

FCM

Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Enfermería
Ciclo de Licenciatura en Enfermería



TESINA

TEMA: ***“RECUPERACIÓN DEL SUELO PÉLVICO”***

AUTORES

Delpodio, Daniela Soledad

Fernández, Pablo Joaquín

Zárate, Gemina María

Mendoza, Diciembre de 2017

El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado ni citado, en todo o en parte, sin el previo consentimiento de la citada Escuela o de los autores.

ACTA DE APROBACIÓN:

Tribunal examinador:

Presidente:.....

Vocal 1:.....

Vocal 2:.....

Integrantes de Equipo Tutorial:

Profesor:.....

Profesor:.....

Profesor:.....

Trabajo Aprobado el:...../...../.....

RESUMEN DE INVESTIGACIÓN

Tema: Recuperación del suelo Pélvico

Autoras: Delpodio Daniela, Fernandez Pablo, Zárate Gemina

Lugar: Hospital Virgen de la Misericordia, OSEP, Mendoza, Julio, Agosto y Setiembre 2017.

Introducción: El debilitamiento de la musculatura del suelo pélvico se produce secundariamente a procesos vitales, la falta de información dada a las mujeres en todos los ciclos de vida por profesionales de la salud ha promovido el aumento de cirugías tocoginecológicas.

Objetivo general: Determinar el grado de conocimiento de las mujeres sobre el cuidado del suelo pélvico en el puerperio y el rol enfermero en la fase educativa en el Hospital Virgen de la Misericordia.

Material y Método: Investigación de tipo cuantitativo, no experimental, aplicada, transversal, descriptiva y de fuentes primarias.

Población y muestra: Fueron 50 pacientes cursando puerperio inmediato que participaron del estudio en los meses de Julio, Agosto y Setiembre 2017.

Resultados: Del grupo de estudio seleccionado, puérperas inmediatas, el 30 % tienen entre 32 y los 37 años de edad, el 40 % de presentan un nivel de estudios terciario y el 50% padecen episodios de pérdida de orina por esfuerzo reconociendo tal padecimiento como algo normal en su vida, 54% de las mismas desconocen que es el suelo pélvico, si bien un alto índice que alcanza el 88% de la encuestadas creen reconocer la importancia de tener un buen estado del Suelo Pélvico, un 54% desconocía de su existencia previo al estudio, el 92% consideran que hay falta de información por parte de profesionales de la salud.

Conclusión: Los trastornos del suelo pélvico, afectan cada vez más a mujeres jóvenes menores a 35 años de edad, afectando negativamente sobre la calidad de vida ya que implican repercusiones físicas, psicológicas y sociales de las mujeres afectadas.

Enfermería tiene un papel muy importante en la detección y prevención de estas disfunciones en el marco de su rol educador y promotor de la salud.

Palabras claves: Suelo Pélvico, Deterioro Suelo Pélvico, Desconocimiento grupo muscular pélvico, Prevención de la Disfunción del suelo pélvico y Promoción de la Salud, Educación para la Salud.

DEDICATORIA

A nuestros hijos Keila, Alessandro, Leticia y Julieta y a nuestras familias, por su amor y entrega incondicional, por su apoyo en todo sentido para la consecución de nuestros grandes sueños.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirnos cumplir una de las metas más importantes de nuestra vida, por bendecirnos a diario y permitirnos seguir adelante

A la tutora de tesis Lic. María Rosa Reyes por brindarnos sus conocimientos, sus orientaciones, su manera de trabajar y su paciencia ha sido fundamentales para nuestra formación como Licenciadas/os, así como también al Lic. Jorge Michel quien ha inculcado un sentido de seriedad, responsabilidad y rigor académico sin los cuales no podríamos tener una formación completa.

A cada uno de los profesores que nos acompañaron y guiaron durante esta maravillosa formación.

Por esto y más les estaremos eternamente agradecidos.

Daniela, Gemina y Pablo

PRÓLOGO

Las disfunciones del suelo pélvico, por ejemplo la incontinencia urinaria, son problemas de salud frecuentemente ocultos, que deterioran la calidad de vida, limitan la autonomía y repercuten en el ámbito psicosocial, laboral, afectivo y sexual, incrementado el uso de recursos sociosanitarios y familiares, conllevando un gran gasto económico, esta afección se está convirtiendo en un verdadero problema de salud pública.

María Pilar Cambra Linés

ÍNDICE GENERAL

ADVERTENCIA.....	II
ACTA DE APROBACIÓN.....	III
RESUMEN DE INVESTIGACIÓN.....	IV
AGRADEIMIENTOS Y/ DEDICATORIA.....	V
PROLOGO.....	VI
ÍNDICE GENERAL.....	VII
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS.....	IX
CAPÍTULO I: PLANTEO DEL PROBLEMA	
INTRODUCCIÓN.....	1
DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	2
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
OBJETIVO GENERAL.....	3
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	3
JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	4
MARCO TEÓRICO.....	5
CONCEPTO SUELO PÉLVICO.....	6
CONCEPTO DE INCONTINENCIA URINARIA (TOT).....	9
CONCEPTO DE PROLAPSO.....	11
CONCEPTO EMBARAZO.....	12
CONCEPTO DE TRABAJO DE PARTO Y PARTO.....	16
CONCEPTO DE PUERPERIO.....	17
IMPORTANCIA DE ENFERMERIA.....	20
MARCO REFERENCIAL.....	22
CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO	
HIPOTESIS.....	30
TIPO DE ESTUDIO.....	30
AREA DE ESTUDIO.....	30
UNIVERSO.....	30
MUESTRA.....	30
UNIDAD DE ANÁLISIS.....	30
VARIABLES.....	30
DIMENSIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.....	31

MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.....	32
RECOLECCION, PROCESAMIENTO Y ANALIS DE DATOS.....	32
CAPÍTULO III: RESULTADO: DISCUSIÓN Y PROPUESTA	
RESULTADOS.....	34
CONCLUSIÓN.....	54
DISCUSIÓN.....	55
PROPUESTA.....	56
BIBLIOGRAFÍA.....	57
ANEXO I	
ENCUESTA.....	60
ANEXO II	
TABLA TABULACIÓN DE DATOS.....	64
ANEXO III	
PROYECTO EDUCACIÓN EN RECUPERACIÓN DEL SUELO PÉLVICO.....	67

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

TABLA y GRÁFICO N° 1.....	33
TABLA y GRÁFICO N° 2.....	34
TABLA y GRÁFICO N° 3:.....	35
TABLA y GRÁFICO N° 4.....	36
TABLA y GRÁFICO N° 5.....	37
TABLA y GRÁFICO N° 6:.....	38
TABLA y GRÁFICO N° 7:.....	39
TABLA y GRÁFICO N° 8.....	40
TABLA y GRÁFICO N° 9.....	41
TABLA y GRÁFICO N° 10.....	42
TABLA y GRÁFICO N° 11.....	43
TABLA y GRÁFICO N° 12.....	44
TABLA y GRÁFICO N° 13.....	45
TABLA y GRÁFICO N° 14.....	46
TABLA y GRÁFICO N° 15.....	47
TABLA y GRÁFICO N° 16.....	48
TABLA y GRÁFICO N° 17:.....	49
TABLA y GRÁFICO N° 18.....	50
TABLA y GRÁFICO N° 19:.....	51
TABLA y GRÁFICO N° 20.....	52

CAPITULO I:

PLANTEO DEL PROBLEMA

INTRODUCCIÓN

Lamentablemente en la provincia no se pone en práctica la rehabilitación del suelo pélvico a pesar de la importancia de este grupo muscular, al plantearnos este problema y al recabar datos nos encontramos con un vacío de información a nivel provincial y nacional.

Como bien sabemos, el personal de Enfermería es el primer contacto con el paciente, motivo por lo cual es el encargado principal en la promoción del autoconocimiento y autocuidado del suelo pélvico, garantizar el seguimiento y la continuidad de cuidados y la derivación de la mujer a otros especialistas en los casos en los que sea necesario. En el marco de la prevención y detección precoz de las disfunciones pélvicas, resultan por tanto fundamentales las acciones de educación y promoción de la salud desde etapas tempranas del ciclo vital.

La rehabilitación perineal resulta especialmente compleja, ya que a diferencia de cualquier otro músculo del cuerpo, la contracción del músculo perineal no es apreciable por la vista debido a que es un músculo interno, con lo cual el seguimiento es más complicado de lo normal. Mantener en buen estado la musculatura del suelo pélvico es fundamental para la salud y calidad de vida de la mujer y existen diferentes técnicas para conseguir este objetivo.

Actualmente, el principal factor de prevención de la disfunción del suelo pélvico, consiste en la realización de los ejercicios de Kegel como método de reeducación perineal.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Los autores de la siguiente investigación, nos vimos motivados a realizarla debido a la experiencia vivida por uno de nuestros miembros, la cual tuvo que ser intervenida quirúrgicamente por problemas de incontinencia urinaria, lo que llamó mucho nuestra atención fue la temprana edad para presentar dicha patología. Consultamos a la Dra. Llanca Blanca cirujana ginecológica del Hospital Nuestra Señora Virgen De La Misericordia-OSEP, quien nos refiere que el aumento de cirugías de prolapso e incontinencias ya sea urinarias o rectales, si bien no han aumentado significativamente en números, si se incrementaron la corta edad de las pacientes que tenían algunos de los padecimientos, hasta hace apenas tres años atrás , las consultas eran realizadas por mujeres entre los cuarenta y cincuenta años, y hoy en día, entre mujeres menores de treinta y tres años de edad.

Se ha evidenciado que en el año 2015 se realizaron 271 cirugías ginecológicas, de las cuales 105 corresponden a cirugías por TOT (cinta trans-obturadora por incontinencia urinaria) y Prolapso este último urinario vesical y/o intestinal, correspondiente a un 38,7% anual. En el año 2016 se realizaron 309 cirugías ginecológicas, de las cuales 136 fueron por TOT y Prolapso, estas últimas comprenden el 44% de las cirugías anuales, evidenciando un marcado aumento equivalente al 5,3%.

Se presume que este padecimiento se produce principalmente durante el embarazo y el parto , ya que estos resultan muy agresivos para el suelo pélvico; durante el embarazo el peso del útero va a tener que ser soportado por músculos y los ligamentos de la pelvis, en el momento del parto estas estructuras van a ser sometidas a un esfuerzo de dilatación extrema, como consecuencia de esto y durante un tiempo todos los músculos de la zona experimentan una atonía completa o casi completa, pudiendo causar a largo plazo prolapso(vejiga, útero, y/o recto), incontinencia urinaria o de heces o disfunción sexual, existen factores en el momento del parto que pueden acentuar estas alteraciones, tales como episiotomías, desgarros o fórceps.

El cuidado y el mantenimiento del suelo pélvico deberían estar entre las prioridades de cualquier mujer, independientemente de su edad o práctica deportiva. El suelo pélvico en la mujer hace de sostén de los órganos

abdominales y, como cualquier grupo muscular del organismo, es importante mantenerlo en forma. Sin embargo, no se presta demasiada atención hasta que surgen las primeras señales de pérdida de fuerza en forma de incontinencia o disfunción sexual. Tener el suelo pélvico tonificado y elástico proporciona a la mujer bienestar físico y psíquico.

"La mayoría de las mujeres desconocen qué es el suelo pélvico, su importancia y lo fácil que es cuidarlo. Con unos ejercicios muy sencillos, que se pueden realizar discretamente en cualquier lugar, se pueden mejorar y prevenir los problemas asociados en un 70% de los casos".

La educación pélvica se centra en la prevención y el tratamiento de todos los tipos de trastornos funcionales de las regiones abdominal, pélvica y lumbar. La identificación de factores de riesgo, el desarrollo de programas preventivos y el abordaje terapéutico de esta patología son por lo tanto una prioridad en el campo de la salud de la mujer.¹

FORMULCIÓN DEL PROBLEMA

¿Qué grado de conocimiento sobre cuidado del suelo pélvico durante el puerperio, tienen las mujeres que concurren al Hospital Nuestra Señora De la Misericordia- OSEP, y cuál es el rol enfermero en la fase educativa, Mendoza, 2017?

OBJETIVO GENERAL

Determinar el grado de conocimiento de las mujeres sobre el cuidado del suelo pélvico en el puerperio y el rol enfermero en la fase educativa

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar el tipo de conocimiento sobre el tema en estudio, que posee la población de estudio

¹ Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC). Guía de Atención enfermera a personas con incontinencia urinaria. Editada por ASANEC.2007. 3ª Edición.

2. Establecer el rol educativo del enfermero en el tema abordado
3. Caracterizar a la población de estudio

JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Consideramos que es de real importancia realizar este trabajo de investigación, ya que aportaría beneficios a mujeres adultas, y más aun a adultas mayores para evitar alteraciones y/o complicaciones, a nuestro parecer a largo plazo; al evidenciar el aumento de cirugías ginecológicas en el Hospital Virgen de la Misericordia, nos cuestionamos el porqué de esto, dicha inquietud nos llevó a realizar de manera informal a un reducido grupo de mujeres post operadas de TOT (prolapso) e incontinencia urinarias, si tenían conocimientos de lo que es el suelo pélvico y de ser así, si en algún momento realizaron algún método ya sea físico o medicamentoso previo a su cirugía, arrojando como respuesta que no tenían noción de lo que es el suelo pélvico. Por tal motivo el tema de investigación nos resulta relevante para enfermería ya que somos en la mayoría de los casos el primer contacto con las pacientes, y podríamos lograr la incorporación al sistema de salud la prevención de alteraciones y/o complicaciones en mujeres adultas, mediante la captación temprana de factores de riesgo y así disminuir el número de cirugías por TOT e incontinencias, obteniendo como resultado una mejor calidad de vida para la mujer adulta mayor. Los integrantes consideramos que enfermería tiene un alto grado de incumbencia en la educación de las mujeres puérperas y embarazadas para de esta manera reducir el número de complicaciones y posible necesidad de re-intervención quirúrgica, lo que representa un costo económico para el hospital y más aún para la familia, ya que se encuentra atravesando un estadio de reacomodamiento familiar luego de la llegada de un nuevo integrante a la familia, más aun con la demanda que presenta esta nueva persona para el núcleo familiar en donde la madre necesita de manera inmediata una pronta recuperación para que pueda llevar a cabo todas las tareas necesarias para su cuidado.

MARCO TEÓRICO

La enfermería Argentina es una profesión relativamente nueva y todavía está en proceso de terminar de construir su identidad, lo que se tiene en claro es que la enfermería es el arte del cuidar.

La historia de la enfermería comienza con la señora de la lámpara: Florence Nightingale (1820-1910), tomamos una frase que ella cito en una de sus conferencias como disparador de lo que sería ideal para nosotros. “*educar no es enseñar al hombre a saber, sino a hacer*”. Los autores de la presente tesis tomamos como punto de partida esta frase, como enfermeros tenemos una función educadora innata, y muchas veces no nos damos por aludidos de que todo el tiempo enseñamos; a los pacientes, en la medida de sus posibilidades, a sus familiares a lidiar con los problemas o necesidades especiales de sus seres queridos. No solo tenemos una actuación intervencionista directa si no que tenemos una indirecta, la educación.

