

TFG: Prevención del suelo pélvico en postparto

por María Gómez Gómez

ARCHIVO	17329_MARÍA_GÓMEZ_GÓMEZ_TFG_PREVENCIÓN_DEL_SUELO_PÉLVICO_EN_POSTPARTO_969036_698795146.PDF (1.39M)	
HORA DE LA ENTREGA	22-ABR-2017 01:25P.M. (UTC+0200)	NÚMERO DE PALABRAS8944
IDENTIFICADOR DE LA ENTREGA	LA801529393	SUMA DE CARACTERES 50416



Trabajo Fin de Grado

Título:

***Prevención del suelo pélvico en el
postparto***

Alumno: María Gómez Gómez

Director: Matilde Fernández y Fernández Arroyo

Madrid, Abril de 2017

ÍNDICE

ÍNDICE ALFABÉTICO DE ABREVIATURAS.....	4
RESUMEN.....	5
ABSTRAC.....	5
PRESENTACIÓN.....	6
ESTADO DE LA CUESTIÓN.....	8
Metodología.....	8
¿Qué es el suelo pélvico?.....	8
¿Qué es la disfunción del suelo pélvico (SP)? ¿Qué tipos existen?.....	10
Etiopatogenia de la disfunción pélvica en gestantes y puérperas.....	13
Prevención.....	15
Tratamiento.....	16
Justificación:.....	17
POBLACIÓN Y CAPTACIÓN.....	19
Población diana.....	19
Captación.....	19
OBJETIVOS.....	20
Objetivo general.....	20
Objetivo específico.....	20
SESIONES, TÉCNICA DE TRABAJO Y UTILIZACIÓN DE MATERIAL.....	22
Primera sesión: Conozco mi suelo pélvico.....	23
Segunda sesión: ¿Me pasará a mí?.....	25
Tercera sesión: ¿Cómo prevenirlo?.....	28
EVALUACIÓN.....	31
Evaluación de la estructura:.....	31
Evaluación del proceso:.....	31
Evaluación de resultados:.....	31
BIBLIOGRAFÍA.....	32
ANEXOS.....	35

Anexo 1: Tríptico	36
Anexo 2: Cartel	37
Anexo 3: Carta informativa	38
Anexo 4: Solicitud del aula	39
Anexo 5: Lista de asistencia	40
Anexo 6: Guion del observador	41
Anexo 7: Pre-test y Post-test	43
Anexo 8: Evaluación de la estructura	44
Anexo 9: Evaluación del proceso	45
Anexo 10: Evaluación de los resultados educativos	46

ÍNDICE ALFABÉTICO DE ABREVIATURAS

DSP: Disfunción del suelo pélvico

ECA: Estudio Controlado Aleatorizado

IA: Incontinencia anal

IF: Incontinencia fecal

IU: Incontinencia urinaria

IUE: Incontinencia urinaria de esfuerzo

POP: Prolapso órganos pélvicos

SP: Suelo pélvico

RESUMEN

Las disfunciones de suelo pélvico son un problema de gran relevancia tanto para las mujeres puérperas como para los profesionales sanitarios. Estas disfunciones son consecuencias de las modificaciones que se producen durante la gestación y en el parto repercutiendo en la calidad de vida y en las actividades diarias de las mujeres.

El objetivo principal del proyecto es diseñar un programa educativo, basado en evidencias científicas, que permita prevenir las disfunciones pélvicas.

Es de gran importancia que las mujeres sean conscientes de estas situaciones que se les pueden presentar y no consideren que es un proceso normal después del parto como así indican diversos estudios. Por esta razón se ha considerado importante desarrollar este proyecto educativo centrado fundamentalmente en mujeres puérperas, realizando sesiones donde se les proporcionará formación, ayuda y apoyo ante estas situaciones.

Palabras clave: Diafragma pélvico, Incontinencia urinaria, Incontinencia fecal, Periodo postparto, Educación en salud.

ABSTRAC

The dysfunctions of pelvic floor are an health problema of great relevance for the puerperal women as well as for the health professionals. Those dysfunctions are consequence of the modifications that take place during the pregnancy and birth delivery affecting in the quality of life and in women´s daily activities.

The main objctive of the project is to design an educational program based on scientific evidences for preventing pelvic dysfunctions.

It is of grat importance that women are aware of these situations that may arise and the do not consider it like a normal process after childbirth as many various studies indicarte. For that, it has been considered very important to develop this educational Project focused primarily on women who have recently given birth, holding sessions where they will be provided to them whit training, help and support in these situations.

Keywords: Pelvic floor, Urinary Incontinence, Fecal incontinence, Postpartum, Health Education.

PRESENTACIÓN

El suelo pélvico es un conjunto de músculos y tejidos localizados en el periné que ejercen como soporte de órganos internos. Debido a múltiples factores como el sobrepeso, la gestación, el parto, estas estructuras pueden alterarse a lo largo del ciclo vital. Las alteraciones pueden producir disfunciones que conlleve una disminución de la calidad de vida.

La idea de este trabajo surge por el gran impacto psicológico y social que se produce en las mujeres púerperas debido a los cambios que presentan en la estructura muscular por el proceso de la gestación y por el parto. He podido observar que este tipo de cambio es bastante desconocido por parte de las mujeres afectadas y además lo identifican como un proceso natural después del parto. Por este motivo y por cierto pudor a comentar el problema, pocas veces consultan con los profesionales y lo hacen cuando el problema está muy acentuado.

Este proyecto educativo también surge por los escasos conocimientos que tienen las mujeres púerperas sobre la importancia de la prevención de suelo pélvico, por ello, creo que existe una gran necesidad de transmitir conocimientos y pautas de actuación sobre como poder prevenir dichos cambios en las estructuras pélvicas. Considero por tanto que es muy importante la intervención de enfermería a la hora de la promoción y prevención sobre estas afecciones como podrían ser la incontinencia urinaria, rectal y prolapso genitales.

En la actual coyuntura, la enfermería debe de colaborar de forma eficaz y eficiente en la educación para la salud. Debe promover pautas de cuidados con el fin de mejorar la calidad de vida de las púerperas, desarrollando de manera eficaz programas educativos.

El objetivo de este proyecto dirigido a púerperas es informar, educar y prevenir de posibles disfunciones que se pueden producir tras el parto, como consecuencia de una serie de cambios que se han producido en su anatomía.

El motivo de realizar este trabajo es porque quiero enfocar mi profesión hacia el ámbito de la obstetricia y los cuidados relacionados con esta especialidad, ya que es el campo de la enfermería donde me satisface realizar mi ocupación profesional.

Quiero agradecer a todas las personas que han estado todo este tiempo apoyándome y animándome para la realización de este proyecto. En las cuales cabe resaltar:

A mis padres por darme ese apoyo incondicional para que este estudio no se me hiciera grande y por hacerme disfrutar durante la realización del proyecto, y así ver cada vez más la vocación que tengo hacia esta especialidad, y sobre todo por seguir los pasos de mis padres.

A mi tutora de trabajo fin de grado, Matilde Fernández por su apoyo y colaboración en todo momento.

ESTADO DE LA CUESTIÓN

En este apartado se va a desarrollar los conceptos básicos del trabajo, como la descripción del suelo pélvico que es con lo que se va a trabajar, los tipos de disfunciones y porqué sucede esto, también se desarrollará como puede prevenirse y el tratamiento para dichas disfunciones.

Metodología

Para buscar la bibliografía de este proyecto se han consultado las siguientes bases de datos, Cuiden, Dialnet, Google Académico, Pubmed, también se han consultado otras bases como la Biblioteca virtual del Servicio Andaluz de Salud, Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y revistas electrónicas como Matronas profesión.

