominal
- Alteración do ton da MSP
- TMV  $\geq 1$  e  $\leq 3$





## Indicadores de avaliación do programa

INDICADOR

▶	Número de centros de saúde que aplican guía técnica de disfuncións de solo pelviano por EOXI/número total de centros de saúde da EOXI por ano
▶	Número total de mulleres que participan na guía técnica de solo pelviano/centros de saúde por ano
▶	Número total de mulleres que realizaron un programa de adestramento da musculatura do solo pelviano prenatal/centro de saúde por ano
▶	Número total de mulleres que realizaron un programa de adestramento da musculatura do solo pelviano posnatal/centro de saúde por ano
▶	Número total de mulleres que realizaron un programa de adestramento da musculatura do solo pelviano durante o climaterio ou menopausa/centro de saúde por ano
▶	Número de mulleres que melloraron $\geq 1$ punto na valoración funcional do perineo, segundo a escala de Oxford modificada, tras participar nun programa de adestramento da musculatura do solo pelviano/total de mulleres participantes por centro de saúde e ano
▶	Número de mulleres con disfuncións de solo pelviano derivadas pola matrona de AP a fisioterapia de AP/total de mulleres con disfuncións de solo pelviano atendidas pola matrona en AP por ano
▶	Número de mulleres con disfuncións de solo pelviano derivadas pola matrona de AP a xinecoloxía/total de mulleres con disfunción de solo pelviano atendidas pola matrona en AP por centro de saúde e ano
▶	Número de mulleres dadas de alta por fisioterapia de AP/total de mulleres derivadas desde a matrona de AP por centro e ano
▶	Número de mulleres derivadas por fisioterapia de AP á matrona para derivalas a xinecoloxía/total de mulleres derivadas a fisioterapia de AP por centro e ano
▶	Número de mulleres que melloraron $\geq 1$ punto na valoración funcional do perineo, segundo a escala de Oxford modificada, despois de recibir terapia por fisioterapia de AP/total de mulleres derivadas por disfunción de solo pelviano

## Anexos

<b>A</b>	<b>Anexos</b>	<b>A.1</b>	Avaliación funcional da musculatura do solo pelviano ou do diafragma pelviano	53
			<b>A.1.1</b>	Escala de Oxford modificada
		<b>A.1.2</b>	PERFECT	54
		<b>A.2</b>	Clasificación clínica de prolapsos	55
		<b>A.2.1</b>	Clasificación anatómica de prolapso xenital segundo grao de descenso	55
		<b>A.2.2</b>	Clasificación da lesión anatómica do diafragma pelviano segundo variedade afectada	56
		<b>A.3</b>	Diario miccional	57
		<b>A.4</b>	Test de severidade de Sandvick	58
		<b>A.5</b>	Test de severidade de Wexner	59
		<b>A.6</b>	Cuestionario de incontinencia urinaria ISIQ-SF	60
		<b>A.7</b>	Programa de exercicios de adestramento da musculatura de solo pelviano	61
		<b>A.7.1</b>	Valoración inicial	61
		<b>A.7.2</b>	Proposta de sesións	62
		<b>A.7.3</b>	Exercicios para realizar no domicilio	63
		<b>A.8</b>	Masaxe perineal durante o embarazo	64
		<b>A.9</b>	Proposta de exercicios durante as sesións prenatais	65
		<b>A.10</b>	Proposta de exercicios durante as sesións posnatais	66
		<b>A.11</b>	Proposta de exercicios durante as sesións de grupo de climaterio	67
		<b>A.12</b>	Proposta de contido da historia clínica	68
		<b>A.13</b>	Hábitos de vida saudable para a prevención de disfuncións do solo pelviano	69
<b>A.13.1</b>	A atrofia vulvo-vaxinal debida ao déficit estroxénico	70		
<b>A.13.2</b>	Estratexias de prevención da infección de vías urinarias	72		
<b>A.13.3</b>	Estrinximento	73		
<b>A.13.4</b>	Alimentación	74		
<b>A.13.5</b>	Actividade física	75		

## Avaliación funcional da musculatura do solo pelviano ou do diafragma pelviano

Para a avaliación clínica do diafragma pelviano na muller, utilizamos a clasificación funcional homologable a criterios clínicos de disfunción da musculatura.

Co obxecto de valorar a capacidade contráctil desta musculatura realízase **un tacto ou exploración dixital vaxinal**:

- Coa paciente en decúbito supino, en posición de litotomía, introducimos os dedos índice e medio cunha lixeira flexión, separámoslos 3 cm e orientámoslos cara a dentro e cara abaixo, seguindo as fibras musculares do pubococccíxeo do elevador do ano.
- Pedímoslle á muller que realice manobras de contracción e relaxación desta musculatura, tendo coidado especial de non involucrar os músculos sinérxicos ou antagonistas (rectos abdominais, adutores, glúteos). Estas contraccións parasitas son frecuentes en mulleres cunha forza de contracción menor ou igual a 2.

Os resultados obtidos nesta sinxela e rápida avaliación, malia seren subxectivos, podemos obxectivalos mediante a clasificación do grao de contracción e para iso dispoñemos de escalas coma a de **Oxford** ou o acrónimo **PERFECT**. Esta valoración vai nos permitir diagnosticar a existencia ou non de disfunción muscular e tamén permite aproveitar este momento para que a muller tome conciencia da musculatura do solo pelviano e realice correctamente os exercicios de contracción para reforzar, recuperar ou rehabilitar a forza, a resistencia e ton e a resistencia da musculatura ou diafragma pelviano.

<b>A.</b> Puntuacións da escala de Oxford modificada	<b>0 ► CERO</b>	Función perineal obxectiva ausente á palpación ou con inversión do mandato.
	<b>1 ► MOI DÉBIL</b>	Función perineal obxectiva ausente, recoñecible só á palpación como contracción moi débil ou flutuante. (< 2 segundos).
	<b>2 ► DÉBIL</b>	Función perineal obxectiva débil, recoñecible á palpación. (< 3 segundos).
	<b>3 ► MODERADA</b>	Función perineal obxectiva, sen resistencia opositora á palpación mantida. (4-6 segundos, repetido tres veces).
	<b>4 ► BOA</b>	Función perineal obxectiva e resistencia opositora mantida. (7-9 segundos, 4-5 veces).
	<b>5 ► FORTE</b>	Función perineal obxectiva e resistencia opositora mantida á palpación con forte resistencia. (> 10 segundos, 4-5 veces).

## A.1

### Avaliación funcional da musculatura do solo pelviano ou do diafragma pelviano

#### A.1.1 Escala de Oxford modificada



## Avaliación funcional da musculatura do solo pelviano ou do diafragma pelviano

### A.1

#### Avaliación funcional da musculatura do solo pelviano ou do diafragma pelviano

#### A.1.2 PERFECT

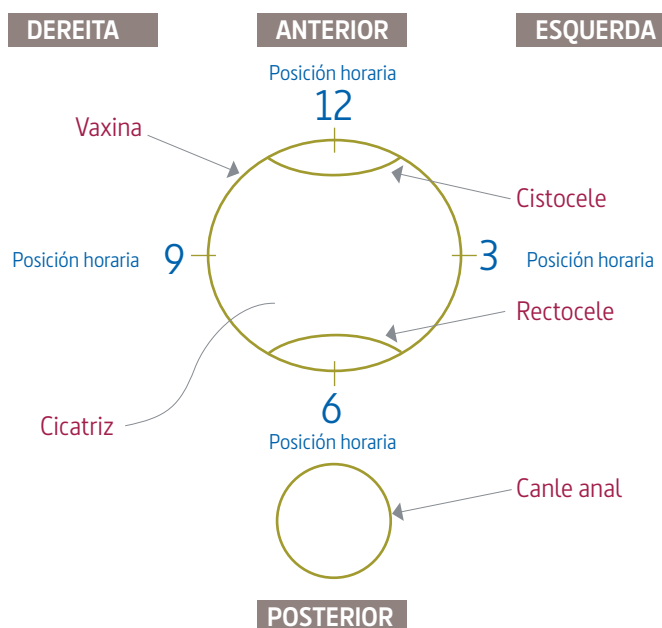
### B

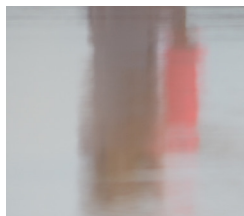
Acrónimo  
**PERFECT**

- ▶ **Power ou forza P:** puntúase a forza muscular segundo a escala de Oxford modificada.
- ▶ **Endurance ou resistencia E:** tempo que se mantén a contracción máxima, sen perda de forza ata detectar a perda do 50 % da forza, máx. 10 segundos.
- ▶ **Repetitions ou repeticións R:** número de repeticións da contracción con intervalos de 4 segundos, ata un máximo de 10.
- ▶ **Fast ou rápidas F:** tras un descanso dun minuto, valórase o número de contraccións rápidas que realiza de forma seguida, (fatigabilidade) ata un máximo de 10.
- ▶ **Every contraction timed ECT:** cada unha das contraccións musculares son temporalizadas e rexistradas, de maneira que o programa de exercicios de cada paciente realízase de forma individualizada e específica.

**A valoración PERFECT** permítenos valorar non só a forza, senón tamén a resistencia, a fatigabilidade e a velocidade de contracción. Esta valoración vai nos dar catro números, por exemplo, 4759 (a muller é capaz de manter unha contracción de grao 4 durante 7 segundos e repítela 5 veces seguidas de 9 contraccións rápidas logo do descanso de 1 minuto). Esta información vai nos permitir adaptar o programa de adestramento da musculatura do solo pelviano á valoración da musculatura do solo pelviano desta muller neste momento e valorar a súa eficacia tras rematar o programa.