Como enfermeros debemos encuadrarnos en un marco teórico y conceptual que nos respalde, por tal motivo consideramos que de las grandes pensadoras de la enfermería el modelo que mejor se caracteriza con lo que necesitamos proponer es el de la señora Dorotea Orem, y su teoría del auto cuidado.

En su teoría se aborda al individuo de manera integral en función de situar los cuidados básicos como el centro de la ayuda al ser humano a vivir feliz durante más tiempo, es decir mejorar su calidad de vida. De igual manera conceptualiza la enfermería como el arte de actuar por la persona incapacitada, ayudarla a actuar y/o brindarle apoyo para aprender a actuar por sí misma con el objetivo de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad, incluyendo la competencia desde su relación interpersonal de actuar, conocer y ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades y demandas de autocuidado, donde debe respetar la dignidad humana, practicar la tolerancia, cumpliendo el principio del consentimiento informado, confidencialidad, credo, veracidad e intimidad entre otros aspectos, permitiendo que el enfermo participe en la planificación e implementación de su propia atención de salud, si tuviese la capacidad para ello, acogido a los adelantos científico técnicos que propicien el desarrollo ascendente

de la ciencia enfermera, respetando las normas, códigos ético- legales y morales que desarrolla la profesión².

CONCEPTO SUELO PÉLVICO

El suelo pélvico lo forman un conjunto de estructuras musculares y aponeuróticas que se fijan a la pelvis ósea y forman como una hamaca sobre la que se apoyan las vísceras pélvicas que se encuentran en el interior de la pelvis (útero, vejiga, recto, intestinos,...). Además, constituye una zona de paso para nuestros sistemas urinario, reproductor y digestivo, siendo responsable de la continencia urinaria y fecal, interviniendo en las relaciones sexuales, tanto en el hombre como en la mujer, así como formando parte del canal del parto en esta última. Esta hamaca, sujeta el contenido abdominal compensando con sus características elásticas los vectores de presión, además se encuentra fenestrado permitiendo el paso de órganos digestivos, urinarios y reproductores. La resistencia y elasticidad de sus distintos componentes que se va agotando progresivamente lo que, unido a la existencia de distintas agresiones como el embarazo, el parto y sobreesfuerzos de la vida cotidiana, condicionan la integridad anatomofuncional de esta hamaca. El suelo pelviano lo forman básicamente la fascia endopelviana, el diafragma pelviano y el diafragma perineal.

La fascia endopelviana está constituida por un tejido fibromuscular que forma una hamaca, es la encargada de suspender y estabilizar las vísceras abdominales. Esta malla contiene colágeno, músculo vasos y nervios. El útero, el cérvix y el tercio superior de la vagina están fijados por condensaciones de la fascia endopélvica que conocemos como ligamentos cardinales y uterosacros que en su conjunto forman los parametrios. En el tercio medio inferior vaginal la fascia endopelviana está constituida por la fascia rectovaginal y pubocervical. El diafragma pelviano refuerza el sostén del suelo pélvico ya que si éste estuviera formado exclusivamente por estructuras aponeuróticas, sería incapaz de

² Pereda Acosta M. Explorando la teoría general de enfermería de Orem. Enf Neurol (Mex) [Internet]. 2011` citado 9 Jul 2014]; 10(3): 163-67. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/contenido.cgi?IDREVISTA=221&IDPUBLICACION=3438>

soportar sin ceder ante el peso de las vísceras abdominales. El diafragma pelviano lo forman el músculo elevador del ano y su fascia superior e inferior. El músculo elevador del ano consta de dos porciones: Músculo pubovisceral (con los fascículos pubocoxígeo y puborectal). Forma un arco que va desde el pubis hasta el coxis, deja paso a uretra, vagina (hiato urogenital) y recto.

Las fibras que van desde el pubis a la vagina se llaman músculo pubovaginal y son las responsables de elevar la uretra cuando la musculatura pélvica se contrae. Al realizar un esfuerzo que implique un aumento de la presión abdominal, este músculo comprime la uretra vagina y recto contra el pubis impidiendo el escape de orina y proyecta los órganos abdominales en dirección cefálica.

Músculo ileocoxígeo que cierra la pelvis lateralmente uniéndose al arco tendíneo del elevador. Si la musculatura del elevador se relaja, distiende o se lesiona se abre el hiato urogenital, manteniéndose las vísceras únicamente por las estructuras aponeuróticas. Esta situación se puede mantener un corto espacio de tiempo ya que las estructuras fasciales acaban cediendo. La membrana perineal o diafragma urogenital es la región anatómica más superficial, tiene forma romboidal yendo desde la sínfisis púbica hasta el coxis y lateralmente a ambas tuberosidades isquiáticas. Consta de dos niveles; uno profundo que contiene el músculo transverso y el núcleo tendinoso del perineo y uno superficial en el que se localizan los músculos trasverso superficial del perineo, isquiocavernoso y bulbocavernoso³.

Factores de riesgo que predisponen a lesiones o deterioro del suelo pélvico.

Existen varias causas que afectan a esta estructura, aunque en muchas ocasiones, su debilitamiento no sería tan severo si se tratase a tiempo⁴.

- La obesidad.
- El estreñimiento.
- La edad.

³ http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia

⁴ Dávila Gw, Promozich J. prospective randomized trial of bladder retraining using an electronic voiding device versus self administered bladder drills in women with detrusor instability. Neurourol Urodyn 1998; 17:324-325.

- Los deportes de salto o impacto.
- Una desviación de columna.
- Los trastornos hormonales (menopausia).
- Las infecciones de orina, las cistitis intersticiales y las prostatitis crónicas.
- Los antecedentes familiares de disfunciones de suelo pélvico.
- Intervenciones quirúrgicas de la zona del periné.
- Embarazo y parto son la principal causa del debilitamiento debido a la presión que ejerce el bebé durante el embarazo y a la distensión muscular que sufren estos músculos durante el parto.

Signos de debilidad de los músculos del suelo pélvico.

- Tener pérdidas de orina al estornudar, toser, correr, reír (o en cualquier otra actividad repentina).
- No llegar a tiempo al sanitario.
- No ser capaz de mantener el tampón en su sitio.
- Sufrir ventosidades vaginales o anales al doblarse y levantarse.
- Notar un bulto a la entrada de la vagina (prolapso).
- Tener dificultad para vaciar la vejiga por completo.

Prevención de las disfunciones del suelo pélvico

Prevención desde el ámbito sanitario:

- Fomentar estilos de vida saludables en las familias, mediante la educación para la salud individual y/o grupal, en la alimentación y actividad física.
- Recomendar a las mujeres previamente a la gestación, durante la gestación y en el posparto a realizar ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico.
- Recomendar el fortalecimiento de la musculatura del suelo pélvico antes y durante la menopausia.
- Identificar y estudiar los factores de riesgo para las disfunciones del suelo pélvico y en las etapas sensibles.
- Detectar precozmente la tendencia a disfunciones del suelo pélvico

Tratamiento conservador:

- **Ejercicios de Kegel**, la clave para fortalecer el suelo pélvico: el doctor Arnold Kegel fue el primero en relacionar el suelo pélvico y la incontinencia urinaria.

- Hoy en día sus ejercicios, renovados y perfeccionados, son esenciales para fortalecer el suelo pélvico⁵.
- **Ejercicios hipopresivos:** es un método de ejercicios destinados a trabajar la musculatura del suelo pélvico y la faja abdominal de forma involuntaria. Este tipo de trabajo se realiza disminuyendo la presión interna, tanto de abdomen como de tórax.
- **Pilates:** es un sistema de entrenamiento físico y mental, basada en distintas especialidades como gimnasia, traumatología y yoga, uniendo el dinamismo y la fuerza muscular con el control mental, la respiración y la relajación.⁶

CONCEPTO DE INCONTINENCIA URINARIA (TOT)

La incontinencia urinaria (TOT) es la pérdida del control de la vejiga. Los síntomas pueden variar desde una filtración de orina leve hasta la salida abundante e incontrolable de ésta. Puede ocurrirle a cualquiera, pero es más común con la edad. Las mujeres la experimentan el doble en comparación con los hombres. La mayoría de los problemas de control de la vejiga ocurren cuando los músculos están demasiado débiles o demasiado activos. Si los músculos que mantienen la vejiga cerrada se debilitan, es posible que tenga accidentes al estornudar, reír o levantar objetos pesados. Esto se conoce como incontinencia de esfuerzo (o por estrés).

Si los músculos de la vejiga están demasiado activos, es posible que sienta una fuerte urgencia por ir al baño cuando tenga poca orina en la vejiga. Esto se conoce como incontinencia de urgencia o vejiga hiperactiva. Existen otras causas de incontinencia, tales como problemas con la próstata y lesiones neurológicas.⁶

Hay diversas formas de incontinencia urinaria, las principales la de esfuerzo, de urgencia y mixta:

⁵ Boyle R, Hay-Smith EJ, Cody JD, Morked S. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. Cochrane Database Systematic Reviews 2012 Issue 10. Art. No: CD007471. DOI: 10.1002/14651858.CD007471. pub 2.

⁶ <https://medlineplus.gov>

- a) **Incontinencia Urinaria De Esfuerzo (IUE):** Es la pérdida involuntaria de orina coincidiendo con un aumento de la presión abdominal, desencadenada por la actividad física (andar, toser, reír...)
- b) **Incontinencia Urinaria De Urgencia (IUE):** Es la pérdida involuntaria de orina asociada a un fuerte deseo de orinar (urgencia miccional).
- c) **Incontinencia Urinaria Mixta (IUM):** Cuando en la misma mujer se asocia una IU con los esfuerzos y síntomas de urgencia miccional (con o sin incontinencia)
- d) **Incontinencia Urinaria Continua:** Es la pérdida involuntaria y continua de orina, en ausencia de deseo miccional. Se puede deber a una fístula, un uréter ectópico o a un déficit intrínseco de cierre uretral muy severo.
- e) **Incontinencia Urinaria Por Rebosamiento:** Es la pérdida de orina que se produce al completarse la capacidad vesical en situaciones en las que existe una alteración de tipo obstructivo en el sistema excretor (prolapsos, tumores o afectación medular)⁷

Tratamiento de la incontinencia urinaria

El tratamiento varía enormemente en función del tipo de incontinencia en cuestión; por ello es tan importante un correcto diagnóstico previo.

Tratamiento de la IU de Esfuerzo

Una vez diagnosticada la IUE, el tratamiento va dirigido a reparar las deficiencias que la condicionan. Actualmente, las posibilidades terapéuticas disponibles son el tratamiento conservador, médico y el quirúrgico.

1. Tratamiento Conservador: comprende intervenciones en el estilo de vida de la paciente, terapias físicas. En general estos tratamientos son simples, de bajo costo y baja posibilidad de efectos secundarios, y sin perjuicio sobre otros tratamientos futuros si fueran necesarios.

El tratamiento conservador ha de constituir la principal forma de manejo inicial de la IUE.

a) *Cambios del estilo de vida:* dentro de estos, incluimos aquellos que tienen que ver con la patogénesis, o con la potencial resolución de la IUE.

⁷ http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia

b) *Terapias físicas*: se incluye aquí la Rehabilitación del Suelo Pélvico (RSP) entendiéndose como tal la práctica regular de ejercicios de contracción activa de los músculos del suelo pelviano.

La Electro estimulación se considera otro método de RSP que se puede realizar sola o en combinación con los ejercicios de contracción activa. La aplicación de este tratamiento supone que, en la exploración inicial de debe evaluar mediante un tacto vaginal la capacidad de contraer y relajar voluntariamente los músculos del suelo pelviano.

2. Tratamiento médico (farmacológico): va dirigido a incrementar la presión uretral aumentando el tono del musculo liso uretral, o influyendo en el tono del musculo estriado de la uretra y del suelo pélvico (estimulación de receptores alfa adrenérgicos). Se han usado fármacos como la imipramina (antidepresivo inhibidor de la recaptación selectiva de serotonina y noradrenalina), efedrina y agonistas α adrenérgicos, siendo su utilidad limitada tanto por la poca eficacia como por sus efectos adversos.

La *duloxetina* es un inhibidor combinado de la recaptación de la serotonina y la noradrenalina que estimula la actividad del esfínter estriado en la fase de llenado, sin afectar a la fase de vaciado (suprime la actividad simpática y somática en la vejiga, núcleo de Onuf).

3. Tratamiento Quirúrgico: ira dirigida a estabilizar la uretra en casos de hipermovilidad o bien conseguir una coaptación de la misma, en las pacientes con disfunción uretral intrínseca. Es importante considerar que la IUE puede asociarse a otros trastornos de la estática pelviana, especialmente el prolapso genital. En este caso hablaremos de la cirugía de la IUE aislada. Existen más de 150 técnicas quirúrgicas descritas, todas ellas encaminadas a la anti incontinencia.

CONCEPTO DE PROLAPSO

El prolapso genital consiste en un descenso de las paredes vaginales y de las vísceras contenidas en la pelvis: el útero, la vejiga o el recto, según la zona de la pared vaginal afectada.

Los principales factores de riesgo para su aparición son el embarazo y el parto – tanto el normal como la cesárea- que ejercen presión sobre todos los elementos de sostén de la pelvis y sus órganos. De allí la importancia de que el nacimiento se produzca en un centro especializado y que los profesionales realicen correctamente maniobras como el uso de fórceps o la episiotomía, si son necesarias. Otro factor de riesgo para desarrollar prolapso genital es la edad, pues con la menopausia disminuye el estrógeno, hormona que fortalece los tejidos.

Los síntomas del prolapso genital son variables e imprevisibles. Las pacientes pueden consultar por sensación de peso en la zona genital, una masa o aumento de volumen que asoma de la vagina, o dolor lumbar o pélvico. En muchas ocasiones, el prolapso genital también implica incontinencia urinaria o anal⁸.

CONCEPTO EMBARAZO

Se denomina embarazo, gestación o gravidez (del latín *gravitas*) al período que transcurre desde la implantación en el útero del óvulo fecundado al momento del parto.

El embarazo normal, es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término.

El embarazo de alto riesgo; es aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando ella procede de un medio socioeconómico precario. Este periodo de gravidez, comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los importantes cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia.

En la especie humana las gestaciones suelen ser únicas, aunque pueden producirse embarazos múltiples.

⁸ <https://www.clinicalascondes.cl/CENTROS-Y-ESPECIALIDADES/Centros/Centro-de-Piso-Pelviano/Equipo-Medico>

La aplicación de técnicas de reproducción asistida, está haciendo aumentar la incidencia de embarazos múltiples en los países desarrollados.

El embarazo humano dura unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación (aproximadamente unos 9 meses).

El primer trimestre es el momento de mayor riesgo de aborto espontáneo; el inicio del tercer trimestre se considera el punto de viabilidad del feto (aquel a partir del cual puede sobrevivir extra útero sin soporte médico)⁹.