En la búsqueda bibliográfica de los artículos se utilizaron términos DeCS (Castellano) y MeSH (Inglés), se muestran en la tabla nº 1:

DeCS	MeSH
Diafragma Pélvico	Pelvic Floor
Incontinencia Urinaria	Urinary Incontinence
Incontinencia Fecal	Fecal Incontinence
Periodo Postparto	Postpartum
Educación en salud	Health Education

Tabla 1 Términos DeCS y MeSH utilizados en la búsqueda Bibliografía

La búsqueda se realizó desde Octubre 2016 hasta Enero del 2017, se acotó con un límite de cinco años, aunque se han añadido alguna búsqueda más antigua. Se realizó una lectura exhaustiva clasificando toda la información según el interés y el objetivo de estudio.

A continuación, se hace referencia a los apartados más relevantes para la comprensión del suelo pélvico.

¿Qué es el suelo pélvico?

El suelo pélvico (SP) es un conjunto muscular y de ligamentos con forma de "hamaca", cuya función es sostener y mantener los órganos que se encuentra en la parte baja del abdomen. Se encuentra localizado en la zona inferior del pubis, rodeando el ano y a la vagina. Estos músculos deben de ser flexibles, pero a la vez fuertes para permitir la progresión del feto en el parto y controlar la continencia urinaria y fecal¹⁻⁴.

La pelvis se estructura en 3 partes. La parte anterior se encuentra la vejiga y la uretra, en la parte media se encuentra el útero y la vagina y en la posterior el recto y conducto anal².

El suelo pélvico está formado por dos grupos musculares y la fascia endopélvica:

Plano profundo. Diafragma pélvico

- *Músculo elevador del ano:*

El músculo elevador del ano es el más importante de dicho diafragma, el cual está formado por tres partes que son las siguientes el puborrectal, pubococcigeo e iliococcigeo^{2,5}. Siendo el pubococcigeo el principal de la estructura pélvica, ya que contiene una serie de conexiones nerviosas que llegan al nervio pélvico entrando en contacto con el útero y la vejiga de la mujer³.

El músculo elevador del ano y el pubococcigeo son los que mantienen la continencia por la fuerza que realiza ante la pared uretral durante el aumento de la presión abdominal⁶.

- *Músculo coxígeo:* Este tiene forma de cono invertido que forma la mayor parte de la estructura pélvica, siendo su función coadyuvante al músculo elevador del ano².
- *Músculo obturador interno:* Se inserta en la parte anterior del agujero obturador, cuya función es la rotación externa del muslo.
- *Músculo piriforme:* Este músculo tiene la misma función que el obturador interno⁵.

Plano superficial. Periné (diafragma urogenital).

Es la parte inferior del suelo pélvico, cuyo objetivo es mantener estable la estructura perineal y también mantiene esfínter anal y la vagina por la parte inferior.

Aquí se encuentran los músculos superficiales que son los músculos bulbocavernoso, transverso superficial y el isquiocavernoso⁵.

Fascia endopélvica (suspensión y estabilidad)

Esta fascia está formada por un tejido conectivo que se encarga de envolver y mantener las vísceras pélvicas en su posición anatómica. Se inserta en la pelvis a través de los ligamentos redondos, cardinales y uterosacros. Entre la vagina y vejiga se encuentra la fascia pubocervical y entre la vagina y el recto la fascia rectovaginal⁵.

¿Qué es la disfunción del suelo pélvico (SP)? ¿Qué tipos existen?

Gracias a la filogenética, la bipedestación ha conllevado alteraciones funcionales y anatómicas^{2,7}. La disfunción consiste en la debilidad muscular de la estructura pélvica, en la cual se produce una distensión de la cavidad abdominal durante la gestación, obesidad, menopausia, estreñimiento, etc^{3,8}.

Conforme el Internacional Continence Society (ICS) y la Internacional Urogynecological Association (IUGA) la disminución de resistencia del SP origina incontinencia urinaria (IU), incontinencia anal (IA), prolapsos de órganos pélvicos, disfunción sexual, síndrome de dolor crónico y disfunción defecatoria^{1,8,9}. Aproximadamente el 25% de las mujeres presentan dichas disfunciones⁷. Este tipo de disfunciones son las siguientes:

La incontinencia urinaria siendo la más frecuente en el postparto, se define según la Sociedad Internacional de Continencia (ICS) como "*cualquier fuga involuntaria de orina*"⁹⁻¹¹.

La National Collaborating Centre for Women's and Children's Health las clasifica en varios tipos:

- Incontinencia urinaria de esfuerzo, consiste en la expulsión involuntaria de orina durante un esfuerzo como por ejemplo estornudo o tos.
- Incontinencia urinaria de urgencia, es la incontinencia de orina involuntaria asociada a la urgencia de orinar.
- Incontinencia urinaria mixta, es la fuga de orina que está relacionada con las dos anteriores¹².

En cuanto a la incidencia y la prevalencia de la incontinencia urinaria se obtiene en la mayoría de los casos a través de estudios de cohortes.

La incidencia es que una de cada tres mujeres padecen incontinencia urinaria tras el parto, es decir, entre el 34-40%, de las cuales sólo el 65% recuerdan haber tenido este tipo de disfunción^{1,5,13,14}. Siendo la más prevalente la IU de esfuerzo, a veces tiene una resolución de forma espontánea, tras el parto vaginal esta disfunción se mantiene en el 12% y en el 7% por cesárea¹⁴. Según autores como Sergio Martín, Stain e Ylenia Fonti existe una incidencia de 7-12%; 5-21% y 21% tras el parto espontáneo y el 36% tras parto instrumental respectivamente^{15,16}.

Sergio Martín realizó un estudio en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid con 413 mujeres refiriendo que tras 3 meses postparto se da una incidencia del 11,3%; de las cuales el 70% ya les afectaba en el embarazo y el 30% de las mujeres le afecta tras el parto; siendo la IUE más frecuente con un 57,5%, después de 6 meses del parto el 61% continúan con IU¹⁶.

El estudio de Katherine Kissler indica que la IUE se encuentra entre el 9-45% de las mujeres de tres a nueve meses tras el parto¹¹.

Stain refiere que hay una alta prevalencia de IU en el postparto, que se encuentran entre 15-45%¹⁵.

En cuanto al estudio de María Ángela Cerruto aprecia entre 13,1-70,9% de IU siendo la más frecuente la IUE con un 13-50%¹⁰.

La **incontinencia anal (IA)** es una afectación del conducto anal provocando la salida involuntaria de gas o de heces líquidas o sólidas^{5,17}.

Según diferentes autores hay una incidencia de IA que oscila entre 5-26%. En referencia al estudio MacArthur es más frecuente la incontinencia de gases con un 29% que la incontinencia fecal con un 4%¹³. Diferentes estudios revelan que se da una mayor incidencia de lesión de esfínter anal en primíparas con un 22-35% que en mujeres multiparas con un 8,5% y 88%^{5,13,17,18}.

Los estudios de Ylenia Fonti y Forrell mencionan que al producirse un parto instrumental con lesión de la zona perineal hay un aumento de IA oscilando entre 44-62%^{5,18}.

El prolapso de órganos pélvico (POP) consiste en el descenso o desplazamiento de los órganos pélvicos, a través de la vagina y en dirección a la vulva, que se produce como consecuencia del fallo de sus elementos de suspensión, y de la inervación y musculatura del sistema urinario e intestinal. Puede existir dos tipos:

- Cistocele (parte anterior) es el prolapso más frecuente, que puede estar asociado con la IU. Consiste cuando el tejido conectivo pierde su fijación por lo que la vejiga sale por la vagina (Ilustración 1).
- Rectocele (zona vaginal posterior) causando estreñimiento o disfunción sexual. Consiste en el descenso del recto hacia la vagina (Ilustración 1).
- Prolapso uterino es la caída del útero hacia la vaginal causado por la debilidad de los músculos del suelo pélvico^{18,19} (Ilustración 2).