Para reflectir o resultado da exploración na historia clínica, utilizaremos o **diagrama de aneis de continencia:**





## Clasificación anatómica de PROLAPSO XENITAL segundo grao de descenso

### A.2

#### Clasificación anatómica de prolapsos

#### A.2.1 Clasificación anatómica de prolapse xenital segundo grao de descenso

PROLAPSO XENITAL	Clasificación clásica	Clasificación proposta pola ACOG*	Clasificación proposta pola ICS
GRAO ► 0	Sen prolapse xenital	Sen prolapse xenital	Normal, os puntos A e B a -3 cm
GRAO ► 1	Descenso chega ao terzo medio da vaxina	Descenso chega ata a espiña isquiática	Descenso do punto A e B, chega ata -1 cm do hime
GRAO ► 2	Descenso chega ao introito	Descenso entre a espiña isquiática e o hime	Descenso do punto A e B, de -1 ata +1 cm do hime
GRAO ► 3	Descenso supera o introito	Descenso chega ata o hime	Descenso > 1 cm de hime, pero non mais alá (longo vaxina -2 cm)
GRAO ► 4		Descenso mais alá do hime	Completa eversión do longo vaxinal, mínimo = (longo vaxina -2 cm)

#### CLASIFICACIÓN PROLAPSO



#### CLASIFICACIÓN DE PROLAPSO DA ACOG \*



A clasificación proposta divide a lesión anatómica en cinco graos e para a súa realización utilizaremos un depresor lingual centimetrado.

\***Clasificación clínica do Colexio Americano de Xinecólogos Obstetras** (W. F. Baden e T. Walker, 1992): divide a lesión anatómica en cinco graos: grao 0, sen descenso; grao 1, descenso do punto de referencia da lesión anatómica, entre a posición normal e a espiña isquiática; grao 2, o punto de referencia está entre a espiña isquiática e o hime; grao 3, o descenso chega ata o hime, e grao 4, o descenso vai máis alá do hime.



**Clasificación da lesión anatómica do DIAFRAGMA PELVIANO**  
segundo variedade afectada

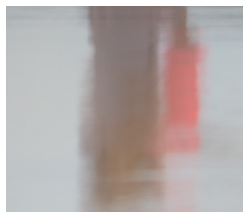
A.2

**Clasificación anatómica de prolapsos**

**A.2.2 Clasificación da lesión anatómica do diafragma pelviano**  
segundo variedade afectada

CLASIFICACIÓN LESIÓN ANATÓMICA				
Defecto anterior	Defecto central	Defecto lateral	Defecto posterior	
<b>Colpouretrocele ou uretrocele</b>	Colpohisterocele ou histerocele	Colpocele	▶ Colporrectocele ou rectocele (anterior -posterior)	
<b>Colpocistocele ou cistocele</b>	Muñón cervical		▶ Colpodouglascele ou douglascele, ou elitrocele ou enterocele	
<b>Colpouretrocistocele ou uretrocistocele</b>	Cúpula vaxinal		▶ Prolapso mucosa rectal	
			▶ Desgarro perineal	
			<b>1.º grao</b>	Involucra forquita (epitelio vaxinal ou pel perianal)
			<b>2.º grao</b>	Entre forquita e ano (compromete o corpo perineal)
			<b>3.º grao</b>	Involucra o complexo esfinteriano anal
<b>3.a</b>	Lesión esfínter externo < 50 %			
<b>3.b</b>	Lesión esfínter externo > 50 %			
<b>3.c</b>	Lesión esfínter externo e interno			
<b>4.º grao</b>	Lesión do esfínter anal e a mucosa rectal			

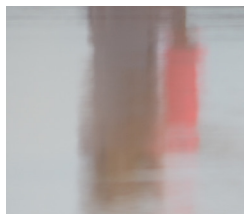
Diario  
miccional



## A.3

Diario  
miccional

HORA	Día 1				Día 2				Día 3			
	BEBIDA	ESCAPE	WC	URX.	BEBIDA	ESCAPE	WC	URX.	BEBIDA	ESCAPE	WC	URX.
7:00 - 9:00												
9:00 - 11:00												
11:00 - 13:00												
13:00 - 15:00												
15:00 - 17:00												
17:00 - 19:00												
19:00 - 21:00												
21:00 - 23:00												
23:00 - 01:00												
1:00 - 3:00												
3:00 - 5:00												
5:00 - 7:00												



Test de  
**severidade de Sandvick**  
Gravidade da incontinencia que padece

## A.4

Test de severidade  
de **Sandvick**

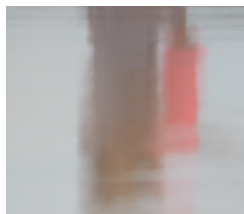
Preguntas para avaliar a gravidade dos síntomas de incontinencia de urina na muller:

<b>FRECUENCIA:</b> Cal á a frecuencia coa que se lle escapa a urina?	
<b>1</b>	Menos dunha vez ao mes
<b>2</b>	Unha ou varias veces ao mes
<b>3</b>	Unha ou varias veces á semana
<b>4</b>	Cada día ou/e cada noite
<b>VOLUME:</b> Que cantidade cree que se lle escapa?	
<b>1</b>	Pingas (Moi pouca cantidade)
<b>2</b>	Chorro pequeno (unha cantidade moderada)
<b>3</b>	Moita cantidade

**O índice de gravidade calcúlase** multiplicando o resultado das dúas preguntas e despois categorízase da seguinte forma:

- ▶ 1-2 ▶ leve
- ▶ 3-6 ▶ moderada
- ▶ 8-9 ▶ grave
- ▶ 12 ▶ moi grave

**Para o cálculo e análise estatística**, para o control de resultados, recoméndase engadir o valor cero cando se volven continentes.

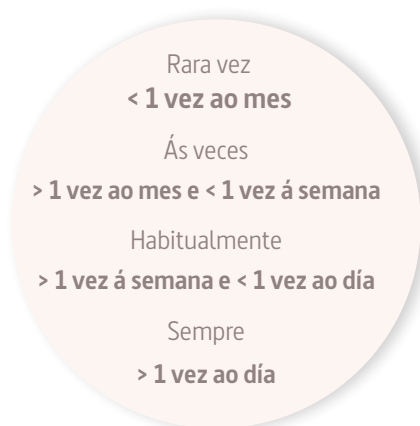


Test de  
**severidade de Wexner**  
Puntuación de gravidade da incontinencia  
fecal de wexner

## A.5

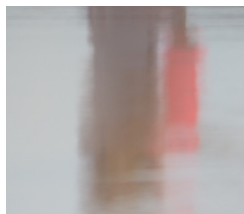
Test de severidade  
de **Wexner**

Tipo de incontinencia	FRECUENCIA				
	Nunca	Rara vez	Ás veces	Habitualmente	Sempre
Sólidos	0	1	2	3	4
Líquidos	0	1	2	3	4
Gases	0	1	2	3	4
Precisa compresa	0	1	2	3	4
Afectación vida social	0	1	2	3	4



**A puntuación obtense** mediante a suma das diferentes cuestións, desde

- ▶ **0** ▶ **situación de normalidade** ata
- ▶ **20** ▶ **incontinencia fecal completa.**



## A.6

 Cuestionario de  
**incontinencia  
 urinaria ISIQ-SF**

 Cuestionario de  
**incontinencia urinaria ISIQ-SF**

## Identificación

O ICIQ (International Consultation on Incontinence Questionnaire) é un cuestionario autoadministrado que identifica as persoas con incontinencia de urina e o impacto na calidade de vida.

**Puntuación do ICIQ-SF: sumar as puntuacións das preguntas 3+4+5. Considerar diagnóstico de incontinencia urinaria calquera puntuación superior a cero.**

DATA:...../...../.....

**1. Con que frecuencia perde urina?** Marque só unha resposta.

Nunca -----0

Unha vez á semana -----1

2-3 veces/semana -----2

Unha vez ao día -----3

Varias veces ao día -----4

Continuamente -----5

**2. Indique a súa opinión sobre a cantidade de urina que vostede cre que se lle escapa,** é dicir, a cantidade de urina que perde habitualmente (tanto se leva protección como se non). Marque só unha resposta.

Non me escapa nada -----0

Moi pouca cantidade -----2

Unha cantidade moderada -----4

Moita cantidade -----6

**3. En que medida estes escapes de urina que ten afectan a súa vida diaria?**

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Nada

Moito

**4. Cando perde urina?** Sinala todo o que lle pasa a vostede.

Nunca perde urina

Perde urina antes de chegar ao servizo.

Perde urina ao tusir ou esbirrar.

Perde urina mentres dorme.

Perde urina ao realizar esforzos físicos/exercicio.

Perde urina cando remata de ouriñar e xa se vesti.

Perde urina sen motivo evidente.

Perde urina de forma continua.



## A.7

### Programa de exercicios de adestramento da musculatura de solo pelviano

## A.7.1

#### Valoración inicial

### Programa de exercicios de adestramento da musculatura de solo pelviano

### Valoración inicial

Segundo o resultado da valoración inicial do **tacto manual vaxinal**, podemos propoñerlle á muller a realización dunha serie de exercicios. A continuación facemos unha proposta:

Se tacto manual vaxinal = 0

Moitas mulleres teñen dificultades para localizar e activar estes músculos integrándoos no seu esquema corporal, ás veces non son capaces de identificar onde lles tocamos. Neste caso, podemos utilizar como recurso que a muller palpe o perineo, para traballar a sensibilidade da zona e percibir onde está a tocar; ao primeiro, pode colocar diante un espello para poder axudarse coa visión, e despois intentará a identificación sen espello. Posteriormente palpará o núcleo central do perineo para obxectivar a contracción, tamén a pode valorar vendo o movemento e as modificacións coa axuda do espello. Outro recurso ao que podemos recorrer é indicarlle que, tras orixinar, permaneza no WC sentada e realice contraccións; pode ser un bo momento para a identificación da musculatura de peche de esfínteres.

Outra opción para exercitar o solo pelviano tamén pode ser utilizar un vibrador. Unha vez que perciba e identifique o peche de esfínteres, acudirá para unha nova valoración.

- ▶ **Se a muller se sente física e emocionalmente preparada, poderá iniciar o adestramento individual.**
- ▶ **Se non consegue a identificación da musculatura ou aparece unha inversión de mandato** tras o programa de adestramento individual coa matrona, **será remitida a xinecoloxía.**

Se tacto manual vaxinal < 1

**Practicará** o exercicio da sesión I que se describe máis abaixo durante 15 días no seu domicilio, entre 5 e 10 veces posmicción, logo dese tempo faremos unha nova valoración mediante un tacto manual vaxinal e indagaremos sobre a percepción subxectiva da propia evolución.