Síntomas

Los signos y síntomas que hacen sospechar de un embarazo incluyen:

- Amenorrea
- Náuseas y vómitos
- Hormigueo mamario
- Mastalgia
- Micción frecuente y urgente
- Percepción de movilidad fetal (después de la semana 14)
- Hay estreñimiento, fatiga, aumento de peso

Menos frecuentemente puede haber:

- Sialorrea
- Anorexia
- Antojos o deseos de alimentos no apetecidos anteriormente
- Tendencia a vértigos
- Lipotimias, insomnio o somnolencia
- Irritabilidad, cambios de carácter y alteraciones de los órganos olfatorios

Entre los signos se observa:

- Leucorrea
- Cambios de color, consistencia, tamaño o forma del cuello uterino o del útero
- Elevación de la temperatura

⁹ Ación P. Tratado de Obstetricia. Ediciones Molloy, Alicante, 1998; 15:329-343, 38:977-987. - Willians CE, 20ª edición.

- Aumento de tamaño del abdomen
- Aumento de tamaño e ingurgitación de las mamas y descarga por el pezón
- Soplo pélvico y contracciones uterinas con aumento del tamaño del cuerpo uterino
- Pigmentación cutánea (cloasma y “línea negra”) y épulis después de la semana 12

Diagnóstico

La presencia en el suero materno de la hormona gonadotrofina corial (HGC), que se produce poco tiempo después de la implantación del huevo y su eliminación por orina es la base para el diagnóstico por laboratorio¹⁰.

Las pruebas para determinar un embarazo incluyen:

- Pruebas biológicas (determinación de la subunidad beta de la gonadotropina coriónica)
- Pruebas inmunológicas: se basan en el potencial antigénico de la HGC (aglutinación directa o indirecta de eritrocitos sensibilizados o de partículas de látex).

No aseguran de manera total el diagnóstico de embarazo por la semejanza inmunológica de la HGC con LH.

- Radioinmunoanálisis (RIA)
- Prueba del radiorreceptor
- ELISA
- Ultrasonografía (US): Permite diagnosticar el embarazo a partir de la 4ª semana y el embarazo gemelar a partir de la 6ª

La US de tiempo real de alta resolución puede determinar la edad gestacional de manera precisa sobre todo en la primera mitad del embarazo; permite realizar mediciones del saco gestacional (a partir de la 5ª semana) y del feto.

La modalidad doppler permite identificar el latido cardiaco fetal después de la 8ª semana.

¹⁰ Guía de actuación en AP. SEMFYC. Problemas de la reproducción y del aparato genital, 2003; 6.15.81-86.

Desarrollo normal hasta el 5to mes

Primer mes

- La criatura alcanza el tamaño de una perla.
- Es el momento de la organogénesis (formación de los distintos órganos internos), es el período más delicado y en el que las influencias externas van a producir mayores consecuencias adversas; por lo que se evitará en lo posible la toma de medicamentos y otras sustancias potencialmente nocivas.
- En las semanas siguientes se van formando el corazón, el sistema nervioso central (cerebro y médula espinal), la columna vertebral y el conducto digestivo.
- El peso de la madre deberá aumentar 300 gramos.

Segundo mes

- El corazón late y los brazos y piernas muestran el principio de los dedos.
- Desaparece la cola, comienza la estructura de los huesos y se esbozan la nariz, oídos y ojos.
- El bebé mide 4 cm y pesa 7.5 gramos.
- El peso de la madre habrá aumentado en 600 gramos.

Tercer mes

- La mayoría de los órganos principales están ya formados o lo harán en este mes.
- A partir de aquí el desarrollo será principalmente en tamaño y maduración de los distintos órganos.
- Todavía es sensible a las influencias externas, pero en mucha menor medida.
- A partir de este tercer mes se puede ampliar el número de medicamentos recibidos.
- Se seguirá teniendo cuidado con la toma de sustancias nocivas, ya que estas también pueden afectar al bebé en la fase de crecimiento (alcohol y tabaco, por ejemplo).
- El crecimiento alcanza los 9 centímetros y pesa 25 gramos.
- El cerebro se recubre de huesos protectores.
- Aparecen cejas, párpados y órganos como el hígado y los riñones, que comienzan ya a funcionar.

- El peso de la madre, será de 1 kilo más.

Cuarto mes

- El feto crece hasta los 16 centímetros y pesa 100 gramos.
- Se terminan de definir los dedos de manos y pies.
- Aparecen las uñas.
- El peso de la madre se verá aumentado en dos kilos.

Quinto mes

- Ahora mide 20 centímetros y pesa alrededor de 300 gramos

Complicaciones

Las complicaciones que pueden aparecer durante el embarazo son:

a) aborto espontáneo; b) enfermedad trofoblástica (mola hidatiforme, mola invasora y coriocarcinoma); c) embarazo ectópico (trompas, ovarios, cavidad abdominal, cuello o cuerno uterino); d) isoimmunización materno-fetal; e) enfermedad hipertensiva del embarazo (incluida eclampsia y preeclampsia); f) diabetes gestacional; g) enfermedades intercurrentes que complican la gestación; h) ruptura uterina; i) placenta previa; j) desprendimiento prematuro de la placenta; k) oligo o polihidramnios; l) patologías del cordón umbilical; m) ruptura prematura de membranas; n) infección amniótica

Tratamiento

Se debe planear una consulta con la paciente cada mes hasta la semana 32, cada 2 semanas hasta la semana 36 y después cada semana hasta el parto.

Se dará consulta más a menudo si sobrevienen complicaciones.

Se debe realizar un registro continuo del progreso del embarazo. Incluir signos y síntomas, hábitos, contactos y/o exposiciones con enfermedades, medicamentos, resultados de laboratorio, etc.

CONCEPTO DE TRABAJO DE PARTO Y PARTO

El trabajo de parto consiste en una serie de contracciones continuas y progresivas del útero que ayudan a que el cuello uterino se abra (dilatación) y adelgazamiento (se borre), para permitir que el feto pase por el canal de parto.

El trabajo de parto suele comenzar dos semanas antes o después de la fecha probable de parto¹¹.

El trabajo de parto se divide en:

Fase 1 o latente: Ocurre al final del embarazo hasta el inicio de las contracciones del trabajo de parto.

Fase 2 o activa: Se compone de 3 períodos:

1-Primer período o periodo de dilatación: Se inicia cuando comienza el trabajo de parto. Las contracciones uterinas tienen la intensidad, frecuencia y duración suficiente como para producir el borramiento y dilatación del cuello uterino hasta su dilatación completa.

2-Segundo período o periodo expulsivo: Se inicia cuando el cuello uterino alcanzó la dilatación completa y finaliza cuando el feto es expulsado.

3- Tercer período o alumbramiento: Comienza cuando se produce la expulsión fetal hasta la salida de la placenta (alumbramiento).

CONCEPTO PUERPERIO

“Expulsión de la placenta, hasta un límite variable, generalmente seis semanas, en que ocurre la primera menstruación y vuelve a la normalidad el organismo femenino”¹². Se puede dividir:

- Puerperio inmediato: 24 horas. Incluye el puerperio postparto (2 primeras horas, vigilar hemorragias).
- Puerperio precoz o propiamente dicho: primera semana.
- Puerperio tardío: 40-45 días (retorno de la menstruación).
- Puerperio alejado: 45 días hasta un límite impreciso.

Puerperio inmediato.

- Entuertos: contracciones uterinas intermitentes.
- Escalofríos.

¹¹ Lowdermi Ik DI, Perry SE, BobaK IM. Enfermería Materno Infantil. España: editorial Océano; 2002.1377p.

¹²Puerperio. José Luis Granero PardoMIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria Hospital“ La Inmaculada “ de Huerca-Overa.Marzo 2004.[INTERNET]; <https://es.scribd.com/document/155631430/Puerperio>

Conducta

- 1) Vigilar la pérdida sanguínea: dos primeras horas. No más de 400 cc en 24 h.
- 2) Vigilar la formación del globo de seguridad de Pinard: hemostasia uterina por retractilidad y contractilidad. El globo de seguridad se aprecia por la palpación abdominal. Tras la salida de la placenta, el fondo uterino queda a mitad de distancia sínfisis-ombbligo, pero al cabo del primer día sube casi a nivel del ombligo. Después irá bajando a razón de 1-2 cm/día hasta que tras los 10 días postparto se pierde tras la sínfisis del pubis. Tras la vigilancia de 2 horas en la sala de recuperación, pasará a planta.
- 3) Vigilar pulso, T^a y TA.

Puerperio precoz

- Primera semana postparto.
- Máxima involución genital, coincidiendo con la expulsión de loquios y la instauración de la lactancia.

Involución uterina y regeneración del endometrio

- Útero: proceso de involución más rápido. Al finalizar el parto pesa 1 Kg, 20 cm de longitud, 12 cm de dimensiones laterales y 4-5 cm de espesor. Sus fibras musculares lisas se contraen, trombosan los vasos (mecanismo homeostático eficaz). A los 5 días pesa unos 500 gr (encima de pubis), a los 10 días unos 300gr (intrapélvico) y a los 15 días 80-100 gr, tiene unos 10 cm de longitud y 6-7 de ancho.
Palpación abdominal, desciende 1cm al día. El número de células no disminuye mucho, sino que lo hace el tamaño.
- Decidua: 2 capas. La superficial se vuelve necrótica (loquios), mientras que la adyacente al miometrio (base de regeneración del nuevo endometrio).
- Vasos: embarazo: agrandamiento de venas y arterias importante. En puerperio: se obliteran por cambios hialinos, volviendo a su tamaño.
Regeneración: es rápida (1 semana o diez días), excepto en el lugar donde asentaba la placenta (zona más delgada 6 semanas).

Cambios en el segmento uterino inferior, cuello, vagina y vulva

- El cuello y el segmento uterino inferior quedan colapsados y flojos.
- OCE: desgarros laterales. A medida que se estrecha, el cuello se engruesa y se vuelve a formar el canal cervical. No aspecto pregrávido, algo más ancho y depresiones laterales permanentes (multiparidad). Alargado en sentido transversal y no puntiforme (labio anterior y posterior). Se forma en 4ª semana. OCI 2ª semana.
- Segmento uterino inferior: pocas semanas pasa de una estructura manifiesta (cabeza fetal a término) a constituir un istmo uterino apenas detectable.
- Vulva y vagina: paredes lisas en primera parte del puerperio que va disminuyendo de tamaño aunque jamás vuelve a la condición de nulíparas (3 semanas). Atrofia de mucosa en la lactancia.
- Himen: se reduce a varios pequeños fragmentos de tejido que con la cicatrización se transforman en las carúnculas mirtiformes.
- Periné: firmeza definitiva no antes de los 2 meses.

Peritoneo y pared abdominal.

- Paredes abdominales: blandas y flácidas por ruptura de fibras elásticas y distensión prolongada. La vuelta a la normalidad requiere varias semanas. Ejercicio ayuda.
- Ligamentos ancho y redondo: más laxos, necesitan tiempo para recuperarse.
- Estrías: pasan de rosadas a brillantes y nacaradas.

Tracto urinario

- Vejiga puerperal: capacidad aumentada y relativa insensibilidad a la presión del líquido intravesical. Vigilar la hiperdistensión, vaciamiento incompleto y orina residual.

Contribuyen al trastorno:

-Efecto inhibitorio de la anestesia y la alteración temporal de la función nerviosa de la vejiga.

-La orina residual y la bacteriuria en una vejiga traumatizada, junto con la pelvis renal y los uréteres dilatados, condiciones óptimas para una ITU.

-La cistitis perturbará la involución uterina, si no ha orinado, se aconseja el cateterismo vesical a las pocas horas del parto y cuantas veces sea necesario. Se previenen mayor parte de problemas urinarios.

IMPORTANCIA DE EMFERMERÍA

El papel de la enfermería es fundamental en el control del embarazo, parto y puerperio, así es detallado en “Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal” Dirección Nacional de Maternidad e Infancia - Ministerio de Salud de la Nación República Argentina. En el cual la enfermera/o establece una serie de competencias y actuaciones en las etapas nombradas, según protocolo. Siendo de especial interés para nuestra intervención en el presente trabajo, “los cuidados que irán orientados hacia el siguiente objetivo: NOC¹³ 2511: Estado materno: Puerperio.” De igual modo, es imprescindible destacar, la visita puerperal y la función de la enfermera/o en la misma, tal y como describe los “ejercicios para la recuperación del periné y programa de entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico en mujeres que presentan incontinencia urinaria o fecal después del parto”¹⁴. En referencia al puerperio el principal problema que podemos abordar desde la enfermería en relación a los trastornos del suelo pélvico y el principal diagnóstico que vamos a trabajar es; en base a la metodología de enfermería diagnóstica de Nanda¹⁵; (NANDA) (00017) Incontinencia urinaria de esfuerzo, cuyo principal objetivo (NOC) sería (0502) Continencia urinaria y/o (0209) Función muscular e intervenciones (NIC)¹⁶ tales como (0560) Ejercicios del suelo pélvico y/o (0610) Cuidados de la incontinencia urinaria. Así mismo, tal y como define la Guía de

¹³ Moorhead S., Johnson M., Maas ML., et al, editors. Clasificación de resultados de enfermería (NOC).5º Ed. Madrid: Elsevier.

¹⁴ Aceituno L., Aguayo J., Arribas L., Caño A., Corona I., Martín J. et al. Embarazo, parto y puerperio: Proceso Asistencial Integrado. Junta de Andalucía, Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. 2014; Ed 3º: 1-76. <http://www.juntadeandalucia.es>

¹⁵ T. Heather Herdman, PhD, RN, FNI & Shigemi Kamitsuru, PhD, RN, FNI. Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación. (NANDA) 2017-2017. Madrid: Elsevier, 2015.

¹⁶ Bulechek GM., Butcher KH, Dochterman JM et al, editors. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6º Ed. Barcelona: Elsevier. 2015.

Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva sobre la Atención al puerperio, en el cual una de sus recomendaciones consiste en informar sobre los cuidados perineales así como la realización de ejercicios de recuperación perineal en aquellas mujeres que mantengan IU . Igualmente otro momento de atención y captación por parte de la enfermería a la puérpera es en el Programa de Planificación Familiar, donde podemos indagar sobre cuestiones del suelo pélvico. La atención de la enfermera de manera continuada en los distintos niveles de atención puerperal, puede estar encaminada en el entrenamiento de la musculatura pélvica para reducir la prevalencia de IU. De tal modo, los ejercicios diseñados por A. Kegel en 1948, pueden restaurar la función del suelo pélvico después del parto. Consisten en mantener contraída la musculatura perineal. Según Reilly y Freeman en un estudio controlado y randomizado, sobre 268 primíparas que mostraban hipermovilidad del cuello vesical, realizaron durante una sesión al mes (desde la semana 20 hasta el parto) ejercicios del periné, supervisados por un profesional, dando como resultado en el grupo que practicó los ejercicios un 19,2% de IUE en comparación con el grupo de control que mantuvo un 32,7% de incontinencia¹⁷. Otra alternativa innovadora y actual son las técnicas hipopresivas diseñadas por el Doctor Marcel Caufriez. En Europa, especialmente en Francia, Bélgica y España, se emplea la gimnasia abdominal hipopresiva (GAH), como método de entrenamiento abdomino pélvico en las disfunciones pelvianas.