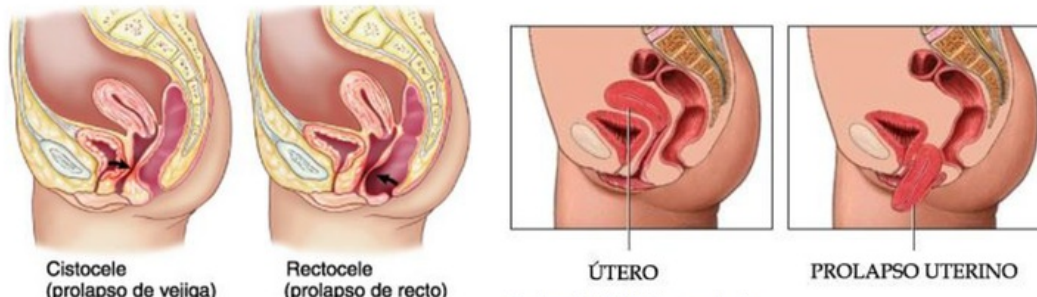


Ilustración 1 Prolapso tipo Cistocele y Rectocele. Extraído: Prolapso genital femenino. Disponible en: <http://www.lacopamenstrual.es/prolapso-genital-femenino/>.

Ilustración 2 Prolapso uterino. Extraído en: Prolapso genital femenino. Disponible en: <http://www.lacopamenstrual.es/prolapso-genital-femenino/>.

En cuanto a la incidencia se aprecia que el 50% de las mujeres que tenido un parto por vía vaginal presenta algún tipo de prolapso, del cual el 40% de las mujeres tienen un cistocele^{5,13}.

También se pueden asociar otro tipo de patologías como:

El dolor perianal que según la "International Continence Society" (ICS), "Association française d'urologie" (AFU) y "Société interdisciplinaire francophone d'urodynamique et de pelvi-perinéologie" (SIFUD-PP) lo definen como "dolor que perciben las mujeres entre la vulva y el ano de manera intermitente o permanente".

Por el estudio realizado por A. Battut se observa dos estudios de cohortes donde existe una disminución significativa de dolor tras el parto, haciendo referencia en el estudio de Glazener con un 22% a los ocho primeras semanas y un 10% entre 12-18 meses postparto y según Perisco y col un 8% a las primeras siete semanas postparto y 0,7% a los 6 meses después del parto²⁰.

La dispareunia según la Asociación Europea de Urología se define como la sensación de dolor que perciben las mujeres tras mantener relaciones sexuales. Según diferentes estudios y autores como Connolly indican una disminución progresiva del 30% al 17% después de varios meses del parto^{20,21}.

El desgarro del periné, existen varios tipos siendo el desgarro de III y IV grado los que conlleva a mayores complicaciones a corto y largo plazo, su incidencia es entre 2-19%²¹.

Todos estos trastornos pueden desencadenar una disfunción sexual, que son muy comunes tras el parto. Esto les influye de forma negativa en la actividad sexual provocándoles un temor ante estas situaciones¹⁸.

Para valorar el gran impacto psicológico y social de las disfunciones, que repercuten directamente a la calidad de vida de la mujer y de las personas que le rodean, se ha realizado una valoración a través de las encuestas de “*King’s Health Questionnaire*” (KHQ) la cual valora la incontinencia urinaria^{1,9,17,22}; según la escala “*Fecal Incontinenc Quality of Life Scale*” (FIQLS) mide la incontinencia fecal y para valorar el impacto de del prolapso se realizar a través “*Prolapse Quuality of Life*” (PQOL)^{19,23}.

Etiopatogenia de la disfunción pélvica en gestantes y púerperas

El embarazo y el proceso del parto son factores de riesgo que están relacionados con la aparición de la disfunción de suelo pélvico. Durante la gestación se producen cambios fisiológicos dañando los sistemas corporales provocando modificaciones pelvi-perineales. La gestación da lugar a cambios como:

- Incremento del nivel de progesterona (elaborada por el cuerpo lúteo y placenta) generando un impacto relajante sobre la vejiga y uretra causando una reducción de la tensión uretral y del tono muscular liso. Además, tiene consecuencia negativa sobre el sostén de los órganos pélvicos. El estreñimiento también está causado por el aumento de esta hormona, que produce una disminución de los movimientos peristálticos provocados por la reducción del tono muscular intestinal, también puede ser causado por la ingesta de hierro durante la gestación.
- Incremento de los niveles plasmáticos de relaxina (hormona producida por el cuerpo lúteo y la placenta) reduciendo la tensión del tejido conectivo por el aumento de su laxitud. Se ve dañado las fascias y los ligamentos y favoreciendo la aparición de lordosis lumbar por la debilitación de los ligamentos vertebrales que acompaña a la aparición de la anteversión de la pelvis durante la gestación.
- Incremento del peso de las vísceras en bipedestación y de la presión intrapélvica como consecuencia de la presión del útero durante el embarazo. Se obtiene un desplazamiento del cuello vesical (la posición adecuada actúa en la continencia) y un alargamiento de la uretra como efecto del aumento uterino.
- La aparición de la sintomatología de polaquiuria y urgencia miccional se da al final del primer trimestre de la gestación, que tiene que ver por las modificaciones hormonales que se producen, y la presión que se ejerce sobre la vejiga²⁴.

Diversos autores indican que el parto no es solo un factor de riesgo para la aparición de la incontinencia urinaria, sino también el embarazo²³⁻²⁷.

Durante el parto pueden aparecer lesiones perineales y en sus estructuras, causando incontinencia urinaria, anal y prolapso de los órganos pélvicos. Los principales factores de riesgo son la realización de la episiotomía y la primiparidad^{6,24,27}. esto es originado por la gran tensión a la que está sometida la estructura de SP durante las fases de dilatación y de expulsivo. En las que puede suceder:

- Lesión tisular conjuntiva, dañando a los ligamentos (sistema de suspensión) y la estructura pélvica y la fascia endopélvica (sistema de sostén). Estas lesiones favorecen el debilitamiento de los órganos pélvicos. La contracción de los músculos es impedida por la discontinuidad entre las fascias, es decir, cuando el músculo elevador del ano se contraiga estas no serán contraídas.

Esto tendrá como resultado IU de esfuerzo debido a la hipertensión abdominal provocada por un estornudo, tos, deporte... ya que el músculo no actuará correctamente. Aquí se puede observar la aparición de los prolapsos²⁴.

- Lesión muscular, como distensiones o desgarros. Se puede ver afectado el esfínter anal provocando un desgarro de III grado como consecuencia de la primiparidad, parto instrumental con fórceps, presentación occipito-posterior y macrosomía fetal, episiotomía, siendo estos los factores de riesgo. Si se ve afectado el esfínter anal esto conlleva a una incontinencia anal. La incidencia de los desgarros se encuentra entre 2-19%.

Según varios estudios y la OMS si a la hora de realizar un parto es necesario que sea instrumental, es preferible el uso de la ventosa que el fórceps. Los partos instrumentales deben indicarse cuando se sospecha un compromiso fetal, acortamiento de la segunda fase del parto por enfermedad maternal y por la prolongación en la segunda fase, según indicaciones del American College of Obstetrician and Gynecologist (ACOG)^{21,24,27}.