- ▶ **Se o tacto manual vaxinal mellorou e a autopercepción é boa**, pode iniciar **adestramento individual**, pasando ao exercicio da sesión II e III, progresivamente, e cando o tacto manual vaxinal  $\geq 3$ , pode ir ao **adestramento grupal**.
- ▶ **Se non ten percepción de mellora e o tacto manual vaxinal non mellorou**, hai que **derivar a xinecoloxía.**

Se tacto manual vaxinal  $\geq 1$  e  $\leq 3$

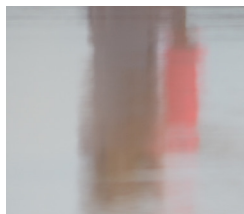
**Pode iniciar o adestramento individual.** Realizará os exercicios da **sesión I e II.**

- ▶ **Se o tacto manual vaxinal mellorou e a autopercepción é boa**, podemos ensinarlle o exercicio da **sesión III.** Logo disto estará en condicións de acudir ás sesións de grupo ou seguir co adestramento individual no domicilio, segundo desexe.
- ▶ **Se non ten percepción de mellora** tras o programa e o tacto manual vaxinal non mellorou, hai que **derivar a fisioterapia de atención primaria.**

Se tacto manual vaxinal > 3

**Ofertaráselle** que acuda a adestramento de grupo.

A muller que decide acudir á actividade de grupo farao unha vez á semana, durante seis semanas, e comprometerase a facer os exercicios durante o resto da semana no seu domicilio.



## Programa de exercicios de adestramento da musculatura de solo pelviano

## Proposta de sesións

### A.7

#### Programa de exercicios de adestramento da musculatura de solo pelviano

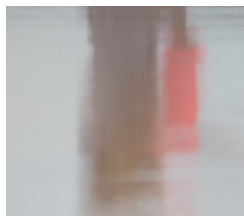
#### A.7.2

#### Proposta de sesións

Segundo o resultado da valoración inicial do tacto manual vaxinal, podemos propoñerlle á muller a realización dunha serie de exercicios. A continuación facemos unha proposta:

<p><b>I</b> SESIÓN</p> <p>Toma de conciencia de contracción/relaxación da musculatura do solo pelviano</p>	<p>A muller aprenderá a <b>tomar conciencia</b> da contracción e da relaxación da musculatura do solo pelviano.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b>Sentada</b> no bordo dunha cadeira, cos codos apoiados nos xeonllos, fará exercicios de peche e apertura de esfínteres, mediante contraccións lentas e rápidas.</li> <li>▶ Faráselle fincapé na necesidade de descansar entre contracción e contracción uns 10 segundos.</li> <li>▶ Debe interiorizar este exercicio e practicalo na súa casa, 5 a 10 contraccións, tres veces ao día, coa vexiga baleira.</li> </ul>
<p><b>II</b> SESIÓN</p> <p>Posta en común, verase se hai dificultades e repaso do exercicio anterior.</p>	<p>Ensinaráselle un novo exercicio en <b>decúbito supino</b>, coas cadeiras e os xeonllos flexionados e cos pés apoiados na padiola:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b>Contracción</b> lenta ata peche completo e relaxación lenta, indicaráselle que contraia a musculatura de forma lenta ata notar o peche completo, manterá a contracción segundo a súa capacidade e logo irá diminuíndo a intensidade da contracción notando como se vai relaxando de forma lenta ata a relaxación completa.</li> </ul> <p>Para que a muller comprenda o exercicio, podemos indicarlle que imaxine un <u>ascensor</u> que vai subindo “piso por piso” ata chegar ao último, onde para, e logo volve baixar igualmente “por pisos” (o número de pisos dependerá da capacidade de cada muller).</p> <p>Ao igual ca na semana anterior, practicará os exercicios no seu domicilio, tendo en conta os tempos de descanso entre contracción e contracción para non producir fatiga muscular.</p>
<p><b>III</b> SESIÓN</p> <p>Posta en común, percepción da propia evolución, verase se houbo dificultades e repaso dos exercicios anteriores.</p>	<p>Ensinarase un <b>novo exercicio</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b>Sentada</b> nunha cadeira, coas costas rectas, os pés apoiados e separados, intentará facer o exercicio da sesión II, centrando a atención en notar como se eleva o perineo respecto da cadeira ao contraer a musculatura do solo pelviano e como logo volve á posición inicial tras a relaxación.</li> </ul> <p>Podemos indicarlle que vaia contraendo progresivamente, como un <u>ascensor</u> que vai subindo “piso por piso”, que manteña a contracción un par de segundos e, ao alcanzar a contracción máxima, que vaia relaxando, por pisos, mantendo e relaxando pouco a pouco, ata alcanzar a relaxación total da musculatura do solo pelviano.</p>

No caso de querer traballar a forza da musculatura do solo pelviano, recoméndase incluír un número baixo de repeticións de contraccións fortes ou contra gravidade; mentres que, se o que pretendemos é traballar a resistencia con cargas baixas ou moderadas, realizaremos un elevado número de contraccións ou contraccións máis prolongadas.



## Programa de exercicios de adestramento da musculatura de solo pelviano

Exercicios para **realizar no domicilio**

### A.7

#### Programa de exercicios de adestramento da musculatura de solo pelviano

#### A.7.3 Exercicios para realizar no domicilio

Respecto da pauta de exercicios que se vai realizar no domicilio existen varias posibilidades que se adaptarán ao estado inicial e á súa evolución individual.

- ▶ Unha pauta inicial pode ser de 10 contraccións de intensidade submáxima de catro segundos, descanso de dez segundos entre cada contracción, tres series.
- ▶ A progresión será lenta e adaptada a cada muller, aumentarase un segundo cada dúas semanas e chegarase a aguantar ata dez segundos, se é posible.
- ▶ Tamén podemos aumentar o número de contraccións e series, ata cinco series de 15 contraccións cada unha, de forma individual e progresiva segundo a evolución.
- ▶ Igualmente iremos cambiando a **posición** na que se realicen os exercicios de adestramento da musculatura do solo pelviano; poden ser realizados inicialmente en **posición supina, decúbito supino (DS)** e **decúbito lateral (DL)**, sen que se vexan afectados polo efecto da gravidade, e en **cuadrúpede (C)**.

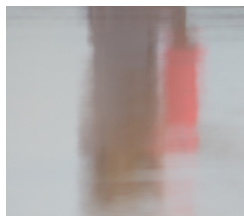
A medida que se produce o fortalecemento da musculatura do solo pelviano, e para aumentar a carga, haberá que propiciar o adestramento en **sedeste (S)** e de **xeonllos (X)** e, finalmente, en **bípede (B)** e en **crequenás**, posición na que a carga se intensifica.

#### Exemplo de programación de exercicios de adestramento da musculatura do solo pelviano

Respecto da pauta de exercicios que se vai realizar no domicilio existen varias posibilidades que se adaptarán ao estado inicial e á súa evolución individual.

Este grupo propón como guía:

▶ <b>Primeiras catro semanas</b>	<b>10</b> contraccións de <b>catro segundos</b> de duración cada unha, un total de <b>tres series por día</b> . Intensidade submáxima. ▶ Cada serie nunha posición diferente: <b>DS, DL e C</b> .
▶ <b>Dúas semanas despois</b>	<b>10</b> contraccións de <b>cinco segundos</b> de duración cada unha, un total de <b>tres series por día</b> . Intensidade submáxima. ▶ Irase variando de posición: <b>DS, DL, C, S e X</b> .
▶ <b>Dúas semanas despois</b>	<b>10</b> contraccións de <b>seis segundos</b> de duración cada unha, un total de <b>catro series por día</b> . Intensidade submáxima. ▶ Irase variando de posición: <b>DS, C, S, X e B</b> .
▶ <b>Dúas semanas despois</b>	<b>10</b> contraccións de <b>sete segundos</b> de duración, un total de <b>cinco series</b> . Intensidade submáxima. ▶ Cada serie nunha posición diferente: <b>DS/DL, C, S, X e B</b> .
▶ <b>Dúas semanas despois</b>	<b>15</b> contraccións de <b>oito segundos</b> de duración, un total de <b>cinco series</b> . Intensidade submáxima. ▶ Cada serie nunha posición: <b>DS/DL, S, X, B e crequenás</b> .



## Masaxe perineal durante o embarazo

### A.8

#### Masaxe perineal durante o embarazo

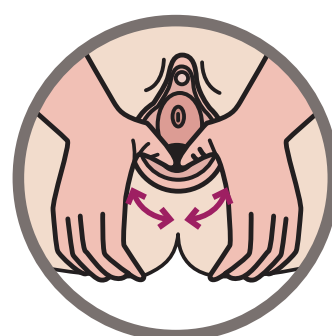
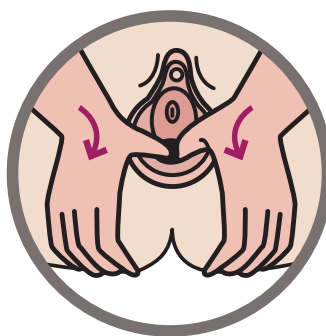
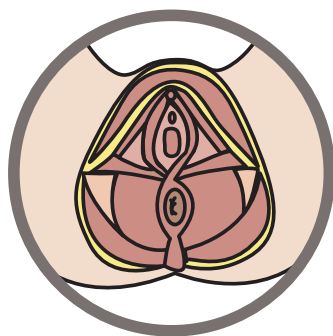
##### Recomendacións previas á masaxe

A masaxe perineal realizada durante o embarazo é unha técnica útil para previr traumatismos perineais. Coa realización da masaxe, preténdese estirar o perineo e dotalo de máis elasticidade.

Demostrouse que a masaxe perineal é eficaz se se comeza a practicar, como mínimo, seis semanas antes da data do parto. Ademais, pódese implicar a parella na súa execución.