Por tanto, el suelo pélvico es una parte fundamental de la anatomía femenina y repercute en muchos aspectos de la salud y el bienestar de la mujer. Tiene que ver con factores tan diversos como el embarazo y el parto, el deporte, la menopausia, la dieta o las relaciones sexuales y así también existe una relación directa entre debilitamiento del suelo pélvico, los problemas y dolores de espalda, ya que estos músculos se insertan en la columna lumbar y la pelvis y ayudan a la mujer a mantener la postura. Tener el suelo pélvico tonificado y elástico proporciona a la mujer bienestar físico, psíquico y social.

¹⁷Amostegui JM., Ferri A., Lillo C., Serra ML. Incontinencia urinaria y otras lesiones del suelo pelviano, etiología y estrategias de prevención. Rev Med Univ Navarra. 2004; 48(4):18-31.

MARCO REFERENCIAL

El Hospital Virgen de la Misericordia ubicado entre las calles Salta y Groussac de Godoy Cruz, en la provincia de Mendoza, se encuentra hacia el Oeste y dentro del Hospital El Carmen, ambos dependientes de la obra social de empleados públicos (OSEP) siendo su política mixta (parte privada y parte dependiente del gobierno)¹⁸.

Desde el 26 de Agosto del 2011 se pone en funcionamiento el Hospital Obstétrico "Virgen de la Misericordia". Diseñado específicamente para la atención y seguimiento de la maternidad, atiende también patologías ginecológicas. Cuenta con infraestructura moderna y funcional, profesionales capacitados y tecnología de punta. Con este centro asistencial, se amplían las prestaciones en un 60%. Con la apertura del nuevo hospital se logró la creación de una Residencia para Madres, que se inauguró en Noviembre del 2013. Este lugar especial fue diseñado exclusivamente para la atención y seguimiento de la maternidad, apoyando los lineamientos de UNICEF: maternidad segura y centrada en la familia. A este concepto se suma otro: la humanización de la salud. Este lugar funciona como hospedaje para las mamás únicamente (no acceden hombres tampoco niños).

Dentro de la Residencia funciona un Centro de Recolección de Leche Humana, que fomenta la lactancia materna como único soporte vital nutricional neonatal. Además de promover el programa interno "Lactancia y Trabajo" para las empleadas del Hospital El Carmen y Virgen de la Misericordia, para favorecer que las mismas prosigan por mayor tiempo la lactancia materna. No funciona como Centro de Recolección y Almacenamiento Externo, para otras mujeres como ocurre en el Hospital Lagomaggiore.

OSEP es la obra social provincial de Mendoza que en sus inicios nació exclusivamente para los empleados públicos y hoy está abierta a la población en general. Posee más de 400.000 afiliados y un equipo de trabajo de más de 9.000 profesionales de la salud, propios y de la actividad privada que mantienen convenio con la institución.

¹⁸ <http://www.osepmendoza.com.ar/index.php/959-osep-inaugura-su-hospital-obstetrico-quivirgen-de-la-misericordiaq>

Misión

Asegurar la prestación de servicios asistenciales que contribuyan a preservar la salud de los afiliados, desarrollando estrategias integrales de prevención, promoción y atención incorporando en la cultura organizacional la satisfacción del usuario, fortaleciendo el recurso humano de acuerdo a los valores institucionales.

Visión

La OSEP como sistema solidario de salud, tiene como visión alcanzar la excelencia de sus servicios, comprometida con la equidad y la calidad de vida de sus afiliados.

- Desarrollando estrategias integrales de prevención, promoción y atención de la salud.
- Incorporando en la cultura organizacional la satisfacción del usuario.
- Gestionando los recursos desde la eficiencia clínica y financiera.
- Actuando en el marco de las normas legales.
- Evaluando los servicios desde la calidad y el costo eficacia.
- Fortaleciendo en el Recurso Humano el sentido de pertenencia e internalización de los valores institucionales.
- Generando procesos de comunicación.

El traslado hacia el nuevo hospital provocó cambios. Se abrió la opción para Enfermería de quedarse en el Hospital Fleming como Enfermería Pediátrica o pasar al Hospital Misericordia como Enfermería Gineco-Obstétrica. Surgieron sentimientos de resistencia, frustración, estrés, resignación, desarraigo, etc. Un factor que causó mucha resistencia al traslado fue la distancia, para gran parte del personal implica actualmente mayor distancia de sus hogares y menor tiempo de descanso. Se desintegraron grupos de trabajo formados durante muchos años, generando angustias. El desafío de atender más pacientes, desarrollar nuevas tareas y cambiar todas las estructuras jerárquicas requirió la intervención de grupos interdisciplinarios.

INFRAESTRUCTURA

Construcción vertical, conformada por cuatro pisos.

Subsuelo

Donde se encuentran dos quirófanos y tres salas de partos, una sala para material sucio, junto a ésta una sala para material estéril, un dormitorio y una oficina para el personal de quirófano, además de un vestuario para el personal que se comparte con las parejas o familiares que deseen presenciar el parto, para que puedan colocarse ropa estéril. Respetando así la Ley Provincial de “Parto Respetado y Humanizado”. En la misma planta pero con un acceso diferente (por debajo del comedor y la cocina) se encuentran los vestuarios, sanitarios y las únicas duchas para el personal de los dos hospitales.

Planta baja

Se encuentra el servicio de Guardia, el office de Enfermería, Office de Admisión de Alto riesgo, Office de Camilleros, dos baños para el personal (uno para hombre y otro para mujer), dos consultorios, uno de Bajo Riesgo para embarazadas y otro consultorio de Alto Riesgo para embarazadas, ambos con sanitarios. Servicio de Ecografía. Servicio de Neonatología con veinticinco unidades, Laboratorio de Neonatología y Maternidad, consultorio de Anestesia (donde se realiza el riesgo quirúrgico para cirugía que funciona también como consultorio de Control Clínico para embarazadas), un consultorio de Servicio Social, el área de Informes, una sala de espera en el hall central para padres y familiares de los pacientes internados, con un baño público. Existe un pasillo que conecta con las Clínicas C y D del Hospital El Carmen. Hacia el sur, con una entrada independiente, se encuentran el Comedor, la Cocina y habitaciones para médicos que se comparten con el Hospital El Carmen. Junto a la cocina se ubica el consultorio de Nutrición.

Primer piso

Se halla oficina de la Jefatura de Enfermería de Maternidad, la oficina de Secretaría del servicio de Maternidad. En este piso se localiza, la habitación 101 destinada al programa Canguro (a cargo de Neonatología), complemento de la Residencia para Madres, dicho Programa que tiene como objetivo fomentar el vínculo entre madre e hijo, facilitando que las madres realicen los cuidados de sus propios hijos cuando los están en recuperación ponderal y prontos al alta médica de Neonatología que, promueve la lactancia materna, entre otros cuidados post-alta. La sala 109 destinada para los médicos del servicio y el resto

de las habitaciones (ocho en total) con dos camas cada una; corresponden a internación de maternidad (dieciséis camas). Un sanitario para el personal. El office de Enfermería cuenta con área sucia y área limpia las que se identifican por sus bachas correspondientes que están debidamente identificadas. Frente a éste, donde en un principio se había elegido como depósito, hoy en día funciona el office de Jefatura de Enfermería. Al ingreso del piso se ubica el servicio de vigilancia ubicado en un escritorio y próximo a este se encuentra el office de enfermería donde el personal realiza evoluciones diarias y por turno, programaciones diarias de atención y en caso de que no se logre concurrir al comedor, el personal toma su refrigerio en el mismo

Segundo piso

Se encuentra el servicio de Ginecología, que cuenta con diez habitaciones con dos camas cada una, de las cuales una se destina actualmente para médicos residentes de Gineco-Obstetricia (habitación 219), una Sala de Médicos y el office de Enfermería que es idéntico al 1º piso, en la oficina donde en un principio iba a ser destinada a las Licenciadas en Obstetricia ahora es el office de Enfermería para evolución y eventualmente refrigerio del personal (también es una habitación sin ventilación ni luz natural) y un baño para el personal. Al igual que en el 1º piso, el servicio de vigilancia se encuentra al ingreso de éste.

Consultorios externos

Los consultorios de Ginecología y Obstetricia se encuentran funcionando en instalaciones pertenecientes al Hospital El Carmen por falta de espacio físico, pero el personal de Enfermería pertenece al Hospital Virgen de la Misericordia.

Residencia para madres y centro de recolección de leche humana

La Residencia se encuentra fuera de las instalaciones del hospital, ubicada en un edificio vecino al servicio de Estadística. Este lugar funciona las 24hs., creado para las madres que tienen sus hijos internados en Neonatología. La Residencia está bajo la dirección de Servicio Social, orientado a contener madres que viven en zonas alejadas o en situación de riesgo¹⁹.

¹⁹ <http://www.osepmendoza.com.ar/index.php/1609-la-residencia-de-madres-incorpora-un-lactario>

Cuenta con dieciocho camas (actualmente), una cocina, una pequeña lavandería, una mesa amplia para uso general, un baño con ducha, un televisor y un teléfono. Al ingreso en un escritorio tiene personal de vigilancia 24hs. El Centro de Recolección de Leche Humana (Lactario) se encuentra dentro de la Residencia, pero la Jefa del servicio de Nutrición y un Bromatólogo son sus responsables. Es un consultorio que cuenta con área sucia y área limpia, cada una separada por un tabique de construcción en seco, cada una con una bacha y dispenser de toallas de papel, en el área limpia un bajo mesada donde se almacenan los materiales descartables estériles y los saca leche, una heladera pequeña y una heladera portátil (para el transporte de la leche humana que posteriormente se fracciona en Neonatología a cargo de tres Nutricionistas entrenadas), una mesa pequeña de apoyo y cuatro sillas.

Servicios auxiliares

El servicio que presta seguridad, es privado, se encuentra en todos los sectores del hospital como guardia, playa y en todos los pisos y en ambos hospitales.

El servicio de lavandería es tercerizado por STERILAV.

La cocina a cargo de CLISA, se ubica en el Hospital Misericordia, el personal trabaja en Cocina ubicada junto al Bufet y atiende los dos hospitales.

Laboratorio funciona en el Hospital El Carmen, pero se ha dispuesto personal específico para el Hospital Virgen de la Misericordia quienes atienden Maternidad y Neonatología.

Esterilización tiene su servicio aparte en los terrenos del Hospital El Carmen, provee el material de trabajo a ambos nosocomios.

Farmacia ubicada dentro del Hospital El Carmen provee a ambos nosocomios.

Anatomía Patológica tiene su edificio propio fuera del Hospital El Carmen, frente a la Guardia General.

El servicio de Imágenes (radiología, ecografía y TAC), funciona dentro del Hospital El Carmen pero atiende las urgencias cuando se encuentra cerrado el consultorio ecográfico. Los horarios de atención son de lunes a viernes de 7hs. a 12hs, los miércoles de 16hs. a 20hs., los sábados de 7hs. a 9hs.

Infectología tiene su oficina en el edificio Ayancahuina, frente a la playa de estacionamiento de ambos nosocomios.

La Morgue del Hospital El Carmen se utiliza para a ambos nosocomios, para los óbitos de Neonatología se cuenta con una Morgue en el Hospital Misericordia.

Patologías frecuentes

Las patologías que se atienden en el servicio de Maternidad son:

Embarazos de alto riesgo como Hipertensión Inducida por el Embarazo (HIE), Diabetes Pre-Gestacional o Gestacional, Amenaza de Parto Pretérmino (APPT), Hiperemesis Gravídica, Embarazos con Rotura Prematura de Membrana (RPM), Retardo del Crecimiento Intrauterino(RCIU), patología fetales como Macrosomía Fetal, Malformación Fetal, Polihidramnios y Oligoamnios Severos. Parto Humanizado, Parto Normal o Cesáreas.

Las patologías que se atienden en el servicio de Ginecología son:

Cirugías programadas: Anexohisterectomías, Raspado de Biopsia de Endometrio, Raspado Uterino Evacuador, Histerectomía Vaginal, Prolapso Vaginal, Mastectomía por Ca Mama. También cirugías estéticas patológicas como Reconstrucción Mamaria (oncológicas), Dermolipectomías, Diástasis de Recto (post- cesárea), etc.

También embarazos de edad gestacional con alto riesgo hasta 24 semanas como DBT Gestacional con mal control metabólico, Pielonefritis Aguda (PNA) y RPM.

Staff de enfermería

El servicio de Guardia, Maternidad y Gineco-Obstetricia cuenta con Enfermeros Profesionales y Lic. de Enfermería, operativos, con edades promedio comprendidas en 40 años y con una antigüedad promedio de 8 años. De los servicios mencionados anteriormente, los jefes y encargados del mismo son 7, comprendidos por Lic. de Enfermería y Enfermeros Profesionales con edades promedio de 43 años y con una antigüedad promedio de 15 años.

En cuanto a los horarios del personal de guardia son los siguientes:

Turno Mañana y Tarde, jornadas de 7hs. de lunes a sábados, los domingos y feriados se consideran guardias de 12hs.

Turno Noche son turnos de 10hs. de lunes a sábados, 12hs. los domingos y feriados.

Los turnos rotativos son según contrato o resolución, sólo una parte del personal cuenta con turno fijo. Sobre todo quienes tienen otro empleo fijo en el sector privado. A veces los enfermeros cubren cualquiera de los servicios donde en realidad haga falta para satisfacer la demanda.

CAPITULO N° II:

DISEÑO METODOLÓGICO

HIPÓTESIS

El desconocimiento sobre el suelo pélvico y sus cuidados, provoca que las mujeres no sepan reconocer los signos y síntomas de IU y/o TOT, afectando su salud genitourinaria.

TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo descriptivo, porque se describen e identifican las características de las variables que se pretenden estudiar. Transversal, ya que las variables son estudiadas en un lapso específico (Julio, Agosto y Setiembre del 2017). Cuantitativo, porque una vez obtenidos los datos se les otorgan valores alfanuméricos para medición y utilización estadística; para establecer si hay relación entre las variables. Es realizado con información de fuentes primarias, toda la información es obtenida directamente de la población de estudio, datos obtenidos de la realidad.

ÁREA DE ESTUDIO

Esta investigación se realiza tomando como área de estudio el Hospital Virgen de la Misericordia, ubicado entre las calles Salta y Groussac, en el departamento de Godoy Cruz, en la provincia de Mendoza, en los meses de Julio, Agosto y Setiembre del 2017.