- Lesión en la inervación, causada bien por denervación parcial de la estructura pélvica al exponerse a una tracción o por la compresión que provoca la cabeza fetal, debido al aumento de latencia motora terminal del nervio pudiendo, que principalmente se da en el parto vaginal en primíparas. Algunos autores refieren que existen diferencias significativas entre los partos vaginales y los instrumentales, como Fitzpatrick M que comenta que el 36% de las mujeres padecen una alteración neurología de la musculatura pélvica.

Las principales causas que provocan alguna alteración son el largo periodo de expulsivo, utilización de fórceps, nacimiento de fetos macrosómicos y en multiparas debido a repetición de lesiones nerviosas. Esto puede llevar a IU, descenso de los órganos pélvicos, estreñimiento, IA, etc ^{24,27}.

- Lesión estructural, afectando la zona de inserción de la estructura muscular del SP debido a una subluxación o inadecuada posición del coxis, esto último provocará una reducción de la musculatura perineal²⁴.

Otras causas que provocan alteraciones en la estructura del suelo pélvico, así como, la postura durante el parto, el tipo de pujo, la episiotomía, la obesidad, macrosomía, la analgesia epidural, peso del feto superior a 4 kg, la raza, menopausia, estreñimiento, etc^{21,24,27}.

Prevención

Definimos prevención como la actuación precoz para disminuir un riesgo, por lo tanto, en este proyecto educativo es llevar a cabo una intervención para reducir la aparición de las disfunciones del suelo pélvico tras el parto.

Las existencias de evidencia científica indican que la gestación y el parto son factores de riesgo para la disfunción del suelo pélvico se debería priorizar en este tema a la hora de la prevención²⁴.

Debido a los factores de riesgo, se realizan diferentes técnicas de prevención, tanto en el embarazo como el parto y el puerperio²⁷. Algunos autores indican que está recomendado realizar esta prevención en el postparto, en cambio hay otros que refieren que se deben de realizar durante el embarazo²⁴. Nos centraremos en la prevención en el postparto motivo de este trabajo.

Diferenciaremos los periodos que se dan en el postparto; puerperio precoz entre 7 y 10 días y el tardío hasta la 6^a-8^a semana después del parto (aproximadamente 45 días)^{24,27}.

Durante el puerperio, las mujeres tienen la necesidad de disminuir su abdomen por lo que les conlleva a realizar ejercicios de fortalecimiento y a veces podrían llegar a ser perjudiciales, causándole prolapsos o incluso IU ^{24,27}. Tras las ocho semanas se valorará el periné y a través de ahí se realizará un tipo de actuación adecuada a cada mujer.

Por lo tanto, varios autores indican que el entrenamiento de la musculatura es la actuación más utilizada para las mujeres que presenta dichas disfunciones, sobre todo son los ejercicios Kegel, este tipo de ejercicios se describirán en el proyecto a realizar ^{11,22,28,29}.

Rhianon Boyle indica que existen tres tipos de prevención la primaria siendo la encargada de reducir los factores de riesgo, la secundaria tiene como objetivo detectar lo antes posible la disfunción y la terciaria pretende prevenir la progresión. Este autor también a través de su estudio hay hincapié en el efecto que tiene dicha prevenciones. En la prevención primaria y secundaria mencionó que las mujeres que habían realizado dicha prevención padecían IU un 23% y las del grupo control eran incontinentes 17% ²⁹.

Según National Institute for Health and Care Excellence (NICE), recomienda que las mujeres realicen este tipo ejercicios durante su primer embarazo y tras el parto¹².

Un 35% de las mujeres tras el parto mencionan que tienen problemas con la defecación lo que se recomienda además de medidas dietéticas como la ingesta mayor de líquidos y de alimentos ricos en fibra, las posturas para que no realicen ningún tipo de esfuerzos durante la defecación, como es la posición que indica Gasquet en su estudio ^{22,24,27}.

Tratamiento

Según varios autores indican que las puérperas que refieren mayor dolor son las que mejor efectividad tienen tras el tratamiento ^{24,27}.

La mayoría de los artículos hacen referencia a las mismas técnicas para el tratamiento de las disfunciones de suelo pélvico, en este apartado mencionaremos los diferentes tratamientos que existen:

- **Fortalecimiento del suelo pélvico**, es la intervención más adecuada para la rehabilitación del SP. Según J.Collier, indica que tras varios Estudios Controlados Aleatorios (ECA) se aprecia mayor efectividad que otros tratamientos, existiendo una disminución de disfunciones tras los ejercicios ¹⁴.

Aquí podemos incluir varios tipos de ejercicios que se describirán en el apartado del proyecto como por ejemplo los *ejercicios de Kegel*, que consisten en la contracción voluntaria de la musculatura pélvica, que se debe de realizar sentado o de pie, para fortalecer los músculos del suelo pélvico previniendo la IU en puérperas ^{5,6,8,14,26}. En cuanto a la explicación de estos ejercicios se explicarán en el apartado de las sesiones.

- **Conos o bolas vaginales**, esta técnica consiste en introducirse en la vagina un objeto pesado y a medida que vaya mejorando la disfunción se va aumentando el peso del cono. No debe de mantener más de 15 minutos^{5,14,28}. Otras revisiones como la revisión de Oblasser indica que el uso de estos objetos son efectivos para la rehabilitación del SP²⁸.

Estos dos tipos de tratamiento se explicarán en profundidad en el proyecto educativo a realizar.

- **Biofeedback**, es un dispositivo que se coloca en la vagina e informa de los movimientos involuntarios de la musculatura pélvica. Hay ECA que mencionan que no existe evidencia científica de que haya una mejoría tras este tratamiento^{5,8,14}.
- **Estimulación eléctrica**, este tipo de técnica está indicado en mujeres que tienen mayores problemas para realizar los ejercicios de la musculatura pélvica. Su objetivo es estimular los músculos y nervios para aumentar su fuerza de los músculos provocando una mayor contracción^{5,8,14}.

Existen disparidad en los estudios de cuando iniciar el tratamiento, Deffieux menciona en su estudio que la IU disminuye sin ningún tipo de rehabilitación con un 85%, pero en cambio al cabo de los años vuelve aumentar esta disfunción. Por lo tanto, no recomienda que se realice una prevención temprana, sino llevar a cabo dicha terapia tras tres meses postparto³⁰. En cambio, Moossdorff-Steinhuaser en sus estudios refiere la existencia de la eficacia a corto y medio plazo. Actualmente se reconoce evidencia tipo A para este tipo de ejercicios, indicando que los ejercicios de Kegel son útiles para la prevención de IU²⁶.

Justificación:

Este tema ha sido elegido por la gran repercusión psicológica y social que tienen las diferentes disfunciones en mujeres durante el periodo postparto, también por el gran desconocimiento que tienen la mayoría de las mujeres sobre el suelo pélvico y los problemas que pueden llegar a causarles^{1,9}. Incluso para hacerles conscientes de que es peligroso para su salud, ya que muchas de ellas mencionan que no consultan con un especialista porque consideran que es un proceso natural del embarazo y por crearle cierto pudor, tan sólo un 14% se ponen en contacto con los profesionales¹.

En una encuesta realizada por Moossdorff-Steinhuaser indican que el 95% de las púerperas desean recibir información sobre la prevención²⁶.

Por todo esto creo importante realizar un proyecto educativo sobre las técnicas de entrenamiento de los músculos de suelo pélvico, es decir, realizando un tratamiento conservador que ayude a prevenir las disfunciones que se provocan durante el embarazo y/o parto. Por lo tanto, la enfermería en este tipo de intervenciones tiene un papel muy importante ya que proporcionan ayuda y apoyo social para realizar dichos ejercicios.

POBLACIÓN Y CAPTACIÓN

Población diana

La población de referencia es a todas las mujeres puérperas en el Hospital Comarcal en las consultas de obstetricia y en la planta de maternidad.