##### Lavar ben as mans. As uñas deben estar limpas e cortadas.

- ▶ Buscarase **un lugar cómodo** da casa e utilizarase un espello para poder explorar o perineo.
- ▶ Posición **semisentada**.
- ▶ Pódese comezar cun **baño quente** de 10 minutos ou aplicando **compresas quentes** na zona perineal para relaxala.
- ▶ **No caso de automasaxe**, levarase a cabo co dedo polgar e, se o fai a parella, cos dedos índice e corazón, introducindoos ata a segunda falanxe.
- ▶ **Lubricaranse** os dedos, a vaxina e o perineo cun lubricante acuoso.
- ▶ **Colocaranse** os dedos dentro da vaxina (uns 3 ou 4 cm). Empuxarase o perineo cara á zona do recto e cara aos lados da vaxina, estírase a zona ata que se note proído e mantense a presión sobre a zona do perineo cos dedos durante dous minutos ou ata que moleste.
- ▶ Cóllese a zona perineal entre o dedo polgar (no interior) e os dedos índice e corazón (no exterior) e realízase un **movemento de vaivén**. Este movemento estira os tecidos da vaxina e os músculos e a pel do perineo. Realizarase esta masaxe durante **tres ou catro minutos**.
- ▶ Durante a masaxe, **non premer** sobre a uretra para evitar posibles infeccións de urina.
- ▶ Cóllese a parte inferior da vaxina entre os dedos e **estírase**. Isto axudará a experimentar a sensación de presión da cabeza do feto sobre a zona.
- ▶ Convén **practicar** este masaxe **unha vez ao día**. Logo dunha semana, deberíanse apreciar os resultados deste exercicio sobre o perineo e a vaxina: máis flexibilidade e máis estirada.





## A.9

Proposta de exercicios durante as **sesións prenatais**

## Proposta de exercicios durante as sesións prenatais

## Exercicios para a tonificación do solo pelviano

**Exercicios para a tonificación do solo pelviano:** mediante a práctica diaria de contraccións e estiradas musculares pódese recuperar e regular o ton dos músculos do solo pelviano.

A primeira tarefa consistirá na discriminación dos grupos musculares do solo pelviano e achegados, para iso convén que a muller adopte posturas que de por si illan ou diminúen a capacidade de contracción dos adutores e glúteos e favorecen a contracción do perineo.

Pódense practicar en distintas posicións, podemos propoñer que os realicen en **bípede, sentadas ou deitadas** sobre as costas coas pernas separadas (mentres a muller non adquira a habilidade de contraer, logo pódese facer con elas xuntas).

### ► Sobre o chan

A embarazada adoptará unha posición en **decúbito lateral preferiblemente**, para evitar hipotensión supina; a columna lumbar e a pelve deben quedar en posición neutra, para iso podemos pedir movementos de extensión-flexión de columna lumbar, así como retroversión-anteversión da pelve, para que lle sexa máis doado encontrar esa posición correcta.

- **1** ► **Exercicio de relaxación suave** para interiorización, percepción e toma conciencia corporal.
- **2** ► Visualizar o solo pelviano durante a expiración e realizar unha **contracción** do músculo **transverso do abdome** e, simultaneamente, unha contracción conxunta de todo o **perineo**, durante **catro segundos** e **relaxar** durante **oito segundos, 10 repeticións**.

### ► En cuadrupedia

É útil comezar con **flexibilización da zona lumbo-pelviana**.

- **1** ► **Toma de conciencia** e interiorización da **posición de estabilidade** (neutra).
- **2** ► Visualizar o solo pelviano durante a expiración e realizar unha **contracción** do músculo **transverso do abdome** e, simultaneamente, unha contracción conxunta de todo o **perineo**, durante **catro segundos** e **relaxar** durante **oito segundos, 10 repeticións**.

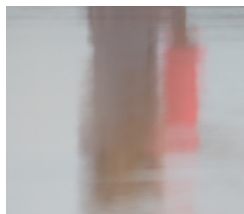
### ► Sedestación

Pasamos a unha posición antigravitatoria, o solo pelviano debe vencer a forza da gravidade e o peso das vísceras na súa contracción. Debemos comprobar que a muller se senta correctamente, notando que o apoio se fai sobre os isquions, as pernas deben estar rectas e os pés apoiados no chan.

- **1** ► **Tomar conciencia** da pequena tensión que lle supón esta postura ao solo pelviano.
- **2** ► Igual ca nas posicións anteriores, **visualizar a musculatura en expiración** realizar a **contracción** conxunta de **transverso** e musculatura do **solo pelviano**.

### ► En bipedestación

- **1** ► **Tomar conciencia da propia estática e estabilidade corporal** no seu conxunto. Para facilitar a identificación da postura correcta, recomendar que se realicen distintos movementos lumbo-pelvianos de balanceo laterais, anteroposteriores, círculos pequenos, círculos grandes, facer un 8 apaisado...
- **2** ► Realizar **contracción** de **transverso** e **musculatura do solo pelviano**.



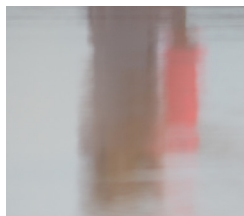
## A.10

Proposta de exercicios durante as **sesións posnatais**

### Proposta de exercicios durante as **sesións posnatais**

Proposta de cinco exercicios para o programa de **adestramento da musculatura do solo pelviano posnatal**

<p>► <b>Decúbito supino</b></p>	<p>► Coas cadeiras e os xeonllos flexionados e cos pés apoiados: contracción lenta ata lograr un peche completo e relaxación lenta. Indicaráselle que contraia a musculatura de forma lenta ata notar o peche completo, debe manter a contracción uns segundos, segundo a súa capacidade, e logo ir diminuindo a intensidade da contracción, notando como se vai relaxando de forma lenta ata a relaxación completa.</p> <p>Para que a muller comprenda o exercicio, podemos indicarlle que visualice un ascensor que vai subindo “piso por piso” ata chegar ao último, onde para, e logo volve baixar igualmente “por pisos” (o número de pisos dependerá da capacidade de cada muller).</p>
<p>► <b>Sentada nunha cadeira</b></p>	<p>► Coas costas rectas, os pés apoiados e separados, intentará facer o exercicio anterior, centrando a atención en notar como se eleva o perineo respecto da cadeira ao contraer a musculatura do solo pelviano e como logo volve á posición inicial tras a relaxación.</p> <p>Podemos indicarlle que vaia contraendo progresivamente, como un “ascensor que vai subindo piso a piso”, que manteña a contracción un par de segundos e, ao alcanzar a contracción máxima, que vaia relaxando, por pisos, mantendo e relaxando pouco a pouco, ata alcanzar a relaxación total da musculatura do solo pelviano.</p> <p>Nesta posición o perineo ten que vencer non só o peso das vísceras senón tamén a forza da gravidade</p>
<p>► <b>Posición bípede</b></p>	<p>► Cos xeonllos sen tensión, columna e pelve en posición neutra, contracción de intensidade submáxima (50 % de forza máxima) da musculatura do solo pelviano, toma de conciencia e balanceo lateral da pelve (5 veces a cada lado).</p> <p>► Coa columna e pelve neutra, contracción de intensidade submáxima (50 %) da musculatura do solo pelviano, toma de conciencia e realizar flexión e extensión alternativa dos xeonllos, de modo que cando un se flexiona o outro se estende, notar como a pelve se vai elevando alternativamente dun lado e doutro. Repetir 10 veces.</p> <p>► Cos xeonllos, columna e pelve neutra, contracción de intensidade submáxima (50 %) da musculatura do solo pelviano, toma de conciencia e elevación do talón dun pé, dende aí, extensión completa do xeonllo, notará como se eleva a pelve dese lado (5 repeticións de cada lado).</p> <p>Debemos aconsellarlle á muller que practique os exercicios no seu domicilio, tendo en conta os tempos de descanso entre contracción e contracción para non producir fatiga muscular.</p> <p>Podemos acompañalos de música relaxante ou de cancións de berce e a nai pode ter o bebé no colo. Deste xeito, ao tempo que a nai realiza os exercicios, non deixa de atender o seu bebé.</p>



## A.11

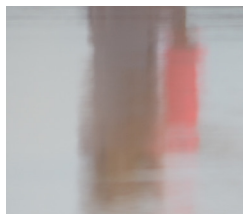
Proposta de  
exercicios durante  
as **sesións**  
**de grupo de**  
**climaterio**

**Proposta de exercicios  
durante as sesións de grupo  
de climaterio**

Sentada dereita, nunha cadeira,  
cos pés apoiados e separados (\*)

Exercicio <b>1</b>	▶ Exercicios de identificación da musculatura mediante <b>apertura e peche de esfínteres</b> por 2-3 veces e logo mediante <b>contraccións lentas</b> (3-5 segundos de contracción e 10 segundos de relaxación) 10 veces.
Exercicio <b>2</b>	▶ <b>Contracción da musculatura perineal</b> , con intención de peche e tirando dela cara ao embigo, lentas, mantidas e <b>relaxar</b> con freada <b>por niveis</b> : contraer a musculatura ao máximo, manter uns segundos, segundo a súa capacidade, e logo ir diminuíndo a contracción por niveis ou “por pisos” (deste modo apreciara se perdeu ou non tensión sen querelo).
Exercicio <b>3</b>	▶ Centrar a atención no <b>esfínter anal</b> : pechar ao máximo e relaxar por 2-3 veces para tomar conciencia e logo realizar 10 contraccións por niveis (como un ascensor subindo e baixando por pisos); por exemplo, unha contracción de catro pisos: ir subindo piso a piso (contraendo máis, máis, máis ata catro, parar uns 5 segundos en contracción máxima e baixar freando por pisos, menos, menos, menos ata 0).
Exercicio <b>4</b>	▶ <b>Contracción de transversos perineais</b> : tirar dos laterais dos músculos cara ao centro (como se pechásemos unha porta de corredoiro con peche central na vaxina). Realizar contraccións sostidas durante 5-7 segundos ou máis.

(\*) Pódese variar esta postura nos primeiros días de adestramento para a mellor percepción da musculatura perineal, se asociamos anteversión pelviana, facilitamos a percepción da musculatura anterior e se engadimos retroversión a da musculatura posterior.