UNIVERSO

El universo de estudio es parte de la población internada cursando puerperio inmediato, del Hospital Virgen de la Misericordia, dicha muestra cuenta con un total de 50 entrevistados en el servicio maternidad, en los meses de Julio, Agosto y Setiembre del corriente año.

MUESTRA

Se utilizó una muestra no intencional de 50 pacientes; ya que las pacientes encuestadas son la porción de mujeres que se encuentran internadas al momento de responder la encuesta.

UNIDAD DE ANÁLISIS

Mujeres internadas cursando puerperio inmediato, entre 18 y 42 años de edad, en el servicio maternidad del Hospital Virgen de la Misericordia.

VARIABLES

Variable dependiente: puérperas inmediatas.

Variables independientes: conocimiento del suelo pélvico.

DIMENSIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

DIMENSIÓN	INDICADORES
Edad	18 a 25 años
	26 a 31 años
	32 a 37 años
	38 a 42 años
Nivel educativa	Primario
	Secundario
	Terciario
	Universitario
Horas que pasa sentada durante jornada laboral	1 hs
	2 hs
	3 hs o más
	Ninguna
Horas que pasa parada durante jornada laboral	1 hs
	2 hs
	3 hs o más
	Ninguna
Partos	Si
	No
Abortos	Si
	No
Ciclo menstrual	Si
	No
Actividad física y deportes	Si
	No
Padecimiento de alguna patología ginecológica	Si
	No
ITU	Si
	No
Presencia de perdida de orina al esfuerzo	Si
	No
Conocimiento del suelo pélvico	Si
	No
Ejercitación para fortalecer suelo pélvico	Si
	No
Consideración de la importancia de la musculatura del suelo pélvico	Si
	No
Creencia que hay poco conocimiento sobre el suelo pélvico	Si
	No

MÉTODO E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para este estudio se utilizará una encuesta a través de un cuestionario anónimo entregado en mano a las pacientes internadas, durante su lapso de internación, siendo posteriormente retirado por los investigadores. Se ordenarán en forma manual los datos obtenidos, luego serán volcados en una planilla Excel con sus respectivas tablas y/o gráficos.

RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Recolección de datos: Se realizó la recolección de la información, según período estipulado en la investigación.

Plan de tabulación. Codificación: Los datos obtenidos de la encuesta se codificaron de la siguiente manera:

- A cada pregunta se le asignó un valor numérico, y/o una letra alfabética a cada respuesta (código), lo que facilita ordenarla en la tabla de doble entrada llamada, matriz de datos.
- Los datos recogidos fueron volcados en dicha tabla a través de sus códigos de referencia que muestran las variables operacionalizadas.

Presentación de datos: Una vez recolectada la información, se tabularon los datos en tablas simples, con frecuencias absolutas, relativas y porcentuales. Se representaron en gráficos oportunamente.

Plan de Análisis: Se interpretaron objetivamente los datos, se realizó un análisis univariado y bivariado de manera de poder dar respuesta a la pregunta que dio origen a la investigación.

Categorización: Se consideró que las medidas más relevantes que afecta la salud del suelo pélvico de las mujeres, en es el desconocimiento, la falta de información brindada por los profesionales de la salud que atienden a las pacientes. Fueron aquellos indicadores mayores al 40%

CAPÍTULO III

RESULTADO: DISCUSIÓN Y PROPUESTA

RESULTADOS

Luego del análisis de las encuestas realizadas, que en este caso sumaron un total de cincuenta personas, entregando los siguientes resultados.

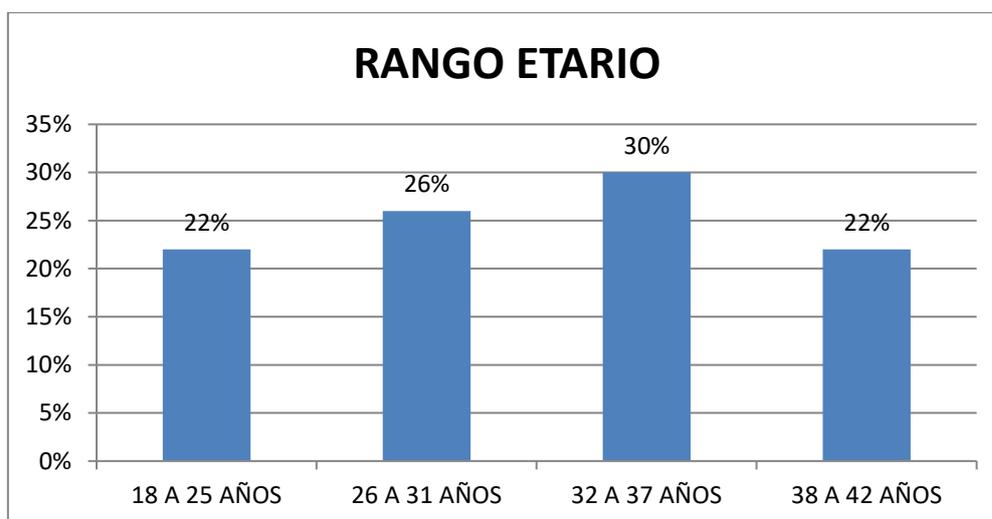
Las mujeres encuestadas tienen un promedio etario de 31,14 años, un peso promedio de 73,18 kg y una talla promedio de 163,58 cm.

TABLA NUMERO 1: Pacientes puérperas, por rango etario, del Hospital Virgen de la Misericordia, en la provincia de Mendoza, en los Meses de Julio, Agosto y Setiembre del 2017.

RANGO ETARIO	FA	FR
18 A 25 AÑOS	11	22%
26 A 31 AÑOS	13	26%
32 A 37 AÑOS	15	30%
38 A 42 AÑOS	11	22%
TOTAL	50	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a pacientes puérperas del Hospital Virgen de la Misericordia, en la Provincia de Mendoza, entre los meses de Julio, Agosto y Setiembre de 2017

GRÁFICO NÚMERO 1



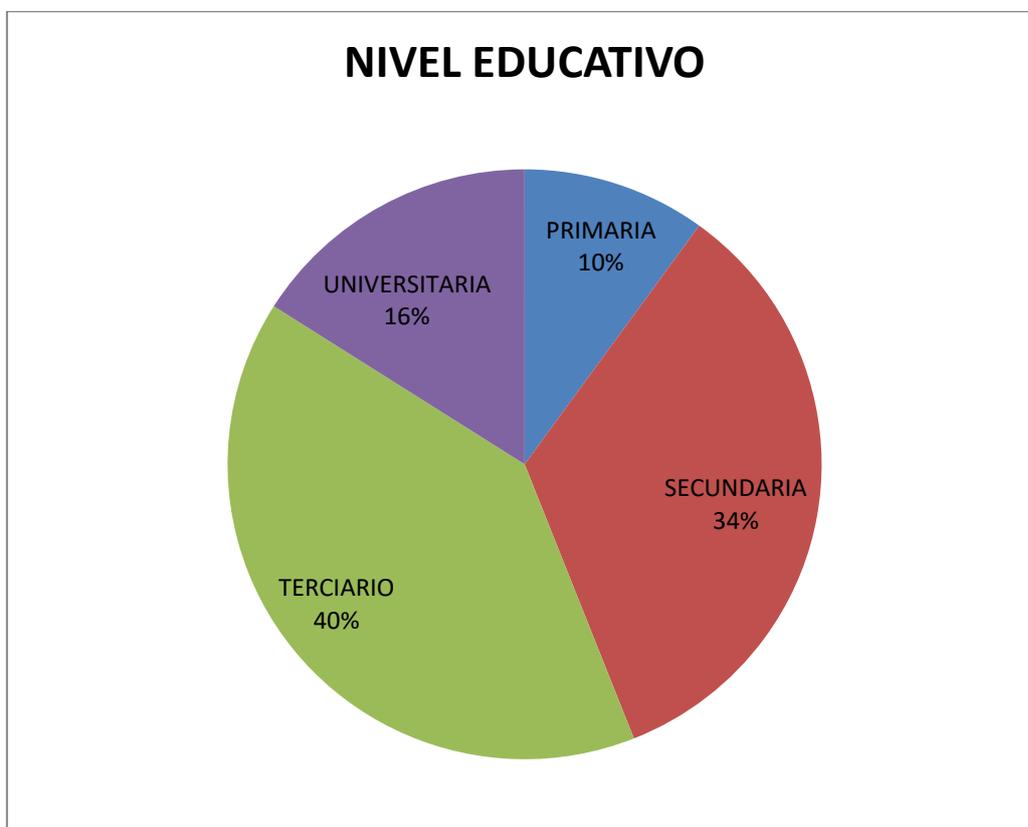
COMENTARIO: Podemos observar que tenemos un predominio del 30 % de puérperas entre los 32 y los 37 años; le siguen con un 26% las puérperas ubicadas entre los 26 y 31 años de edad y las con un 22 % las puérperas entre los 18 y 25 años y las de 38 y 42 años.

TABLA NUMERO 2: Pacientes puérperas, por nivel educativo, del Hospital Virgen de la Misericordia, en la provincia de Mendoza, en los Meses de Julio, Agosto y Setiembre del 2017.

ESTUDIOS	FA	FR
PRIMARIA	5	10%
SECUNDARIA	17	34%
TERCIARIO	20	40%
UNIVERSITARIA	8	16%
TOTAL	50	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a pacientes puérperas del Hospital Virgen de la Misericordia, en la Provincia de Mendoza, entre los meses de Julio, Agosto y Setiembre de 2017

GRÁFICO NÚMERO 2



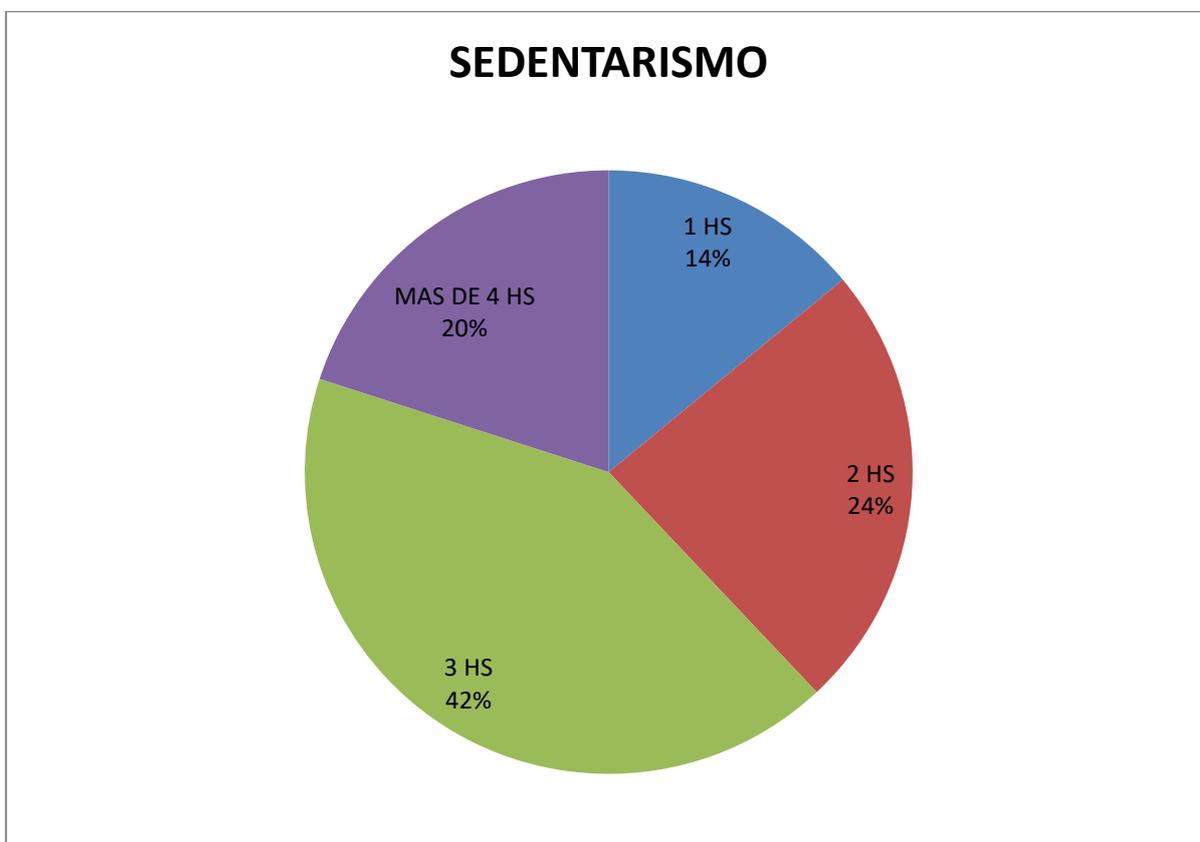
COMETARIO: EL 40 % de las encuestadas presenta un nivel de estudios terciario, el 34 % ha alcanzado estudios secundarios, el 16 % estudios universitarios y el 10% restante estudios universitarios.

TABLA NUMERO 3:pacientes puérperas, por cantidad de horas que pasa sentada en su lugar de trabajo, del Hospital Virgen de la Misericordia , en la provincia de Mendoza, en los Meses de Julio, Agosto y Setiembre del 2017.