Captación

La captación se hará entre los meses de Febrero de 2017 y Abril de 2017, informando a las pacientes de las fechas del programa.

Se van a utilizar las siguientes estrategias de captura para animar a las gestantes y puérperas:

- Información directa a través de las consultas de enfermería.
- Difusión de tríptico informativo (Anexo 1).
- Colocación de carteles por todo el Hospital (Anexo 2).
- Difusión de correo electrónico para aquellas mujeres que no han recibido información durante los meses de captación (Anexo 3).

OBJETIVOS

Objetivo general

La finalidad de este proyecto será prevenir las disfunciones de suelo pélvico en las mujeres púerperas a través de un programa educativo.

Objetivo específico

Los objetivos específicos son un proceso de enseñanza-aprendizaje, se pueden clasificar en objetivos de conocimiento (Área cognitiva), objetivos de actitud (Área afectiva) y objetivos de habilidades (Área psicomotriz). Los objetivos de este proyecto son:

Área de conocimiento:

- ❖ Conocer la anatomía de la estructura del suelo pélvico.
- ❖ Identificar las estructuras del suelo pélvico en la maqueta.
- ❖ Conocer los signos y síntomas de las disfunciones del suelo pélvico.
- ❖ Identificar las estructuras que tienen que recuperar en el puerperio para prevenir las disfunciones del suelo pélvico.

Área afectiva:

- ❖ Expresar sus preocupaciones y miedos ante las disfunciones del suelo pélvico en el ejercicio de prospección de miedos realizada en el aula.
- ❖ Trabajas los miedos de cara al reiniciar la actividad coital mediante un Rollplaying.

Área psicomotriz:

- ❖ Trabajar los ejercicios pélvicos mediante la simulación con maqueta en el aula.
- ❖ Realizar adecuadamente las contracciones de los músculos del suelo pélvico en diferentes posturas.
- ❖ Trabajar las dificultades para integrar los ejercicios de suelo pélvico a la vida diaria mediante discusión en el aula.
- ❖ Trabajar los hábitos saludables para la prevención del suelo pélvico mediante discusión en el aula.

Metas operativas:

- ❖ El 80 % de las asistentes serán capaces de conocer la estructura pélvica.
- ❖ El 85% de las asistentes identificarán las estructuras pélvicas en las maquetas.
- ❖ El 80% de las asistentes conocerán los signos y síntomas de las disfunciones.
- ❖ El 80% de las mujeres reconocerán la estructura que tienen que recuperar tras el parto para prevenir las disfunciones.
- ❖ El 90% de las puérperas expresarán sus inquietudes ante este tipo de disfunciones.
- ❖ El 90% de las asistentes trabajarán los miedos para poder reiniciar su actividad coital.
- ❖ El 85% conocerán los ejercicios pélvicos mediante la simulación con una maqueta.
- ❖ El 90% de las asistentes realizarán adecuadamente los ejercicios de suelo pélvico en diferentes posturas.
- ❖ El 80% de las puérperas trabajarán las complicaciones de los ejercicios para integrarlos en la vida diaria.
- ❖ El 80% de las asistentes trabajarán los hábitos saludables en el aula.

SESIONES, TÉCNICA DE TRABAJO Y UTILIZACIÓN DE MATERIAL

Este programa se llevará a cabo en el aula de formación ubicada en el semisótano del Hospital Comarcal, se encuentra adaptada para las necesidades de las sesiones siendo comunicado previamente (Anexo 4).

Estas sesiones serán los martes en el mes de Junio, es decir, se llevarán a cabo 1 sesión por semana con un total de 3 sesiones educativas con una duración de hora y media ya que los conocimientos que queremos transmitir son más dinámicos, ya que nuestro objetivo es que realicen adecuadamente los ejercicios del suelo pélvico.

En cada sesión estará presente dos profesionales de enfermería, uno impartirá los conocimientos del programa y el otro realizará las funciones de observador. Al inicio de cada sesión se pasará una ficha para recoger el número de las mujeres que han asistido al programa educativo (Anexo 5).

El observador tiene una serie de funciones que son las siguientes:

- Se encargará de controlar la asistencia de las sesiones.
- Evaluará si se participa en las actividades realizadas
- Evaluará el ambiente en el aula, es decir, si se respetan las normas del buen oyente hablante.
- Se encargará si la ubicación de los recursos necesarios están ubicados correctamente.

Por lo tanto, el observador se encargará de registrar todo en una plantilla. (Anexo 6).

Primera sesión: Conozco mi suelo pélvico

Objetivos educativos	Contenidos	Técnicas	Materiales	Duración	Evaluación
Que las asistentes se conozcan entre ellas y conozcan a los profesionales y la finalidad del programa	Presentación de profesorado y de las asistentes	Técnica del ovillo	Ovillo	10 minutos	Lista de asistencia Y Observación
	Conocimientos sobre las sesiones	Expositiva para la presentación	Presentación Power Point	10 minutos	
Que las asistentes describan los conceptos previos que tenga sobre la sesión	Conceptos previos de suelo pélvico	Investigación del aula: Lluvia de ideas	Pizarra	15 minutos	Cuestionario de conocimientos previos
Que las asistentes conozcan la anatomía del suelo pélvico	<ul style="list-style-type: none"> Definición de SP Grupos musculares que lo forman 	Expositiva: Charla-coloquio	Ordenador (Power point) Proyector	30 minutos	Observación
Que las asistentes identifiquen la musculatura pélvica	Musculatura del suelo pélvico	Práctica observacional	Maqueta	25 minutos	Test práctico

DESARROLLO SESIÓN 1:

Al inicio de la sesión se realizará una presentación de los profesionales que impartirán el programa y de las asistentes a través de la técnica del ovillo, que consiste en ir pasando un ovillo a la persona que quieres y al que le toque el ovillo debe presentarse y decir por qué ha acudido a estas sesiones. Tras esta técnica los profesionales a través de un Power Point explicarán la finalidad del programa.

Una vez presentados se realizará un cuestionario para valorar los conocimientos que se tienen sobre el suelo pélvico, tras este cuestionario se realizara una lluvia de ideas para poner en común los conocimientos previos de cada una de las asistentes (Anexo 7).

Por lo tanto, cuando el profesional tenga el conocimiento previo de las asistentes, comenzará a explicar la anatomía de suelo pélvico a través de una técnica charla-coloquio, en esta se indicará que es el suelo pélvico, donde se ubica y sus funciones.

Y para poner fin a la primera sesión se formarán 3 grupos de 5 personas y se les dará una maqueta por grupo; y se les irá preguntando sobre las partes del Suelo pélvico y así poder valorar que son capaces de identificar las diferentes estructuras.

Segunda sesión: ¿Me pasará a mí?

Objetivo educativo	Contenido	Técnicas	Materiales	Duración	Evaluación
Que las asistentes reconozcan los signos y síntomas de las disfunciones del suelo pélvico	¿Qué es la DSP? ¿Qué tipos existen? ¿Cuál es la causa?	Expositiva: Charla-coloquio Análisis: Caso	Proyector Ordenador Power Point	20 minutos	Lista de asistencia Y Resolución de caso
Que las asistentes identifiquen las estructuras a recuperar tras el parto	Músculos de suelo pélvico afectados	Vídeo con discusión	Ordenador Proyector Video	20 minutos	Observación
Que las asistentes sean capaces de verbalizar sus inquietudes respecto a las disfunciones	Preocupaciones sobre las disfunciones del suelo pélvico	Investigación: Rejilla de análisis	Rejilla	15 minutos	Observación

Que las asistentes conozcan cuando reiniciar la actividad coital	Momento de reiniciación de la actividad coital	Expositiva	Aula Power Point Proyector Pantalla	15 minutos	Observación
Que las asistentes expresen sus inquietudes para reiniciar la actividad coital	Inquietudes	Roll-playing	Aula Mesa Silla	10 minutos	Observación
Que las asistentes trabajen los hábitos saludables para la prevención de suelo pélvico	Recomendaciones dietéticas y hábitos	Expositiva: Charla- coloquio	Proyector Ordenador	10 minutos	Observación y Test

DESARROLLO SEGUNDA SESIÓN

Al iniciar la segunda sesión se pasará la lista de asistencia para saber quién ha asistido, una vez pasada comenzará la sesión con la explicación de las disfunciones de suelo pélvico que pueden aparecer tras el parto, cuáles son las causas que las provocan.