## A.12

Proposta de **contido**  
da historia clínicaProposta de **contido**  
da historia clínica

Tendo en conta que gran parte dos datos estarán reflectidos na historia clínica da muller, deberíamos levar a cabo unha anamnese para recoller os que non consten nela e que teñan relación co proceso actual da muller (embarazo, puerperio, climaterio ou disfunción do solo pelviano):

- Idade.
- Actividade laboral e ou deportiva.
- Antecedentes médicos de interese: obesidade, estrinximento crónico, rinite alérxica, tose crónica, hábito tabáquico...
- Patoloxías médicas e/ou cirúrxicas.
- Tratamentos habituais.

 **Antecedentes xinecolóxicos**

- Contracepción. Método.
- Menopausa fisiolóxica ou cirúrxica. Idade da menopausa.
- Sequidade vaxinal, fluxo vaxinal, prurito vulvar.
- Cultivo vaxinal previo patolóxico e tratamento realizado.
- Patoloxía xinecolóxica.
- Prolapsos órganos pelvianos.
- Cirurxía xinecolóxica.

 **Antecedentes obstétricos**

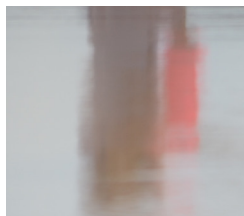
- Número de xestacións, tipo de partos (eutócico, instrumental ou cesárea), abortos. Episiotomía e/ou desgarro. Peso da criatura. Tempo dende último parto/cesárea.
- Adestramento da musculatura do solo pelviano prenatal e/ou posnatal.
- Antecedentes incontinencia urinaria previa, de cirurxía urolóxica.
- Puntuación ICIQ-SF.
- Test de Sandvik.
- Urocultivo previo. Tratamento.
- Sistema de protección para incontinencia urinaria.

 **Sintomatoloxía actual**

- Dor pelviana, dor con sensación de cansazo, aguiloadas no baixo ventre
- Dispareunia, coitorraxia, dificultades na relación sexual, dificultade para alcanzar o orgasmo
- Incontinencia urinaria de esforzo, de urxencia ou mixta
- Prolapsos (especificaranse): uretrocele, cistocele, histerocele, rectocele. Grao do prolapso
- Incontinencia de gases e/ou fecal

No caso de que a **resposta** sexa **SI** a calquera das anteriores preguntas, debemos preguntar dende cando sucede, cando sucede, a que lle parece que se debe... ata conseguir información que nos oriente no diagnóstico.

- Sente que esta situación está afectando ou pode afectar a súa relación sexual?



## A.13

**Hábitos de vida saudable para a prevención de disfuncións do solo pelviano**
**Hábitos de vida saudable para a prevención de disfuncións do solo pelviano**

Para manter e mellorar a saúde da poboación, debemos ter en conta a xenética, os factores ambientais, o estilo de vida e a atención sanitaria.

Dentro da atención sanitaria están os programas de saúde, que son ferramentas básicas que se promoven co fin de incidir positivamente na saúde da poboación. Ademais sabemos que as mulleres son axentes de saúde para as súas familias e a comunidade onde se moven, por iso, cando se traballan temas de saúde con elas, dos esforzos investidos obtéñense resultados multiplicados.

**O estilo de vida** é un dos piares onde se sostén o benestar do individuo; xa que logo, as técnicas de **modificación de conduta** relacionadas coas medidas **hixiénico-dietéticas** son o primeiro eslavón terapéutico.

Numerosos estudos apuntan a factores relacionados co estilo de vida como favorecedores ou causantes das disfuncións ou patoloxías do solo pelviano.

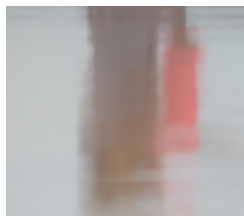
Se sabemos que factores como a obesidade, o estrinximento, a tose crónica, os traballos de esforzo (repoñedoras, mariscadoras...), a práctica de deportes de impacto, o uso de faixas ou o envellecemento son os favorecedores ou causantes das distintas disfuncións ou patoloxías, e tendo en conta que a máis frecuente delas é a perda de urina, podemos incidir neles para valorar ata que punto son modificables dentro do estilo de vida da muller e así previr, mellorar ou curar estes trastornos.

- ▶ **A obesidade é un factor de risco** independente para a incontinencia urinaria en mulleres maiores; un IMC > 25 relaciónase con maior prevalencia de incontinencia urinaria de esforzo e incontinencia urinaria mixta e tamén coa severidade da incontinencia urinaria.
- ▶ **O estrinximento** tamén se asocia coa incontinencia urinaria, pola hiperpresión intraabdominal continuada que supón para as estruturas pelvianas.
- ▶ Igual ocorre con aquelas mulleres que realizan **actividades laborais con esforzos intensos**, teñen máis risco de incontinencia urinaria e tamén de prolapso de órganos.

**Manter en bo estado a musculatura perineal** ten moito que ver co estilo de vida ao longo dos anos, é por iso que as **medidas hixiénico-dietéticas** básicas poden ter unha repercusión positiva na prevención e tratamento das disfuncións do solo pelviano:

- **Coidar** o sistema xenito-urinario.
- **Evitar** o estrinximento e non forzar na defecación.
- **Manter** un peso adecuado.
- **Tonificar e fortalecer** a musculatura do solo pelviano.
- **Protexer** automaticamente o solo pelviano ante situacións de risco de aumento de presión intraabdominal.
- **Evitar** o tabaquismo.
- **Realizar** exercicio físico adecuado.

Estes deberían ser coidados preventivos que formasen parte da vida diaria das mulleres para chegar á idade adulta e vellez cun solo pelviano nas mellores condicións posibles.



## A.13

### Hábitos de vida saudable para a prevención de disfuncións do solo pelviano

#### A.13.1 A atrofia vulvo-vaxinal debida ao déficit estroxénico

### Hábitos de vida saudable para a prevención de disfuncións do solo pelviano

O **envellecemento** produce cambios na vulva, na vaxina, na uretra e na vexiga

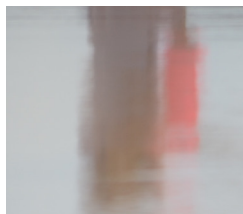
A **atrofia vulvo-vaxinal** debida ao **déficit estroxénico** é un problema común despois da menopausa.

#### Cambios ocasionados polo déficit estroxénico

- ▶ **Diminución da lonxitude da vaxina** e, en ocasións, do diámetro e do grosor.
- ▶ **Perda** da elasticidade, do pelo púbico, así como de graxa no monte de Venus e labios maiores
- ▶ **Atrofia do clítoris.**
- ▶ **Diminución da vascularización** (pasa a ter unha cor rosa pálido).
- ▶ **Sequidade vaxinal.**
- ▶ **Diminución dos lactobacilos** que ocasiona **elevación do Ph.**
- ▶ **Aumento do crecemento bacteriano.**
- ▶ **Dor e sangrado** nas relacións coitais así como nas exploracións.
- ▶ **Na uretra e na vexiga** vai producir:
  - Aumento de miccións, sobre todo durante a noite.
  - Molestias ao orinar.
  - Incontinencia de urina.
  - Aumento de infeccións urinarias

#### Medidas de autocoidado que se recomentan

- **Hixiene** xenital externa con moderación –abonda coa ducha diaria–, con xabóns neutros e auga morna. Hai que ter en conta que a hixiene pode constituír para a muller un coidado importante para aliviar a sensación de inseguridade ocasionada polas perdas de urina. Deben evitarse piscinas moi cloradas.
- **Utilízanse** cremas con efecto balsámico e con substancias dermorreparadoras
- **Usarase** roupa interior de algodón. Evítanse os salva-slip; se se precisan, que sexan de algodón. Mudarase a roupa interior diariamente.
- **Evítase** vestir prendas axustadas, como braga-faixas, faixas abdominais, pantalóns moi axustados, que reteñen a calor e humidade e ademais favorecen que os abdominais se volvan preguiceiros e se atrofien, entón o solo pelviano será o único que amorteza, que sosteña.
- **Non se usarán** desodorizantes nin pos perfumados.
- **Cremas lubricantes e hidratantes** poden resolver a sequidade vaxinal, na maioría dos casos, resolverase a dispareunia e mellorarán as relacións coitais.
- A **THS**, se procede, local ou sistémica con valoración profesional.
- **A estimulación** sexual frecuente favorece o fluxo de sangue á zona xenital e pode axudar á saúde da vaxina. Ampliarase a panorámica do pracer sexual mediante masaxes, caricias, masturbación e autoestimulación.
- **Practicarase** diariamente os exercicios de adestramento da musculatura do solo pelviano.
- **Evítanse** exercicios que provoquen esforzos intensos con aumento da presión abdominal sobre o solo pelviano.
- **Controláranse** as situacións que aumentan a presión abdominal como a tose crónica, tocar instrumentos de vento ou cantar, polo uso excesivo do diafragma e o esforzo abdominal que supón.
- **Actívanse o AUTOMATISMO DE PROTECCIÓN:** supón que ante calquera acción que implique un empuxe ou caída brusca da masa abdominal (saltar, correr, defecar, vomitar, soprar, tusir, esberrar, levar pesos, realizar exercicios abdominais hiperpresivos etc.) se debe adquirir o hábito de protección contraendo a musculatura do solo pelviano antes do esforzo.
- **Corrección postural.** Camiñárase mirando á fronte, tirando do cocote cara arriba. A maioría das mulleres camiña mirando ao chan, desprazando así o eixe do corpo cara ao perineo cando debe situarse na columna vertebral.
- **O uso de conos vaxinais** ou de **bolas chinesas** tamén pode axudar a manter o ton do solo pelviano tras a valoración e asesorada por un profesional sanitario.
- **Practicarase** exercicio físico normopresivo (camiñar, nadar) de forma regular.
- **Evítase** o consumo de tabaco. Existe unha asociación demostrada entre hábito tabáquico e incontinencia urinaria.