SEDENTARISMO	FA	FR
1 HS	7	14%
2 HS	12	24%
3 HS	21	42%
MAS DE 4 HS	10	20%
TOTAL	50	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a pacientes puérperas del Hospital Virgen de la Misericordia, en la Provincia de Mendoza, entre los meses de Julio, Agosto y Setiembre de 2017

GRÁFICO NÚMERO 3



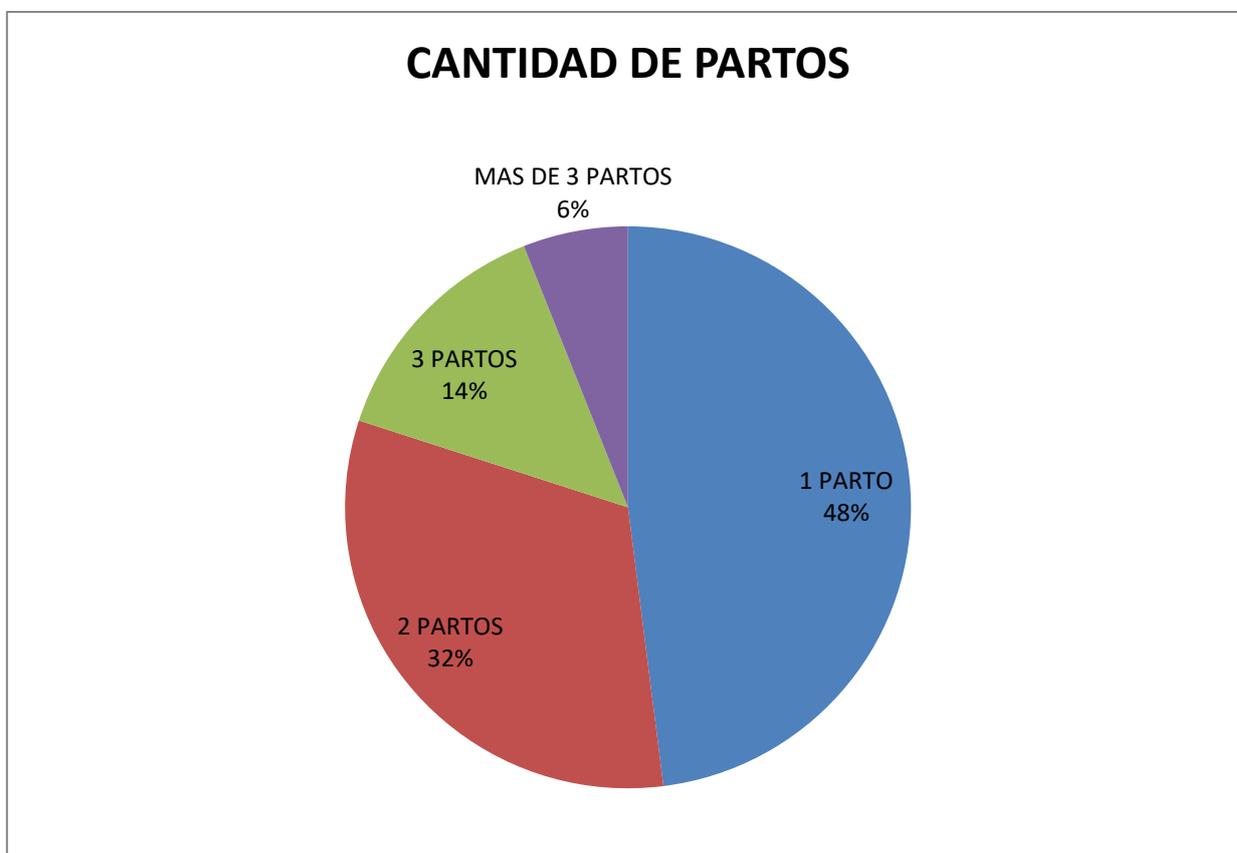
COMENTARIO: el 42 % de las encuestadas pasan 3 hs de su jornada laboral sentadas, le siguen con 24 % las pacientes que destinan 2 horas de su jornada a estar sentadas, con el 20% las que disponen más de 4 hs de actividad sentadas y por ultimo con el 14 % las que destinan 1 hs al día.

TABLA NUMERO 4: pacientes puérperas, por cantidad de partos, vaginales y cesáreas, del Hospital Virgen de la Misericordia, en la provincia de Mendoza, en los Meses de Julio, Agosto y Setiembre del 2017.

CANTIDAD DE PARTOS	FA	FR
1 PARTO	24	48%
2 PARTOS	16	32%
3 PARTOS	7	14%
MAS DE 3 PARTOS	3	6%
TOTAL	50	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a pacientes puérperas del Hospital Virgen de la Misericordia, en la Provincia de Mendoza, entre los meses de Julio, Agosto y Setiembre de 2017

GRÁFICO NÚMERO 4



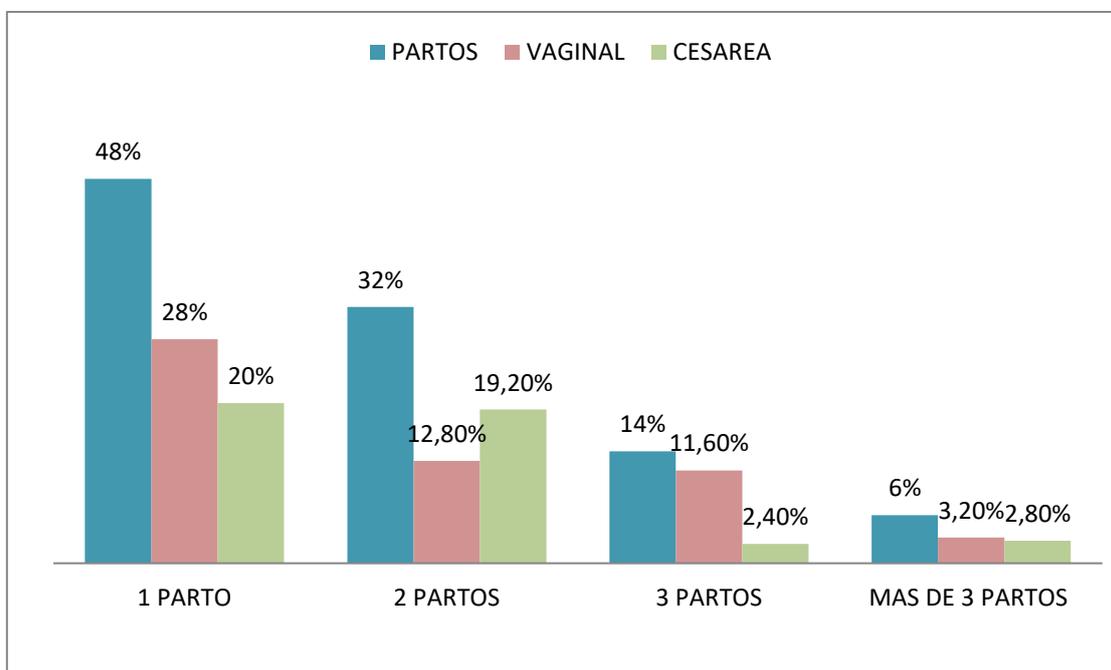
COMENTARIO: del total de pacientes encuestadas, el 48% de las mismas presento un parto, ya sea vaginal o cesárea, el 32% dos partos, el 14% tres partos y el 6 más de tres partos.

TABLA NUMERO 5: pacientes puérperas, clasificadas por tipo de parto, vaginal o cesárea, según número de partos, del Hospital Virgen de la Misericordia , en la provincia de Mendoza, en los Meses de Julio, Agosto y Setiembre del 2017.

CANTIDAD DE PARTOS	PARTOS	VAGINAL	CESÁREA
1 PARTO	48%	28%	20%
2 PARTOS	32%	12,80%	9,80%
3 PARTOS	14%	11,60%	2,40%
MAS DE 3 PARTOS	6%	3,20%	2,80%
TOTAL	100%		

Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a pacientes puérperas del Hospital Virgen de la Misericordia, en la Provincia de Mendoza, entre los meses de Julio, Agosto y Setiembre de 2017.

GRÁFICO NÚMERO 5



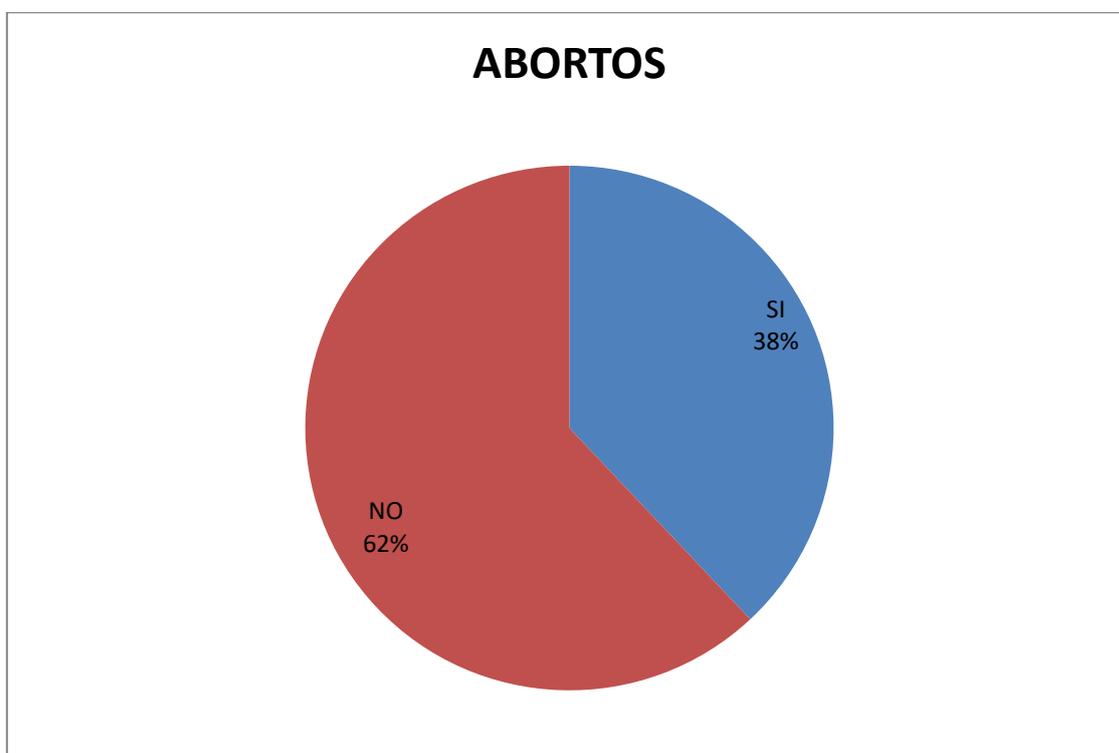
COMENTARIO: se puede determinar que del total de mujeres puérperas encuestadas el 48% de las mismas presenta un parto, del cual el 28% fue vaginal y el 20% restante fue por cesárea. Le siguen con un 32% del total de las encuestadas con dos partos, de los cuales el 12,8% sus partos fueron vaginales y el 19,2% fue por cesárea. Con tres partos el 14% con un 11,60% vaginal y un 2,40% por cesárea. Y finalmente las multíparas con más de un tres partos con un 6% del cual el 3,20% fue parto vaginal y el 2,80% fue parto por cesárea.

TABLA NUMERO 6: Pacientes puérperas clasificadas por la existencia o no de algún episodio de aborto en sus vidas , del Hospital Virgen de la Misericordia , en la provincia de Mendoza, en los Meses de Julio, Agosto y Setiembre del 2017.

ABORTO	FA	FR
SI	19	38%
NO	31	62%
TOTAL	50	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a pacientes puérperas del Hospital Virgen de la Misericordia, en la Provincia de Mendoza, entre los meses de Julio, Agosto y Setiembre de 2017.

GRÁFICO NÚMERO 6



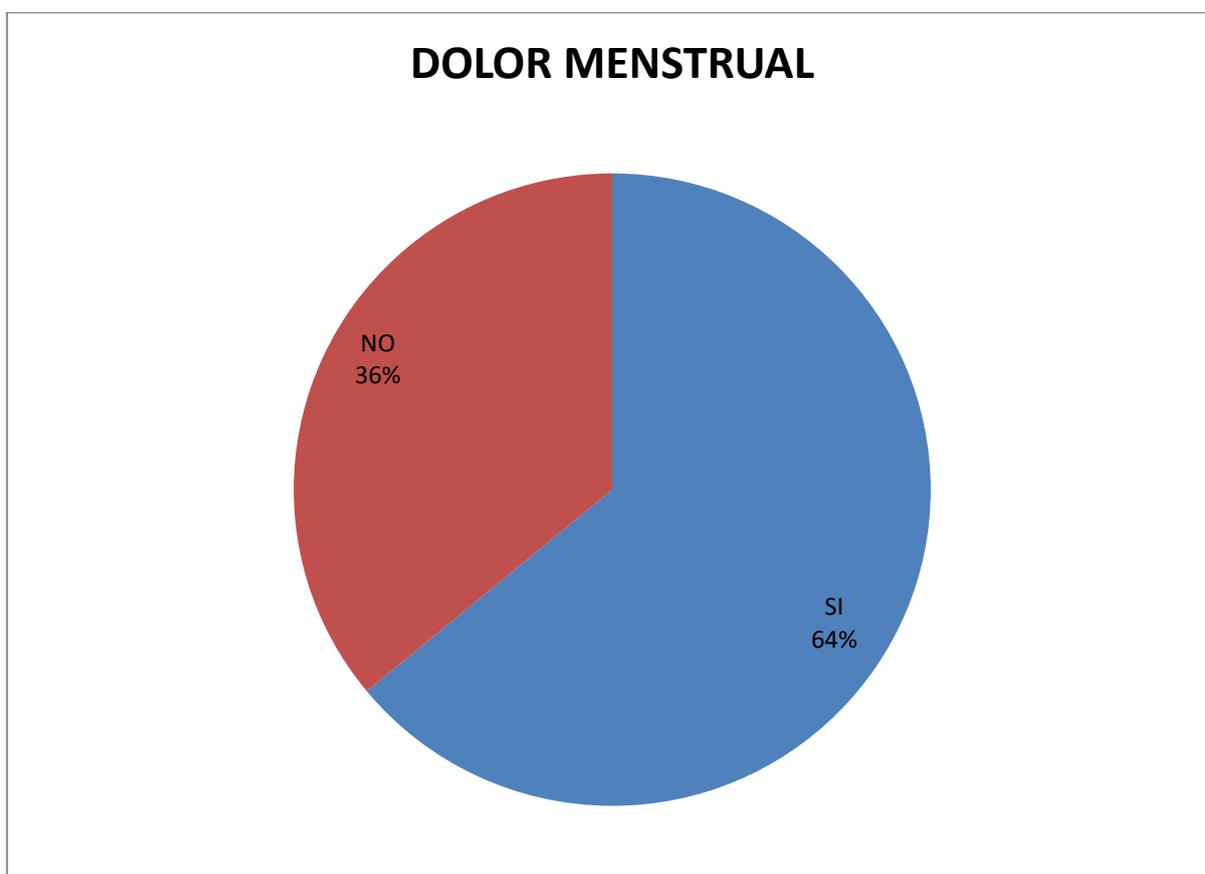
COMENTARIO: del total de puérperas encuestadas el 62% de las pacientes nunca han sufrido un aborto en sus vidas y el 38% ha tenido por lo menos un episodio a lo largo de sus vidas.

TABLA NUMERO 7: pacientes puérperas clasificadas por la existencia o no de dolor, durante el periodo menstrual, del Hospital Virgen de la Misericordia , en la provincia de Mendoza, en los Meses de Julio, Agosto y Setiembre del 2017.

DOLOR MENSTRUAL	FA	FR
SI	32	64%
NO	18	36%
TOTAL	50	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a pacientes puérperas del Hospital Virgen de la Misericordia, en la Provincia de Mendoza, entre los meses de Julio, Agosto y Setiembre de 2017.