Una vez explicado se expondrá un caso y así se podrá valorar si son capaces de reconocer los síntomas que provocan estas disfunciones. También se les pondrá un vídeo para que observen cuales son las estructuras afectadas durante la gestación y el parto y se realizará una discusión para valorar que las asistentes han entendido los conocimientos explicados.

Se les informará que sobre cuando iniciar la actividad coital tras el parto, que se les darán las siguientes recomendaciones:

- ❖ Inicio de las relaciones coitales es tras unas seis semanas tras el parto, una vez que se desaparecen los loquios.
- ❖ Indicar la utilización de lubricantes.
- ❖ Información sobre los métodos anticonceptivos.
- ❖ Fomentar la musculatura del suelo pélvico con los ejercicios de Kegel.
- ❖ Creación de un ambiente propio e íntimo para ambos.

Luego se realizará un Roll-Play para que expresen sus miedos e inquietudes ante la aparición de dichas disfunciones y al reiniciar las relaciones coitales.

Una vez tratada las preocupaciones de las púerperas se les indicarán las siguientes recomendaciones en cuanto a los hábitos y la dieta.

- ❖ Realizar una dieta equilibrada para mantener el peso, evitando su aumento.
- ❖ Ingerir 1,5 litros de agua al día
- ❖ Dieta rica en fibra
- ❖ Evitar el consumo de sustancias tóxicas como el alcohol y el tabaco.
- ❖ Disminuir la ingesta de bebidas excitantes como el café, té, coca cola...

Por último, se les pasará el mismo cuestionario que al inicio de la sesión para ver si han adquirido los conocimientos básicos (Anexo 7).

Tercera sesión: ¿Cómo prevenirlo?

Objetivos educativos	Contenidos	Técnicas	Materiales	Duración	Evaluación
Que las asistentes que sepan realizar los ejercicios de suelo pélvico	Explicación Ejercicios Simulación de los ejercicios SP	Expositiva Desarrollo de habilidades: Simulación con maqueta	Colchoneta Maniqués Bolas chinas	20 minutos	Lista de asistencia
Que las asistentes realicen adecuadamente los ejercicios en diferentes posturas	Ejercicios de SP en diferentes posturas	Desarrollo de habilidades: Demostración de práctica con entrenamiento	Silla Colchoneta Bolas chinas	40 minutos	Observación
Que las asistentes expresen sus dificultades y las trabajen	Dificultades realizar ejercicios	Investigación del aula: Tormenta de ideas y análisis de resultados	Pizarra	15 minutos	Observación
Que las asistentes identifiquen los conceptos adquiridos e indiquen el grado de satisfacción del programa	Evaluación del programa	Evaluativa	Papel Bolígrafo	15 minutos	Cuestionario para evaluar la estructura, proceso y resultados educativos

DESARROLLO TERCERA SESIÓN

En la última sesión tras la explicación de todos los conceptos necesarios para entender que es verdaderamente imprescindible fortalecer los músculos pélvicos para prevenir la aparición de las disfunciones tras el parto.

Por lo tanto, se realizará lo siguiente:

1. Antes de comenzar a realizar los ejercicios se debe conocer la ubicación de los músculos de nuestro suelo pélvico para así poder comprobar que se contraen.
 - a. Autopalpación, las puerperas se sentarán en una silla y se les indicarán que se tosan y notarán que la zona de la pelvis se modifica.
 - b. Túmbese relajada boca arriba, flexione y separe las piernas, coloque los pies sobre la colchoneta.
 - i. Contraiga los músculos y note como se contraen. Repítelo hasta que lo note bien.
 - ii. Coloque dos dedos en la zona de la vagina y contraiga los músculos como si quisiera aguantarse las ganas de orinar.
 - c. Colocar la mano sobre el abdomen y realizar el ejercicio de contracción, las mujeres deben percibir que no existen ninguna tensión sobre la cavidad abdominal y ni fuerzas en las piernas.
2. Cuando se haya conseguido trabajar de forma correcta estos ejercicios se aumentará el nivel de dificultad, pero a medida que se avance se irá aumentando.
 - a. Cuatro patas, se colocará a cuatro patas con los talones pegados a los glúteos y con la barbilla hacia el pecho y se tendrá que levantar sin separar las rodillas y las manos. Este ejercicio consiste en inspirar lentamente y contraemos el suelo pélvico, y a continuación se espira lentamente manteniendo la contracción.
 - b. Boca arriba, primero se realizará un levantamiento de la pelvis con las manos colocadas sobre ella un estiramiento de la columna para llevar estos ejercicios, primero tumbada y con las piernas flexionadas inspiramos lentamente y contraemos la musculatura y soltamos el aire manteniéndola; segundo se realiza de igual manera pero con la pierna derecha estirada y luego con la izquierda, y por último, se vuelve a estirar la columna pero sin levantamiento de la misma; inspirar lentamente contrayendo el suelo pélvico y expulsar el aire a la vez que se levanta la pelvis.

- c. Sentada, rodillas a la altura de la cadera y manos apoyadas en la silla. Consiste en estirar la columna con la barbilla metida y mantener esa postura.
 - i. Inspirar, contraer manteniendo unos segundos y expulsar mientras mantenemos la contracción.
 - ii. Ahora con un poco de inclinación realizar el mismo ejercicio que el anterior.
 - d. De pie, colocar las piernas separadas y los pies hacia dentro. Colocamos las manos en el respaldo de la silla y estirar la espalda con la barbilla metida.
 - i. Inspirar, contraer, espirar manteniendo la contracción.
3. Utilización de mecanismos externos, este tipo de ejercicios no pueden realizarse solos sino ir acompañado de los ejercicios anteriormente explicados.
- a. Palpación directa, acuéstese boca arriba, flexionar las rodillas y mantener las piernas separadas y los pies apoyadas en la colchoneta.
 - i. Introducir un dedo en la vagina, seguidamente inspirar, contraer la musculatura y percibir la contracción, expulsar el aire manteniendo la contracción.
 - b. Conos vaginales o bolas chinas, colocarlo en el interior de la vagina como si fuera un tampón; mantenerlas durante 15-20 minutos, sin impedir realizar sus actividades de la vida diaria. Se debe comenzar con poco tiempo, pero a medida que va pasando los días se va aumentando el tiempo.
El uso de estos materiales se debe de realizar pasadas las 6 semanas después de parto, cuando los genitales externos e internos han vuelto a su tamaño normal y además evitamos el riesgo de infección.

Se deben de realizar 5 repeticiones lentas (10 segundos de contracción y 10 segundos de reposo) y 5 cinco rápidas (4 segundos de contracción y 8 segundos de reposo), empezando primero con 3 segundos e ir aumentando.

Tras la realización de los ejercicios le indicaremos que expresen las dificultades para realizar estas actividades e intentar resolverlas. Y por último, se les pasará un cuestionario para evaluar la estructura, el proceso y los conocimientos adquiridos.