## Hábitos de vida saudable para a prevención de disfuncións do solo pelviano

### A.13

#### Hábitos de vida saudable para a prevención de disfuncións do solo pelviano

##### A.13.2 Estratexias de prevención da infección de vías urinarias

#### Estratexias de prevención da infección de vías urinarias

- ▶ **Ouriñarse** sentada sen apoio ou en crequenas porque, ao facelo así, non se realiza un baleirado completo da vexiga debido á forza que se fai no abdome.
- ▶ **Evitarase** reter a urina. Irase ao baño sempre que se sinta necesidade e baleirarse a vexiga, pero sen empuxar nin forzar.
- ▶ **Técnicas de modificación condutual no caso da incontinencia urinaria de urxencia:** instruírase a paciente en disociar o desexo miccional da acción de baleirado voluntario, intentando restablecer un patrón normal de micción e a realización dunha micción programada, aumentando paulatinamente o intervalo de tempo. Adaptarse a un horario. Intentará ouriñar antes de saír da casa.

Valorarase a derivación ao seu médico de cabeceira no caso de que precise tomar anticolinéxicos. Despois dunhas seis semanas de tratamento, valorarase a eficacia ou se precisa ser derivada a un especialista.

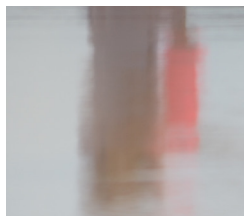
#### Información para que a muller realice a reeducación vesical

1. A muller ouriñará cada "x" tempo.(\*)
2. Deberá ir ouriñar teña ou non ganas de facelo.
  - Non ouriñará nunca antes do horario fixado, aínda que teña ganas. Se ten ganas, deberá "distraerse" e pensar noutra cousa: cantar, pensar nun conto... calquera tema que lle resulte a ela útil para tal fin.
  - A muller seguirá estas instrucións ata que pasen dous días sen perdas.
3. Cando leve dous días sen perdas, alongará o tempo entre miccións (se era cada dúas horas, pasará a dúas horas e media). Non volverá atrás aínda que ouriñe algunha vez. Insistirá e manterase firme.
4. Cada vez que xa leve dous días sen escapes, volverá alongar o tempo media hora máis... ata chegar ás catro horas.
5. Cando chegue a intervalos de catro horas, rematou o seu adestramento. Non volverá atrás. Felicitaremos a muller polo seu esforzo, polo traballo ben feito e os obxectivos acadados. Lembrarémolle que debe manterse así e non volver atrás e aumentar a frecuencia de ouriñar.

Estas mulleres aínda que non adoitan ter debilidade muscular, tamén se poden ver beneficiadas polos exercicios de adestramento da musculatura do solo pelviano domiciliarios, porque o traballo da toma de conciencia da zona axudaralles a mellorar a percepción e a integrar esta parte do seu corpo.

- ▶ **Evitarase** o estrinximento, as feces retidas premen e irritan a vexiga.
- ▶ **Ouriñarse** antes da relación coital. Micción e hixiene tras o coito.
- ▶ **Limparase** de diante para atrás despois de ouriñar ou defecar para evitar a diseminación bacteriana.
- ▶ **Non se utilizarán** produtos de hixiene feminina que poidan irritar a uretra.
- ▶ **Restrinxiranse** os alimentos irritantes: café, zume de pomelo ou tomate.
- ▶ **O zume de arandos puro** (sen sucre, nin edulcorantes) equilibra o pH da urina na vexiga.

(\*O tempo que se marca depende da frecuencia miccional da muller... consensúase con ela.



## Hábitos de vida saudable para a prevención de disfuncións do solo pelviano

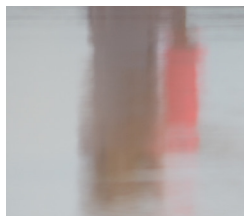
### A.13

#### Hábitos de vida saudable para a prevención de disfuncións do solo pelviano

##### A.13.2 Estratexias de prevención da infección de vías urinarias

#### Alimentación e inxestión de líquidos adecuada na incontinencia urinaria

- Cómpre coñecer os **alimentos diuréticos**, saber que estimulan a función renal e aumentan a cantidade de urina co fin de controlar a súa inxestión cando se padece incontinencia urinaria: cabaciña, melón, sandía, espárragos, endivias, uvas, néspersas, melocotón, alcachofa, apio, berenxena, coliflor, cebola.
- Hai que controlar o consumo de bebidas que conteñan **alcohol** ou **cafeína**: o alcohol pode producir incontinencia xa que interfere nos sinais nerviosos. O café ou refrescos de cola irritan o tracto urinario e poden aumentar a necesidade de ouriñar e as perdas.
- **Inxestión hídrica adecuada**, dun litro e medio a dous de auga ao longo do día, tendo en conta que unha inxestión hídrica abundante nas horas previas ao descanso nocturno se relaciona cun maior número de episodios de incontinencia urinaria, polo que, no caso de incontinencia urinaria se limitará a inxestión a partir da merenda e reducirase o consumo de substancias excitantes (alcohol, café, té). Isto pode ter efectos beneficiosos sobre o número de escapes, aínda que non hai datos concluíntes.
- É importante **non diminuír a cantidade diaria de auga recomendada**, intentarase pautala (reducila pola tarde/noite). Reducir a inxestión de líquidos pode facer que a urina estea máis concentrada, o que levará a ouriñar con máis frecuencia xa que se agrava o problema da vexiga. Se se bebe demasiada auga, aumentará a urxencia de ir ao baño, polo que é recomendable manter un equilibrio saudable.



## Hábitos de vida saudable para a prevención de disfuncións do solo pelviano

### Estrinximento

## A.13

### Hábitos de vida saudable para a prevención de disfuncións do solo pelviano

#### A.13.3 Estrinximento

O **estrinximento** descríbese como unha diminución do ritmo defecatorio que provoca feces escasas e duras, acompañado de grandes esforzos para permitir a súa evacuación.

Se durante a defecación nos axudamos de grandes esforzos, provocamos un aumento importante da presión intraabdominal que propicia a hipermobilidade uretral, o desprazamento de órganos e a debilidade do solo pelviano.

Isto, sumado a outros factores, ocasionará a perda da correcta función dos esfínteres, polo que será urxente tratar o estrinximento para non agravar os problemas.

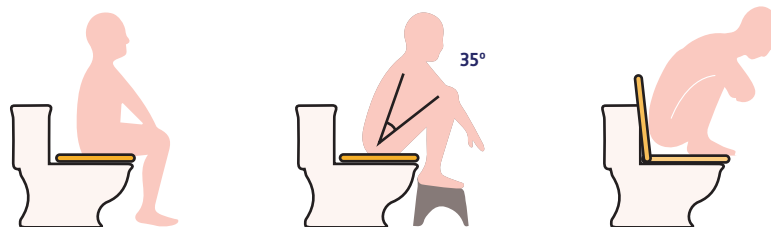
Mayoritariamente o estrinximento está provocado por **hábitos alimenticios pouco saudables**:

- ▶ Alimentación con escasa achega de fibra e comida rápida.
- ▶ Malos hábitos horarios para acudir ao baño.
- ▶ Escasa inxestión de líquido (sobre todo auga).
- ▶ Estrés e nerviosismo.
- ▶ Sedentarismo e falta de exercicio físico regular. A vida sedentaria con falta de actividade física está relacionada co estrinximento e enlenteceamento do tránsito intestinal, favorecendo un debilitamento da musculatura do solo pelviano.
- ▶ Cafeína e alcohol.
- ▶ Uso excesivo de laxantes.
- ▶ Cambio de costumes: viaxes, posición para defecar...
- ▶ Envelleceamento.
- ▶ Embarazo.

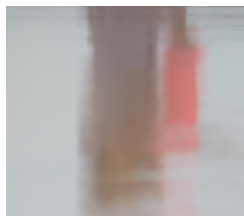
#### Recomendacións para favorecer o tránsito intestinal e diminuír o estrinximento.

Consistirán basicamente en cambiar algúns hábitos:

- **Adoptar** unha postura flexionada (o ángulo entre tronco e xeonllos debe ser de 35 °) que facilite a defecación. Sentadas no baño, poñer unha banqueta baixo os pes, as costas deben estar o máis rectas que poidan.
- **Facilitar** a defecación sen ter que realizar puxos retendo o aire (manobra de Valsalva). Empurrar cada vez que se realiza unha espiración lenta relaxa a musculatura, non xera tensión e facilita o descenso das feces sen que prema no solo pelviano.



- **Alimentación** rica en fibra, inxestión media de litro e medio ou dous litros de auga /día.
- **Establecerase** un horario de rutina diaria para lograr un hábito de defecación regular.
- **Non se inhibirá** o desexo defecatorio por falta de tempo ou por presentar algunha causa que produce dor ao realizar as deposicións, como poden ser feces duras, hemorroides ou fisuras anais. Isto é un erro moi frecuente que se debe evitar, xa que contribúe á aparición e agravamento do estrinximento.
- **Realización** de exercicio físico regular, é recomendable camiñar de 30-60 minutos diarios.



## A.13

### Hábitos de vida saudable para a prevención de disfuncións do solo pelviano

#### A.13.4 Alimentación

### Hábitos de vida saudable para a prevención de disfuncións do solo pelviano

### Alimentación no caso de mulleres de 50 a 70 anos

Recomendacións alimentarias para manter un IMC adecuado e evitar o sobrepeso e a obesidade.

- ▶ 1 ▶ **Consumir alimentos variados todos os días.** É a clave da dieta mediterránea que, máis ca un patrón alimentario, constitúe todo un estilo de vida saudable. Tomar racións pequenas de carne magra dúas veces á semana e peixe dúas-tres veces á semana.
- ▶ 2 ▶ **Aumentar o consumo diario de alimentos vexetais.** As froitas e verduras achegan antioxidantes naturais e fibra, factores que axudan a previr a enfermidade cardiovascular, a diabete e o cancro.
- ▶ 3 ▶ **Consumir lácteos desnatados: leite, iogur, queixo.** Tomaranse diariamente catro ou cinco vasos pequenos de leite desnatado ou o seu equivalente en iogures e queixo (mellor fresco e de pasta branda). A achega de calcio é importante para previr a osteoporose e outras enfermidades. No caso de intolerancia aos lácteos, realizárase a achega de calcio con outros alimentos ricos en calcio (peixe, ovos, cereais, verduras etc).
- ▶ 4 ▶ **Moderar o consumo de graxa:** elixir o aceite de oliva. Cociñar os alimentos cocidos ou á prancha. Evitar os fritos e rebozados. Evitar os doces industriais e as galletas.
- ▶ 5 ▶ **Evitar o consumo de alimentos salgados.** Reducir o consumo de sal axuda a previr ou controlar a hipertensión arterial. Moderar o consumo de conservas, embutidos e de todos os alimentos precociñados.
- ▶ 6 ▶ **Controlar o peso mediante a alimentación e a actividade física.** A obesidade é un factor de risco para enfermidades crónicas como a diabetes e o cancro. A Organización Mundial da Saúde recomenda acumular 150 minutos semanais de actividade física para os adultos de ata 64 anos. Ter en conta cantas calorías se necesitan cada día e levar unha alimentación saudable, de acordo con estes consellos.