GRÁFICO NÚMERO 7



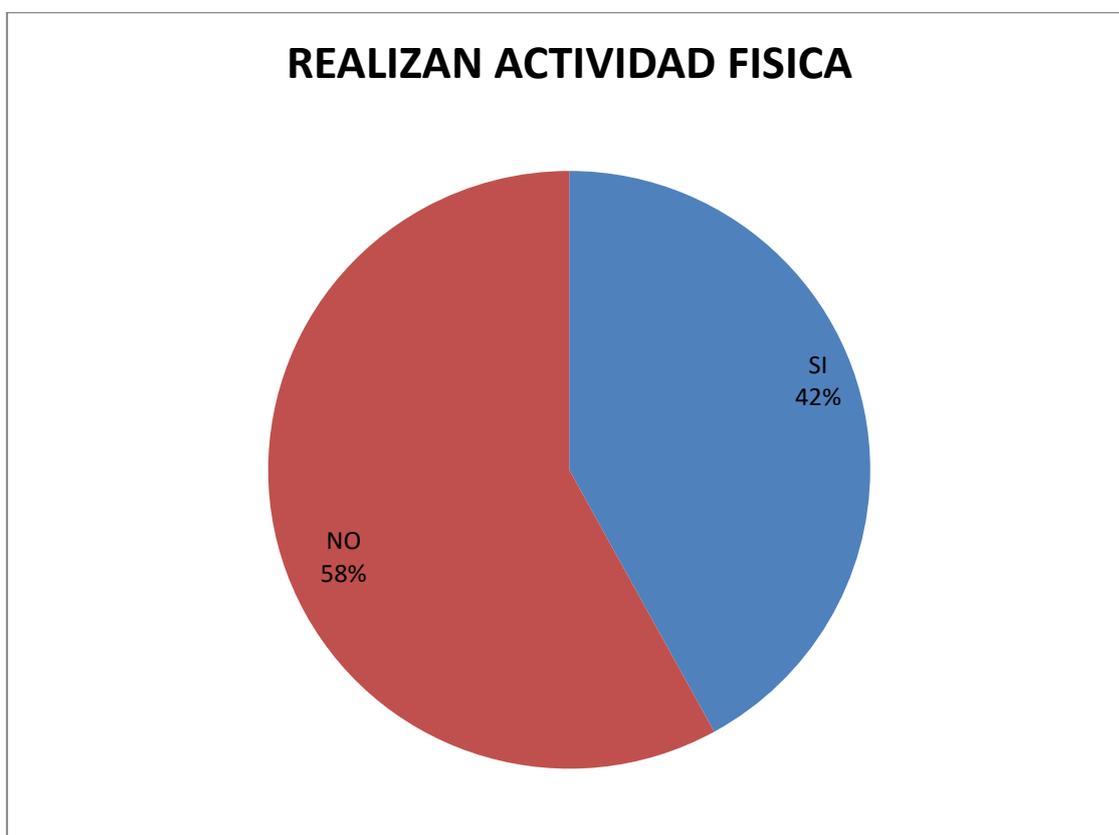
COMENTARIO: del total de pacientes el 64% de las puérperas presenta algún tipo de dolor durante su etapa menstrual, mientras que el 36% restante no sufre ningún tipo de molestias cuando está cursando la etapa menstrual.

TABLA NUMERO 8: Pacientes puérperas clasificadas por la realización de algún tipo de actividad física, del Hospital Virgen de la Misericordia , en la provincia de Mendoza, en los Meses de Julio, Agosto y Setiembre del 2017.

ACTIVIDAD FÍSICA	FA	FR
SI	21	42%
NO	29	58%
TOTAL	50	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a pacientes puérperas del Hospital Virgen de la Misericordia, en la Provincia de Mendoza, entre los meses de Julio, Agosto y Setiembre de 2017.

GRÁFICO NÚMERO 8



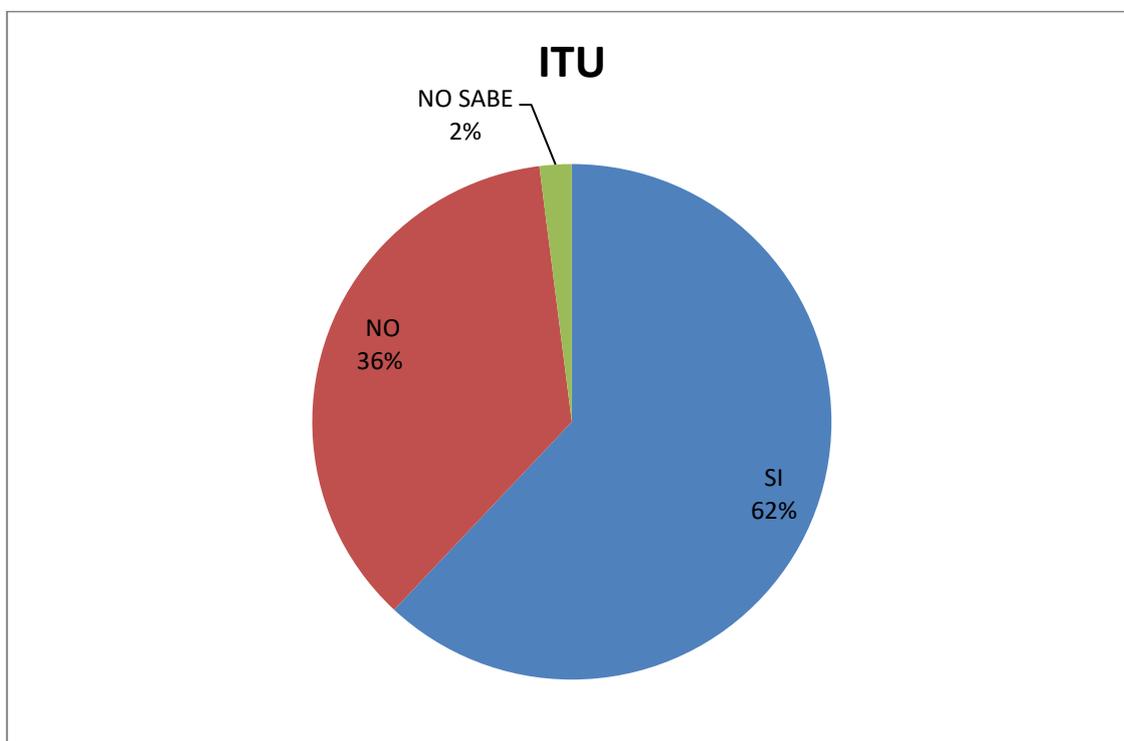
COMENTARIO: Del total de las pacientes el 58% no realiza ningún tipo de actividad física, y el 42% restante refiere realizar algún tipo de actividad física.

TABLA NUMERO 9: Pacientes puérperas clasificadas por el padecimiento no de infecciones del tracto urinario (ITU) en algún momento de su vida, del Hospital Virgen de la Misericordia, en la provincia de Mendoza, en los Meses de Julio, Agosto y Setiembre del 2017.

TU	FA	FR
SI	31	62%
NO	18	36%
NO SABE	1	2%
TOTAL	50	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a pacientes puérperas del Hospital Virgen de la Misericordia, en la Provincia de Mendoza, entre los meses de Julio, Agosto y Setiembre de 2017.

GRÁFICO NÚMERO 9



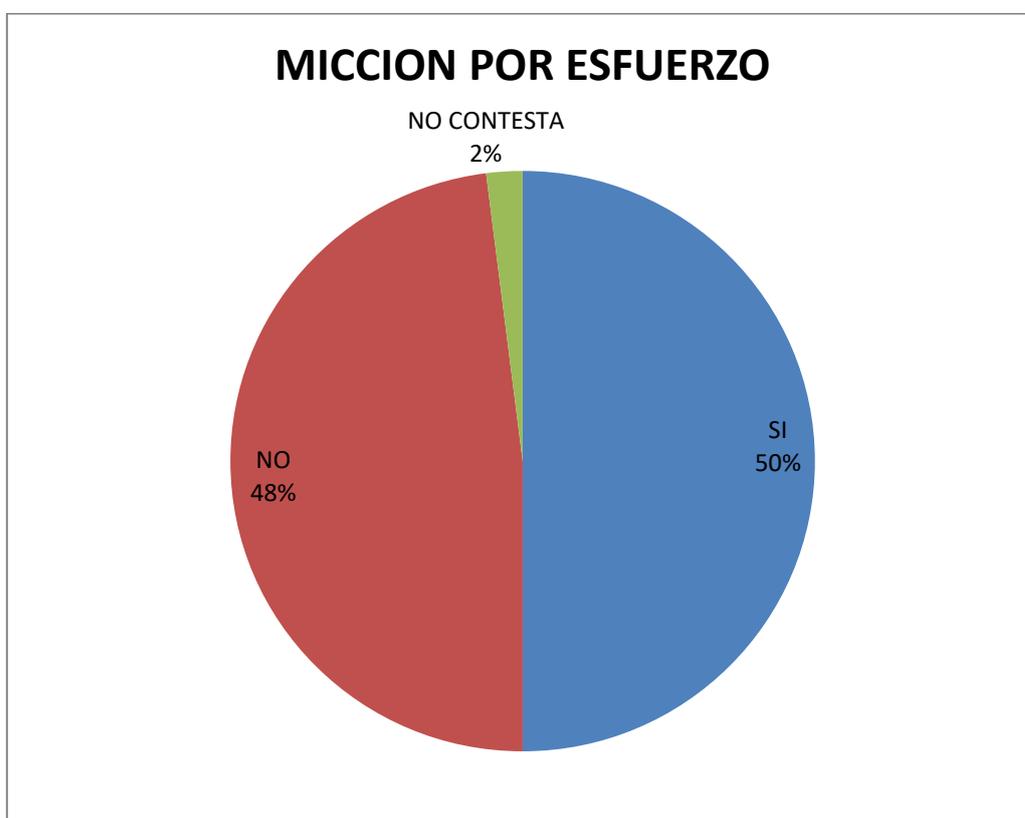
COMENTARIO: del total de pacientes encuestadas el 62 % de las mismas ha presentado infección del tracto urinario en algún momento, el 36% nunca ha padecido la enfermedad, y el 2% lo desconoce.

TABLA NUMERO 10: Pacientes puérperas clasificadas por el padecimiento de incontinencia por esfuerzo, del Hospital Virgen de la Misericordia , en la provincia de Mendoza, en los Meses de Julio, Agosto y Setiembre del 2017.

MICCIÓN POR ESFUERZO	FA	FR
SI	25	50%
NO	24	48%
NO CONTESTA	1	2%
TOTAL	50	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a pacientes puérperas del Hospital Virgen de la Misericordia, en la Provincia de Mendoza, entre los meses de Julio, Agosto y Setiembre de 2017.

GRÁFICO NÚMERO 10



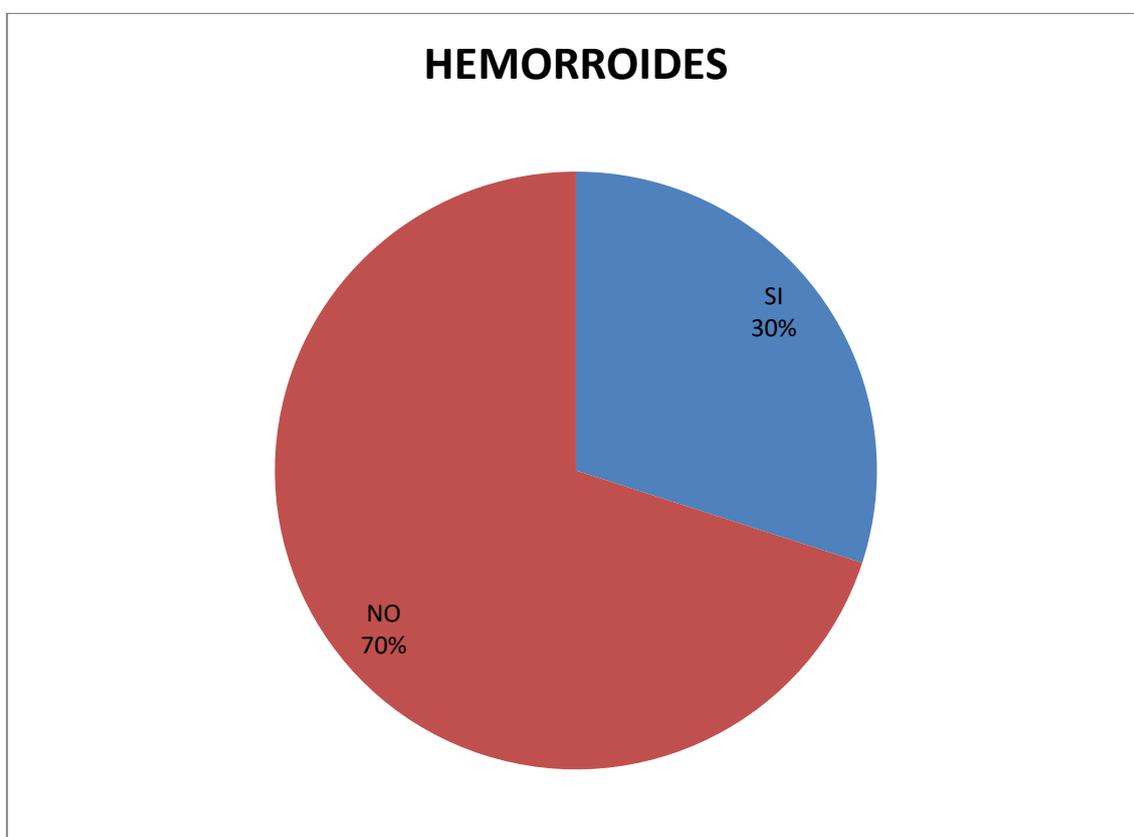
COMENTARIO: Del total de pacientes entrevistadas el 50% de las puérperas padecen episodios de pérdida de orina por esfuerzo, el 48% restante no sufre dicho padecimiento y el 2% no contesta a la pregunta.

TABLA NUMERO 11: Pacientes puérperas clasificadas por la existencia de hemorroides, del Hospital Virgen de la Misericordia, en la provincia de Mendoza, en los Meses de Julio, Agosto y Setiembre del 2017.

HEMORROIDES	FA	FR
SI	15	30%
NO	35	70%
TOTAL	50	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a pacientes puérperas del Hospital Virgen de la Misericordia, en la Provincia de Mendoza, entre los meses de Julio, Agosto y Setiembre de 2017.