EVALUACIÓN

La evaluación de este programa educativo se realizará según la estructura, el proceso y los resultados educativos.

Evaluación de la estructura:

Este apartado se evaluará a través de un cuestionario (Anexo 8), que será repartido por los profesionales al final de la última sesión. Dicho cuestionario valorará los recursos usados en cada sesión, como el aula si es adecuada y si está distribuida adecuadamente para realizar este tipo de ejercicios.

Evaluación del proceso:

En esta parte las asistentes evaluarán el proceso de captación, el número de sesiones, los contenidos impartidos y así como la duración del taller (Anexo 9).

Evaluación de resultados:

Esta evaluación se les realizará a las asistentes al inicio del programa educativo para valorar conocimientos previos que tiene sobre el tema a tratar y se le realizará otro al final del programa para poder valorar la evolución de estas (Anexo 10).

Esta evaluación es muy importante porque nos va a indicar la eficacia que se ha obtenido del programa tras los conocimientos y técnicas que han adquirido las asistentes.

Por último, debajo de este cuestionario se realizarán varias preguntas sobre la satisfacción del programa (Anexo 10).

BIBLIOGRAFÍA

1. Encabo-Solanas N, Torres-Lacomba M, Vergara-Pérez F, Sánchez-Sánchez B, Navarro-Brazález B. Percepción de las púerperas y de los profesionales sanitarios sobre el embarazo y el parto como factores de riesgo de las disfunciones del suelo pélvico. *Fisioterapia*. 2016;383:142-51.
2. Carrillo K, Sanguinetti A. Anatomía del piso pélvico. *Rev Med Clin Condes*. 2013;242:185-9.
3. Carballo Moreno N, Medina Varela M, Del Olmo Cañas P, García Martín AI, González Lluva C. Reeducción del suelo pélvico. *Enfuro*. 2005(94):19-22.
4. Sánchez Díaz J, Cuesta Costa MC, Gregorio de la Fuente, ME. Ejercicios del fortalecimiento del suelo pélvico. S.L. AS, editor: Astellas Pharma, S.A.; 2008.
5. Harvey MA. Pelvic floor exercises during and after pregnancy: a systmatic review of their role in preventing pelvic floor dysfunction. *J Obstet Gynaecol Can*. 2003;25(6):487-498.
6. Whitehouse T. Managing stress incontinence in postnatal women. *Nursing times*. 2012;108:16-8.
7. Nyangoh Timoh K, Bessede T, Zaitouna M, Peschaud F, Chevallier J-, Fauconnier A, et al. Anatomie du muscle élévateur de l'anús et applications en gynécologie obstétrique. *Gynecol Obstet& Fertil*. 2015;43(1):84-90.
8. Carrasco García MA. Ejercicio físico y recuperación postparto. *Matronas Hoy*. 2017;4(3):33-38.
9. Fitz FF, Costa TF, Yamamoto DM, Resende APM, Stüpp L, Sartori MGF, et al. Impact of pelvic floor muscle training on the quality of life in women with urinary incontinence. *Rev Assoc Med Bras*. 2012;58(2):155-159.
10. Cerruto MA, D'Elia C, Aloisi A, Fabrello M, Artibani W. Prevalence, Incidence and Obstetric Factors' Impact on Female Urinary Incontinence in Europe: A Systematic Review. *Urol Int*. 2013;90(1):1-9.
11. Kissler K, Yount SM, Rendeiro M, Zeidenstein L. Primary Prevention of Urinary Incontinence: A Case Study of Prenatal and Intrapartum Interventions. *J Midwifery & Womens Health*. 2016;61(4):507-511.
12. Hall B, Woodward S. Pelvic floor muscle training for urinary incontinence postpartum. *Br J Nurs*. 2015;24(11):576-579.
13. Chaliha C. Postpartum pelvic floor trauma. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2009;21(6):474-479.
14. Collier J. Managing postpartum stress urinary incontinence. *Drug Ther Bull*. 2003;41(6):46-48.

15. Wesnes SL, Lose G. Preventing urinary incontinence during pregnancy and postpartum: a review. *Int Urogynecol J*. 2013;24(6):889-899.
16. Martín-Martín S, Pascual-Fernández A, Álvarez-Colomo C, Calvo-Gonzalez R, Muñoz-Moreno M, Cortiñas-González JR. Incontinencia urinaria en embarazo y postparto. Factores de riesgo asociados e influencia de los ejercicios del suelo pélvico. *Arch Esp Urol*. 2014;67(4):323-330.
17. Chin K. Obstetrics and Fecal Incontinence. *Clin Colon Rectal Surg*. 2014;27(3):110-2.
18. Fonti Y, Giordano R, Cacciatore A, Romano M, La Rosa B. Post partum pelvic floor changes. *J Prenat Med*. 2009;3(4):57-59.
19. Vélaz Azcoitti V. Salud del Suelo Pélvico: fortalecimiento y prevención en mujeres jóvenes. Universidad Pública de Navarra; 2015.
20. Battut A, Nizard J. Impact de la rééducation périnéale sur la prévention des douleurs et des dyspareunies en post-partum. *Prog Urol*. 2016;26(4):237-244.
21. Aceituno L, Segura MH, Ruiz E, Sánchez-Barroso MT, Acosta V, Delgado L, et al. Estrategia para disminuir la incidencia de patología grave del periné durante el parto. *Clin Invest Gin Obst* 2011;38(1):8-14.
22. Abalo R, Da Cuña I. Fisioterapia preventiva en las disfunciones del suelo pélvico en el posparto. *Fisioterapia*. 2013;35(2):82-87.
23. Gachon B, Desseauve D, Fradet L, Decatoire A, Lacouture P, Pierre F, et al. Modifications de la statique pelvienne et de la laxité ligamentaire pendant la grossesse et le post-partum. *Revue de la littérature et perspectives*. *Prog Urol*. 2016;26(7):385-94.
24. Ferri Morales A, Amostegui Azkúe JM. Prevención de la disfunción del suelo pélvico de origen obtétrico. *Fisioterapia*. 2003;2(6):249-265.
25. Aliaga Martínez F, Prats Ribera E, Alsina Hipólito M, Allepuz Palau A. Impacto en la función de los músculos del suelo pélvico de un programa de entrenamiento específico incluido en el control habitual del embarazo y el posparto: ensayo clínico controlado no aleatorizado. *Matronas Prof*. 2013(2):36-44.
26. Moosdorff-Steinhauser H, Albers-Heitner P, Weemhoff M, Spaanderman M, Nieman F, Berghmans B. Factors influencing postpartum women's willingness to participate in a preventive pelvic floor muscle training program: a web-based survey. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2015;19(5):182-187.
27. Amóstegui Azcúe JM, Ferri Morales A, Lillo De la Quintana, C, Serra Llosa ML. Incontinencia urinaria y otras lesiones del suelo pelviano: etiología y estrategias de prevención. *Rev Med Univ Navarra*. 2004;48(4):18-31.
28. Oblasser C, Christie J, McCourt C. Vaginal cones or balls to improve pelvic floor muscle performance and urinary continence in women post partum: A quantitative systematic review. *Midwifery*. 2015;31(11):1017-1025.

29. Boyle R, Hay-Smith EJC, Cody JD, Mørkved S. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and fecal incontinence in antenatal and postnatal women: A short version Cochrane review. *Neurourol Urodyn*. 2014;33(3):269-276.

30. Deffieux X, Vieillefosse S, Billecocq S, Battut A, Nizard J, Coulm B, et al. Rééducation périnéale et abdominale dans le post-partum: recommandations. *J Gynecol Obstet Reprod Biol*. 2015;4(4):1141-1146.