Unha alimentación adecuada que manteña o IMC entre 19 e 25 kg/m<sup>2</sup> vai resultar unha medida preventiva eficaz para a prevención das disfuncións do solo pelviano. Canto maior sexa o IMC máis peso ten que soportar o solo pelviano.

### 10 recomendacións para as mulleres de 50 a 70 anos



- 1 **Almorza** todos os días. Regularás mellor a sensación de apetito á hora de comer.
- 2 **Fai** 4 ou 5 comidas lixeiras ao día e evita picar entre elas.
- 3 **Diminúe** progresivamente o tamaño das racións.
- 4 **Procura** non repetir: intenta quedar cunha lixeira sensación de fame en lugar de plenitude.
- 5 **Consumo** máis alimentos de baixa densidade calórica: hortalizas, verdura, froitas.
- 6 **Consumo** poucos alimentos de densidade enerxética elevada, ricos en azúcares e graxas engadidas: alcohol, bebidas azucaradas, refrescos, doce...
- 7 **Modera** o consumo dos alimentos fritos e rebozados. Prioriza os cociñados á prancha e ao forno.
- 8 **Bebe** máis auga e evita as bebidas azucaradas.
- 9 Se comes habitualmente fóra da casa, **elixe** as preparacións máis sinxelas do menú: pratos con verduras, hortalizas e legumes, preparacións pouco salgadas e froita para a sobremesa.
- 10 **Diminúe** a presenza de alimentos superfluos na despensa: evita as tentacións.



## Hábitos de vida saudable para a prevención de disfuncións do solo pelviano

### Actividade física

## A.13

### Hábitos de vida saudable para a prevención de disfuncións do solo pelviano

#### A.13.5

#### Actividade física

As recomendacións da actividade física en canto á duración, intensidade e frecuencia han de estar marcadas e adaptadas ás circunstancias de cada persoa, segundo a súa situación, capacidades e preferencias.

O ideal sería unha **actividade moderada-intensa a maioría dos días da semana** (subir e baixar escaleiras, arranxar o xardín, facer os traballos da casa) e ademais uns corenta minutos polo menos tres veces á semana de exercicio máis intenso: baile, andar, nadar ou algún outro deporte que lle resulte agradable.

**Non se recomentan deportes considerados de alto impacto:** correr, aeróbic, levantamento de pesos, saltos etc. porque son os que máis se relacionan coas disfuncións do solo pelviano debido, como xa se dixo, ao aumento da presión intraabdominal durante a súa práctica, a cal sobrecarga negativamente o solo pelviano. Se lle sumamos a respiración incorrecta, con apneas e respiración contida que ás veces se fan durante a práctica deportiva, agrávase máis aínda o problema.

A moitas persoas cústalles incorporar a actividade física á súa vida diaria. As escusas máis comúns son falta de tempo, por metas imposibles, falta de acompañamento etc.

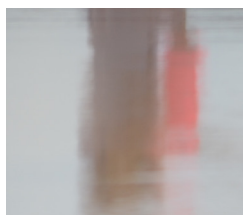
#### Pautas para a práctica saudable da actividade física:

- ▶ 1 ▶ Elixir unha actividade agradable e axeitada.
- ▶ 2 ▶ Establecer obxectivos realistas.
- ▶ 3 ▶ Ser constante.
- ▶ 4 ▶ Determinar a cantidade de actividade física que hai que facer.
- ▶ 5 ▶ Realizar actividades en grupo.
- ▶ 6 ▶ Facer unha autoavaliación.
- ▶ 7 ▶ Elixir a roupa e o calzado máis axeitados.
- ▶ 8 ▶ Seguir unha orde.
- ▶ 9 ▶ Aclarar as dúbidas que poidan xurdir.

**Tabaco:** aquelas mulleres que teñan o hábito tabáquico recibirán un consello claro, personalizado, sistemático e continuado para que o deixen. Usarase o material e guías existentes para combater este hábito e tamén apoio emocional e psicolóxico se fose preciso. Fumar é un factor de risco, porque ocasiona secrecións na gorxa e tose repetida e continuada.



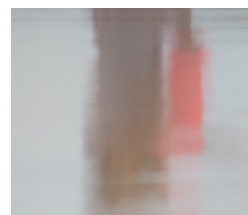
## Referencias bibliográficas



- Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2002; 21:67-78.
- Alfaro-Lara, Eva Rocío, Daniel Palma-Morgadob, Elena Hevia-Álvarez, María de la O Carballo-Camachob, Ingrid Ferrer López, Juan Carlos Domínguez-Camachob y Trinidad Desongles-Corrales. Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Virgen del Rocío y Distrito atención primaria Sevilla, Sevilla, España. Estudio sobre la utilización y adecuación de absorbentes para la incontinencia urinaria en un distrito de atención primaria. *Enferm Clin*. 2011; 21 (6): 320-326.
- Albiñana Soler A, Costa Ferrando P, Soler F. Consideraciones sobre el trabajo grupal. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Folleto 0. V- 5270-2006. ISBN: 84-482-4510-5.
- Albiñana Soler A, Costa Ferrando P, Soler F. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. La Sexualidad. Folleto 7. V- 5270-2006. ISBN: 84-482-4510-5.
- 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 parto: ensayo clínico controlado no aleatorizado. *Matronas Prof*. 2013; 14(2): 36-44
- Aranburu Elósegui M, Mejías Jiménez A, Etxarri Prim B. Asociación Navarra de Matronas. Hola Climaterio. Bienvenid@. Ayuntamiento de Pamplona (Concejalía de Igualdad). Disponible en [http://www.matronasdenavarra.com/pdfs/climaterio\\_es.pdf](http://www.matronasdenavarra.com/pdfs/climaterio_es.pdf)
- Aruna V, Sarma, Alka Kanaya, Leroy M. Nyberg, John W. Kusek, Eric Vittinghoff, Brandy Rutledge, Patricia A. Cleary, Patricia Gatcomb, Jeanette S. Brown. Risk factors for urinary incontinence among women with type 1 diabetes: findings from the epidemiology of diabetes interventions and complications study. *Urology*: volume 73, issue 6, June 2009, Pages 1203-1209. Disponible en: <http://www.observatoriodelaincontinencia.es/articulos.php>
- Blandine Calais-Germain. LIBRO. El perineo femenino y el parto. Elementos de anatomía y base de ejercicios. Ed. La Liebre de marzo 2009.
- Blandine Calais-Germain, Nuria Vives Parés. Parir en movimiento. Las moviidades de la pelvis en el parto. Ed. La Liebre de marzo 2009.
- Bo K, Haakstad LA. Is pelvic floor muscle training effective when taught in a general fitness class pregnancy? A randomised controlled trial. *Physiotherapy*. 2011; 97: 190-5.
- Bo K, Talseth T, Home I. Single-blind, randomized controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones and no treatment in management of genuine stress incontinence in women. *BMJ* 1999; 318: 487-93.
- Boyle R, Hay-Smith EJ, Cody JD, Mørkved S. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; 10: CD007471.
- Bradley Catherine S, Colleen M. Kennedy, Ingrid E. Nygaard. Pelvic Floor Symptoms and Lifestyle Factors in Older Women. *Journal of Women's Health*. March 2005, 14(2): 128-136. doi:10.1089/jwh.2005.14.128. Volume: 14 Issue 2: March 17, 2005. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15775730>
- Díaz-Mohedo E, Barón-López FJ y Pineda-Galán C. Departamento de Fisioterapia, Universidad de Málaga, Málaga, España. Consideración etiológica, diagnóstica y terapéutica del componente miofascial en el dolor pélvico crónico. *Actas Urol Esp*. 2011; 35 (10): 610-614.
- Dirección de Asistencia Sanitaria. Alternativas eficientes anticolinérgicos na incontinencia urinaria de urgencia. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia, 2015. Disponible en intranet do Sergas: [http://intranet/DOCUMENTOSAsistencia%20Sanitaria/201504/1U%20general%20%20HBP\\_20150407\\_105736\\_3717.pdf](http://intranet/DOCUMENTOSAsistencia%20Sanitaria/201504/1U%20general%20%20HBP_20150407_105736_3717.pdf)
- División de Asistencia Sanitaria. Sergas. Información divulgativa. Plan de atención integral á saúde da muller. "Alimentación e actividade física. Dos 30 aos 50 anos". Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.
- División de Asistencia Sanitaria. Sergas. Información divulgativa. Plan de atención integral á saúde da muller. "Alimentación e actividade física. Dos 50 aos 70 anos". Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.
- Filloi Crespo, Manuel. Revisado y actualizado, octubre 2011. Protocolos de la Sección de Suelo Pélvico de la SEGO. Diagnóstico de la incontinencia urinaria.
- Grupo investigador sobre el dolor pélvico. Síndrome de dolor miofascial del suelo pélvico. <http://sindromedolorpelvico.com/enfermedad/tratamiento-dolor-cronico/>
- Itzaa F, Zarza D, Serra, Gómez-Sancha F, Salinas J y Allona-Almagro A. Disfunción miccional. Síndrome de dolor miofascial del suelo pélvico: una patología urológica muy frecuente. *Actas Urol Esp*. 2010; 34(4): 318-326.
- España Pons, Monserrat. Revisado y actualizado octubre 2011. Protocolos de la Sección de Suelo Pélvico de la SEGO. Tratamiento de la incontinencia de urgencia y del síndrome de vejiga hiperactiva (SVH).
- García Carrasco D y Aboitiz Cantalapiedra J. Fisioterapia,



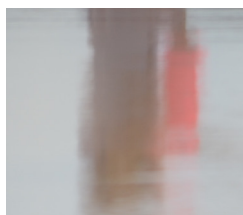
## Referencias bibliográficas



- Universidad Rey Juan Carlos, Alcorcón, Madrid, España. Fisioterapia, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Universidad Rey Juan Carlos, Alcorcón, Madrid, España. Efectividad del entrenamiento de los músculos del suelo pélvico en la incontinencia urinaria: revisión sistemática. *Fisioterapia*. 2012; 34 (2): 87-95.
- García Gálvez G, Cantero Cid R. Unidad de Suelo Pélvico. Hospital Universitario San Carlos. Universidad Complutense Madrid. Clínicas Urológicas de la Complutense, 8, 779-791, Servicio de Publicaciones. UCM, Madrid 2000.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Primera edición: Barcelona, diciembre de 2009. Educación maternal: preparación para el nacimiento. ISBN: 978-84-393-8211-9. Depósito legal: B-43922-2009.
- Generalitat Valenciana. Programa de saúde da muller maior de 40 anos. Consellería de Sanitat. Depósito legal: V-755-2006.
- Hanley J, Capewell A, Hagen S (2001) Validity study of the severity index, a simple measure of urinary incontinence in women. *BMJ*; 322: 1096-1097.
- Hay-Smith J, Mørkved S, Fairbrother KA, Herbison GP. Entrenamiento muscular del piso pélvico para la prevención y el tratamiento de la incontinencia urinaria y fecal en embarazadas y puérperas. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas 2008, Número 4. Art. núm. CD007471. DOI: 10.1002/14651858.CD007471.
- Hogne Sandvik H, Espuna M and Hunskaar S. Validity of the incontinence severity index: comparison with pad-weighting tests (in press). Department of Public Health and Primary Health Care, University of Bergen, Kalfarveien 31, 5015 Bergen, Norway. Hogne.Sandvik@isf.uib.no
- Ko PC, Liang CC, Chang SD, Lee JT, Chao AS, Cheng PJ. A randomized controlled trial of antenatal pelvic floor exercises to prevent and treat urinary incontinence. *Int Urogynecol*. 2011; 22: 17-22.
- Lamelas González, M.ª Elisa; Gema Sánchez Cabezedo-Tirado, Florinda Corzo Álvarez, M.ª Victoria Estevez Muñíos, Teresa González Álvarez, Vanesa Escudero Millos, M.ª Carmen Pérez Blanco, Isabel Soler Escobar, Esteban Araujo Fernandez, Cristina Diaz Castro-Rial, Sergio González Palanca, Servizo de Xinecoloxía e Obstetricia do HCV Ourense. Guía de Educación Sanitaria (Grupo Climaterio). 2006. Sen publicar.
- Leslee L. Subak, M.D., Rena Wing, Ph.D., Delia Smith West, Ph.D., Frank Franklin, M.D., Ph.D., Eric Vittinghoff, Ph.D., Jennifer M. Creasman, M.S.P.H., Holly E. Richter, Ph.D., M.D., Deborah Myers, M.D., Kathryn L. Burgio, Ph.D., Amy A. Gorin, Ph.D., Judith Macer, B.Sc., John W. Kusek, Ph.D., and Deborah Grady, M.D., M.P.H. for the PRIDE Investigators. Weight Loss to Treat Urinary Incontinence in Overweight and Obese Women. *N Engl J Med* 2009; 360:481-490 January 29, 2009 DOI: 10.1056/NEJMoa0806375. Disponible en <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa0806375>
- Lien KC, Mooney B, DeLancey JOL, Ashton-Mille r JA. Levator ani muscle stretch induced by simulated vaginal birth. *Obstet Gynecol*. 2004; 103: 31-40.
- Martínez Bustelo S, Ferri Morales A, Patiño Nuñez S, Viñas Diz S, Martínez Rodríguez A. Entrevista clínica y valoración funcional del suelo pélvico. *Fisioterapia*. 2004; 26: 266-80. vol. 26, núm. 05.
- Martínez Rodríguez A, Martínez Bustelo S, Pita Fernández S, Ferri Morales A, Conde Regueira M.ª T. El programa de educación maternal en el sistema público de salud en Galicia.
- Mattos Baracho S, Barbosa da Silva L, Baracho E, Lopes da Silva Filho A, Ferreira Sampaio R, Mello de Figueiredo E. Pelvic floor muscle strength predicts stress urinary incontinence in primiparous women after vaginal delivery. *Int Urogynecol J*. 2012; 23: 899-906.
- Mørkved S, Bo K, Schei B, Salvesen KKA. Pelvic floor muscle training pregnancy to prevent urinary incontinence; a single-blind randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2003; 101: 313-9.
- Moreno Moreno S, Nogueira López M y Núñez Cortés M. Unidad de Fisioterapia Suelo Pélvico, Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España. Eficacia del protocolo de fisioterapia del Hospital Universitario de Getafe, establecido para la mejoría de la incontinencia urinaria femenina. *Fisioterapia*. 2012; 34 (4): 154-160.
- Miralles, Ramón. Servicio de Geriátría del Parc de Salut Mar, Hospital de la Esperanza, Centro Fòrum y Hospital del Mar, Barcelona, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España. Incontinencia urinaria: múltiples causas, tratamientos diferentes y profesionales distintos. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2011; 46 (1): 5-6.
- Nascimento-Correia G, Santos-Pereira V, Tahara N y Driusso P. Departamento de Terapia Física, Laboratorio de Salud de la Mujer, Universidad Federal de Sao Carlos, Sao Carlos, SP, Brasil. Efectos del fortalecimiento del suelo pélvico en la calidad de vida de un grupo de mujeres con incontinencia urinaria: estudio aleatorizado controlado. *Actas Urol Esp*. 2012;36(4): 216-221.
- Olcoz Ruiz, Alessandra. Máster en Salud Pública, trabajo de fin máster en Implantación de un programa de ejercicios de suelo pélvico como estrategia de prevención de la incontinencia urinaria. Escuela de Estudios Sanitarios: Universidad Pública de Navarra. Disponible en <http://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/7845/Master%20Salud%20Publica%20Alessandra%20Olcoz.PDF?sequence=1>
- Peschers UM, Schaer GN, DeLancey JO, Schuessler B. Levator ani function before and after childbirth. *Br J Obstet Gynaecol*. 1997; 104: 1004-8.
- Pilat A. Terapias miofasciales: inducción miofascial. Ed. Mc Graw Hill, España, 2003.



## Referencias bibliográficas



- Robles JE. La incontinencia urinaria. Departamento de Urología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona. Aceptado para su publicación el 17 de febrero de 2006. An. Sist. Sanit. Navar. 2006; 29 (2): 219-232. Disponible en: <http://dspace.unav.es/dspace/bitstream/10171/22873/1/An%20Sist%20Sanit%20Navar.%202006.%20219.pdf>
- Quiles i Izquierdo, Joan. Alimentación saludable e climaterio. Dirección Xeral para a Saúde Pública. Programa de Atención Integral á Muller Climatérica. Consellería de Sanitat. Generalitat Valenciana. V-3032-2001. 2.ª edición.
- Ramírez García I, Blanco Ratto L, Kauffmann Frau S. Rehabilitación del suelo pélvico femenino. Práctica clínica basada en la evidencia. Madrid: Médica Panamericana, D.L. 2013.
- Romera P, Pino M.ª V. V-5209-2004. Generalitat Valenciana- Conselleria de Sanitat. La aventura de ser padres.
- Sandvik H, Seim A, Vanvik A, Hunskaar S (2000). A severity index for epidemiological surveys of female urinary incontinence: comparison with 48-hour pad-weighting tests. *NeuroUrol Urodyn* 19: 137-145.
- Sánchez Ruiz E, Solans Domènech M, Espuña M, en nombre del Grup de Recerca en Sòl Pelvià (GRES P). 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.
- Sapsford RR, Hodges PW. Contraction of the pelvic floor muscles during abdominal maneuvers. *Arch Phys Med Rehabil* 2001; 88: 1081-8.
- Saúde Pública. Guía alimentaria para mulleres de 50-70 anos. Xente con vida. Disponible en <http://xenteconvida.sergas.es/Paginas/Articulo/cat/1/art/60/guia-alimentaria-para-mulleres-de-5070-anos#>
- Smith, Dorothy B. Female Pelvic Floor Health A Developmental Review. *J WOCN*, volume 31/number 3. May/June 2004.
- Steinar Hunskaar. A systematic review of overweight and obesity as risk factors and targets for clinical intervention for urinary incontinence in women neurourology and urodynamics. Section for General Practice, Department of Public Health and Primary Health Care, University of Bergen, Norway. 27:749-757 (2008). Disponible en <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nau.20635/full>
- Thüroff JW, Abrams P, Andersson KE, Artibani W, Chapple CR, Drake MJ, Hampel C, Neisius A, Schröder A y Tubaro A. Guías EAU sobre incontinencia urinaria. *Actas Urol Esp.* 2011; 35(7): 373-388.
- Vaticón Herreros, M. D. Sensibilidad miofascial. El sistema craneosacral como unidad bioquímica. Escuela Universitaria de Fisioterapia de la ONCE. Universidad Autónoma de Madrid. Libro de Ponencias XIX Jornadas de Fisioterapia. Madrid, 2009: 24-30.
- Vázquez Alba D, Bustamante Alarma S, Rodríguez Reina G y Carballido Rodríguez J. Servicio de Urología. Área de Urología Funcional y Urodinámica. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid. España. Universidad Autónoma de Madrid. Canto Blanco. Madrid. España. Incontinencia urinaria. *Medicine.* 2011; 10 (83): 5612-8.
- Vázquez Alba D, Carballido Rodríguez J y Bustamante Alarma S. Servicio de Urología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid. España. Protocolo diagnóstico del dolor pélvico crónico. *Medicine.* 2011; 10 (83): 5652-6.
- Vírseda-Chamorro M, Gómez-Rodríguez A, Salinas-Casado J, Esteban-Fuertes M y López AM. Estudio de la influencia de los prolapsos pélvicos en la fase miccional del tracto urinario inferior femenino. *Actas Urol Esp.* 2012; 36(9): 532-538.