ANEXOS

Anexo 1: Tríptico

Programa "Prevención de suelo pélvico en el postparto"

CONTENIDOS

PRIMERA SESIÓN: CONOZCO MI SUELO PÉLVICO

- Definición de suelo pélvico
- Anatomía de suelo pélvico

SEGUNDA SESIÓN: ¿ME PASARÁ A MÍ?

- Definición de disfunción de suelo pélvico
- Tipos de disfunciones
- Etiología de las disfunciones de suelo pélvico

TERCERA SESIÓN: ¿CÓMO PREVENIRLO?

- Ejercicios de Kegel

Fecha de realización:

Martes 6 de Junio de 11:00 a 12:00
Martes 13 y 20 de Junio de 11:00 12:30
Jueves 8 de Junio de 18:00 a 19:00
Jueves 15 y 22 de Junio de 18:00 a 19:30

Número de alumnos: 10-15 personas

Lugar de realización: Aula de formación ubicada en el semisótano.

Dirigido: Mujeres puérperas.

Lugar de inscripción: Consulta de Obstetricia 1ª planta Edificio de consultas externas.

Correo electrónico: mariagomezgomez1995@hotmail.com
Teléfono: 679704404

Fecha Límite de inscripción: 16 de Mayo de 2017



PREVENCIÓN DE SUELO PÉLVICO

LUGAR:

**Aula de formación
Hospital Comarcal**

6 de Junio de 11:00 a 12:00

13 y 20 de Junio de 11:00 a 12:30

8 de Junio de 18:00 a 19:00

15 y 22 de Junio de 18:00 a 19:30

Anexo 3: Carta informativa

Queridas mujeres:

Soy María Gómez enfermera del Hospital Comarcal, me pongo en contacto con ustedes, para informaros sobre la realización de un programa educativo para la prevención del suelo pélvico tras el parto, que se llevarán a cabo en el aula de formación del Hospital Comarcal.

Este proyecto va dirigido a las mujeres puérperas, estas sesiones se llevarán a cabo martes y jueves de las tres primeras semanas del mes de Junio 2017, en el que se realizarán dos grupos compuestos por 10-15 personas, en la cual se les informará de los conceptos básicos que se deben de conocer y cómo prevenir la aparición de las disfunciones pélvicas tras las sesiones impartidas y la realización correcta de ejercicios.

Si están interesadas por favor confirmen la asistencia y para cualquier duda contacten con mariagomezgomez1995@hotmail.com o llamen al teléfono 679704404.

Un saludo

María

Anexo 4: Solicitud del aula

Buenas tardes,

Soy María Gómez Gómez enfermera del Hospital Comarcal, me pongo en contacto con ustedes para solicitar el aula de formación del semisótano del Hospital para impartir un proyecto educativo para las mujeres puérperas, adaptándola a cada necesidad de las sesiones. Estas sesiones se impartirán durante las tres primeras semanas de junio, siendo los martes en turno de mañana y los jueves en de turno de tarde.

Espero su respuesta, si necesitan cualquier cosa no duden en ponerse en contacto conmigo a través del correo o del teléfono.

Email: mariagomezgomez1995@hotmail.com

Teléfono: 679704404

Un saludo.

Anexo 5: Lista de asistencia

LISTA DE ASISTENCIA MARTES 6,13,20 JUNIO

NOMBRE	DNI	SESIÓN 1:	SESIÓN 2:	SESIÓN 3:
		CONOZCO MI SUELO PEVICO	¿ME PASARÁ A MÍ?	¿CÓMO PREVENIRLO?
		FIRMAS		

LISTA DE ASISTENCIA JUEVES 8,15,22 JUNIO

NOMBRE	DNI	SESIÓN 1:	SESIÓN 2:	SESIÓN 3:
		CONOZCO MI SUELO PEVICO	¿ME PASARÁ A MÍ?	¿CÓMO PREVENIRLO?
		FRMAS		

Anexo 6: Guion del observador

Fecha:

Lugar: Hospital Comarcal

Hora:

Tema: Prevención de suelo pélvico en el postparto

Docente	Nivel de dominio			Observaciones y propuestas de mejora
	Bajo	Medio	Alto	
Presentación del tema				
Creación de clima adecuado				
Permite la participación				
Mantiene el interés de las asistentes				
Resuelve adecuadamente las situaciones imprevistas				
Utilización de lenguaje claro				
Contenidos	Bajo	Medio	Alto	Observaciones y propuestas de mejora
Actualizados y prácticos				
Orden de los contenidos según el cronograma				
Consideración de las ideas previas de las asistentes				
Habilidad en la explicación y en la utilización de las técnicas				
Utilización correcta de los recursos				

Asistentes	Bajo	Medio	Alto	Observaciones y propuestas de mejora
Realizan las actividades				
Realización de preguntas sobre los contenidos				
Interacción con los demás asistentes				
Aula	Bajo	Medio	Alto	Observaciones y propuestas de mejoraría
Orden del aula				
Lugar del aula				
Temperatura				
Colocación adecuada de los recursos				

Anexo 7: Pre-test y Post-test

Nombre:

Apellidos:

Este test se realizará para evaluar los conocimientos previos a las sesiones y se realizará posteriormente para evaluar los conocimientos adquiridos.

1. El suelo pélvico es un conjunto muscular y de ligamentos que tienen forma de cono.
 - a. Verdadero
 - b. Falso

2. El SP está formado por tres partes que son: _____, _____ y _____.

3. ¿La Incontinencia urinaria se considera una disfunción de suelo pélvico?
 - a. Verdadero
 - b. Falso

4. ¿El embarazo y el parto afectan a los músculos pélvicos?
 - a. Verdadero
 - b. Falso

5. Los ejercicios de Kegel y la utilización de bolas chinas no están indicadas para el fortalecimiento del suelo pélvico.
 - a. Verdadero
 - b. Falso

6. Las relaciones sexuales se deben iniciar a las _____ semanas

7. Aumentar el peso es un inconveniente para la prevención de las disfunciones de suelo pélvico:
 - a. Verdadero
 - b. Falso

Firma:

Anexo 8: Evaluación de la estructura

Señale del 1 al 5 con una (X) en la casilla que se ajuste a su opinión personal. Siendo el 1 insuficiente y el numero 5 excesivo.

Preguntas	1	2	3	4	5
La difusión del programa					
Horario del programa					
Duración de las sesiones					
Condiciones del aula					
Calidad de los recursos utilizados					
Sugerencias					

Anexo 9: Evaluación del proceso

Señale del 1 al 5 con una (X) en la casilla que se ajuste a su opinión personal. Siendo el 1 insuficiente y el numero 5 excesivo.

Preguntas	1	2	3	4	5
Manejo del tema por parte del profesional					
Exposición clara					
Relación de los contenidos con el objetivo del programa					
Dominación del docente sobre el tema					
Se fomenta la participación de las asistentes					
Técnicas empleadas han sido las adecuadas					
Se ha proporcionado un clima de confianza para expresar las inquietudes					
Resolución de dudas					
Sugerencias					

Anexo 10: Evaluación de los resultados educativos

Marque con un X.

Preguntas	SI	NO
¿Tenía algún conocimiento previo de los contenidos abordados?		
¿Se han conseguido los objetivos propuestos?		
¿Cree ahora que tiene gran relevancia el SP?		
¿Sería capaz de reconocer los signos y síntomas de las DPS?		
¿Cree tener los conocimientos necesarios para la realización de los ejercicios de SP?		
¿Recomendaría estos ejercicios a otras mujeres que han dado a luz?		
¿Ha superado sus miedos?		
¿Se encuentra satisfecha con el programa?		
¿Está satisfecha con los conocimientos prácticos y teóricos adquiridos?		
Sugerencias		