GRÁFICO NÚMERO 11



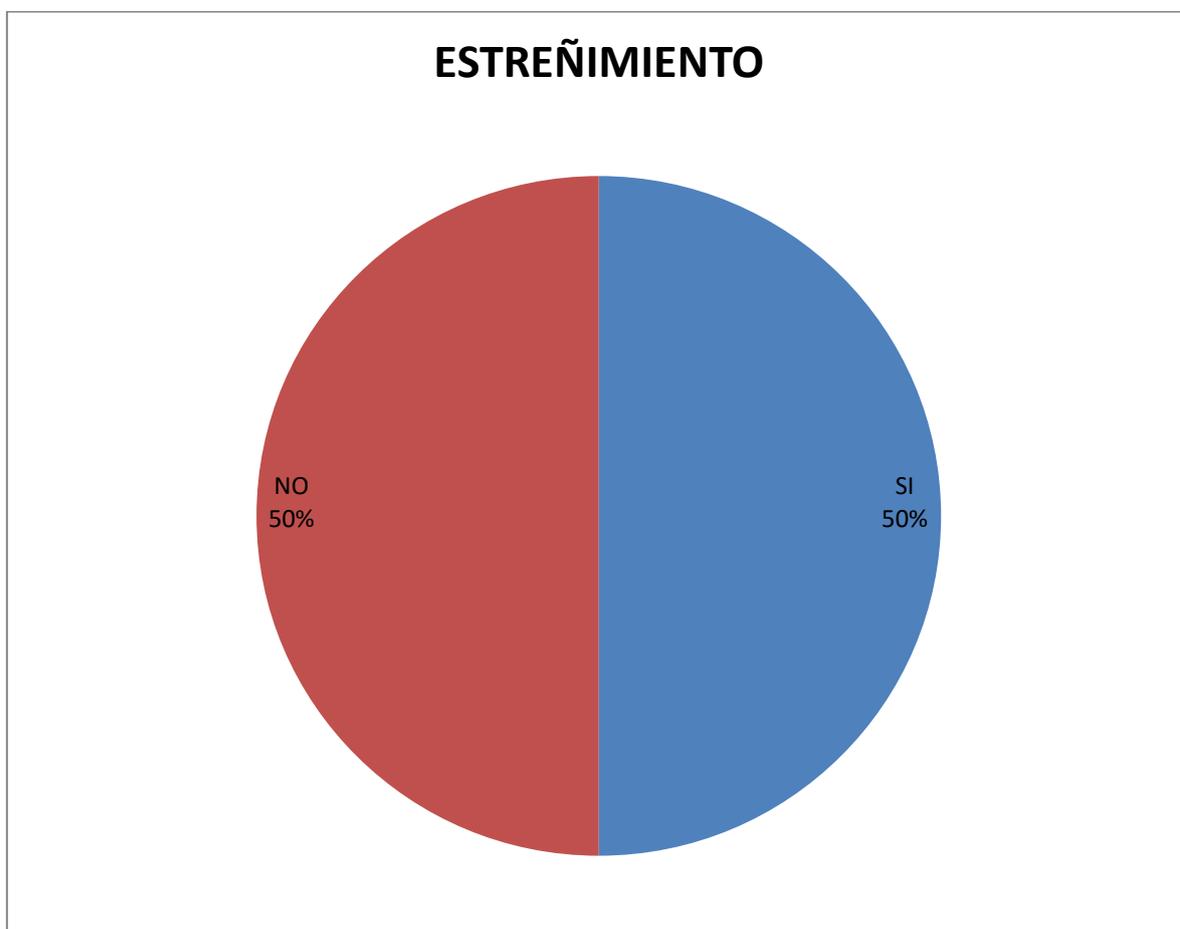
COMENTARIO:: Del total de pacientes encuestadas, el 70% de las mismas no padecen de hemorroides mientras que 30% restante padece esta afección.

TABLA NUMERO 12: Pacientes puérperas clasificadas por la dificultad al momento de evacuar, estreñimiento, del Hospital Virgen de la Misericordia, en la provincia de Mendoza, en los Meses de Julio, Agosto y Setiembre del 2017.

ESTREÑIMIENTO	FA	FR
SI	25	50%
NO	25	50%
TOTAL	50	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a pacientes puérperas del Hospital Virgen de la Misericordia, en la Provincia de Mendoza, entre los meses de Julio, Agosto y Setiembre de 2017.

GRÁFICO NÚMERO 12



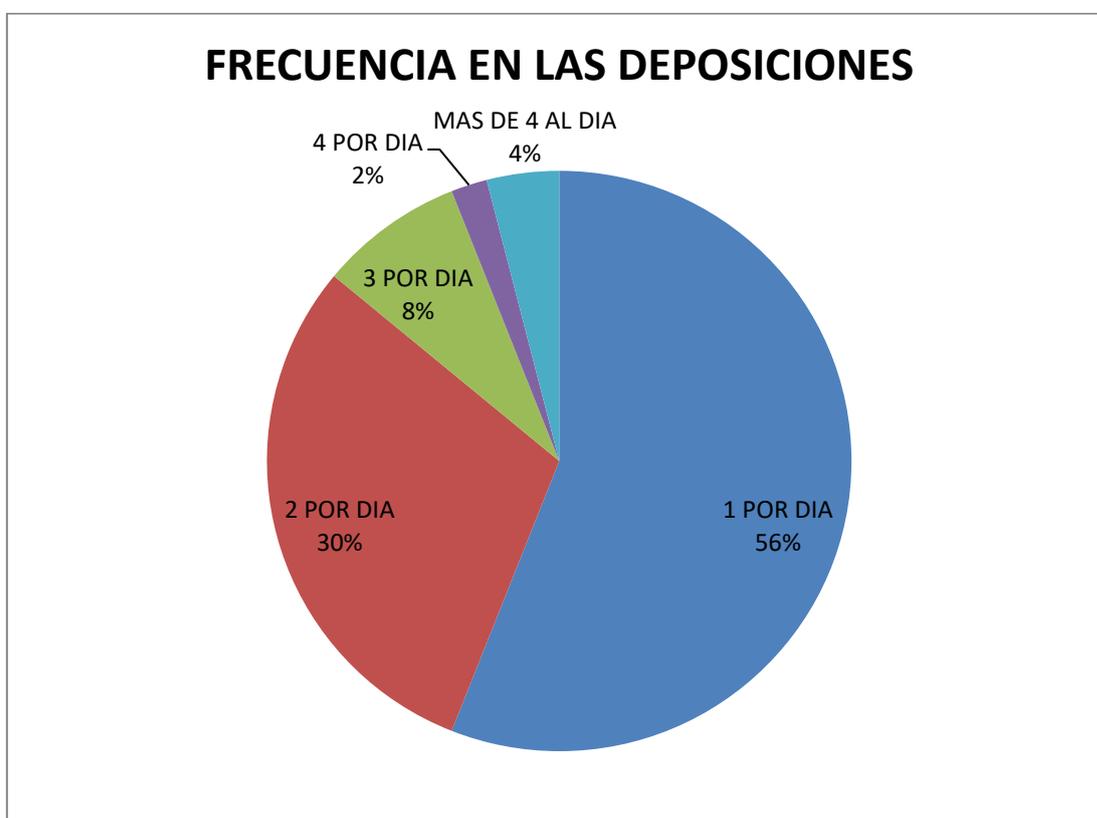
COMENTARIO: Del total de pacientes puérperas encuestadas, el 50% padece de estreñimiento mientras que 50 no sufre este padecimiento

TABLA NUMERO 13: Pacientes Puérperas clasificadas por la frecuencia en 24 de sus deposiciones, del Hospital Virgen de la Misericordia , en la provincia de Mendoza, en los Meses de Julio, Agosto y Setiembre del 2017.

FRECUENCIA EN LAS DEPOSICIONES	FA	FR
1 POR DÍA	28	56%
2 POR DÍA	15	30%
3 POR DÍA	4	8%
4 POR DÍA	1	2%
MAS DE 4 AL DÍA	2	4%
TOTAL	50	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a pacientes puérperas del Hospital Virgen de la Misericordia, en la Provincia de Mendoza, entre los meses de Julio, Agosto y Setiembre de 2017.

GRÁFICO NÚMERO 13



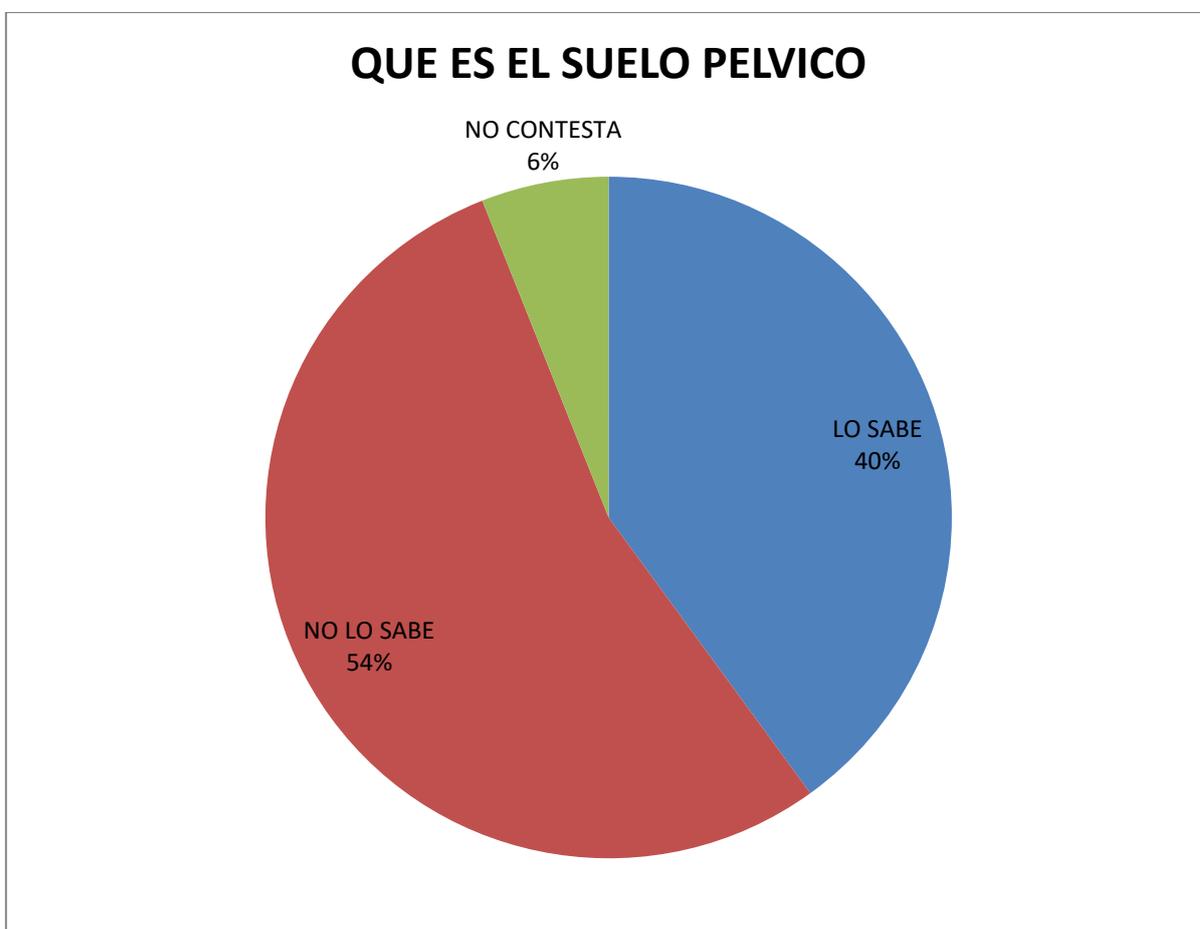
COMENTARIO: Del total de pacientes puérperas encuestadas, el 56% tiene una deposición diaria, el 30% dos deposiciones al día el 8% refiere que tres deposiciones al día, el 4% más de cuatro el restante 2% cuatro deposiciones al día.

TABLA NUMERO 14: Pacientes Puérperas encuestadas clasificadas por el conocimiento o desconocimiento del suelo pélvico del Hospital Virgen de la Misericordia , en la provincia de Mendoza, en los Meses de Julio, Agosto y Setiembre del 2017.

SUELO PÉLVICO	FA	FR
LO SABE	20	40%
NO LO SABE	27	54%
NO CONTESTA	3	6%
TOTAL	50	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a pacientes puérperas del Hospital Virgen de la Misericordia, en la Provincia de Mendoza, entre los meses de Julio, Agosto y Setiembre de 2017.

GRÁFICO NÚMERO 14



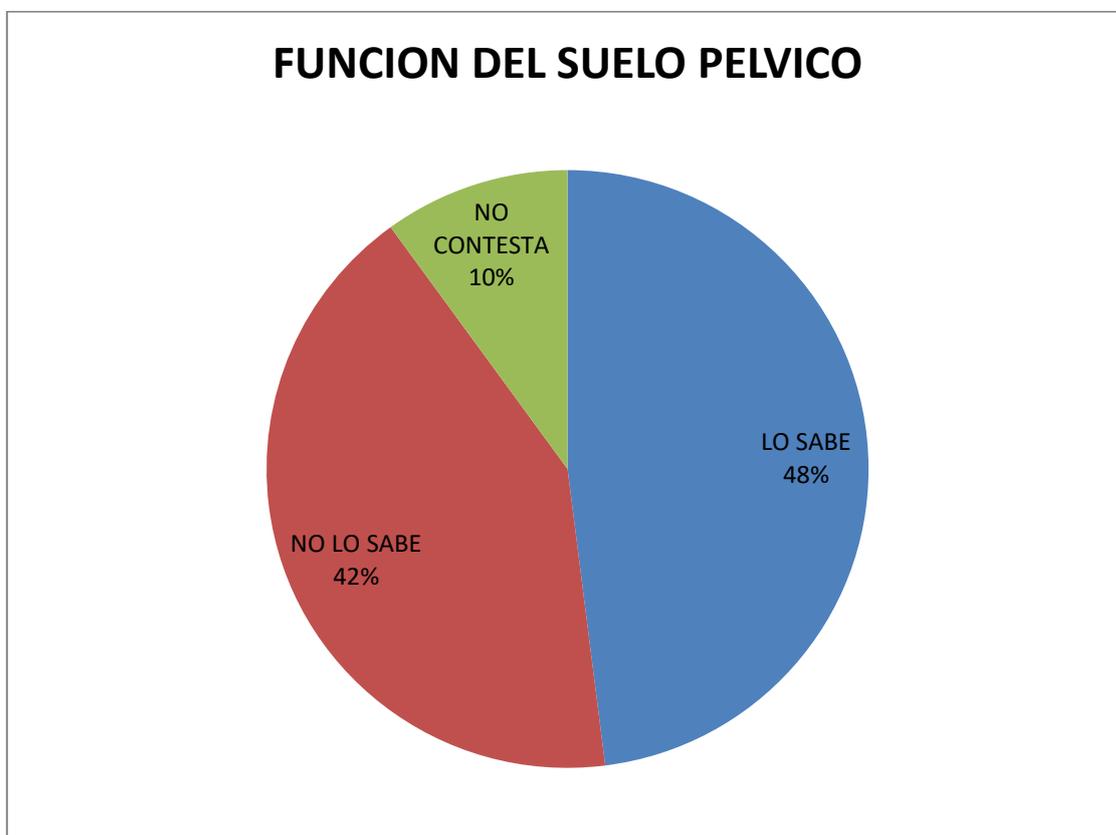
COMENTARIO: Del total de pacientes puérperas encuestadas el 54% de las mismas desconocen que es el suelo pélvico, el 40% refiere poseer algún tipo de conocimiento mientras el 6% restante se abstiene de contestar a la pregunta

TABLA NUMERO 15: Pacientes puérperas clasificadas según el conocimiento de las funciones del suelo pélvico, del Hospital Virgen de la Misericordia, en la provincia de Mendoza, en los Meses de Julio, Agosto y Setiembre del 2017.

FUNCIONES	FA	FR
LO SABE	24	48%
NO LO SABE	21	42%
NO CONTESTA	5	10%
TOTAL	50	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a pacientes puérperas del Hospital Virgen de la Misericordia, en la Provincia de Mendoza, entre los meses de Julio, Agosto y Setiembre de 2017.

GRÁFICO NÚMERO 15



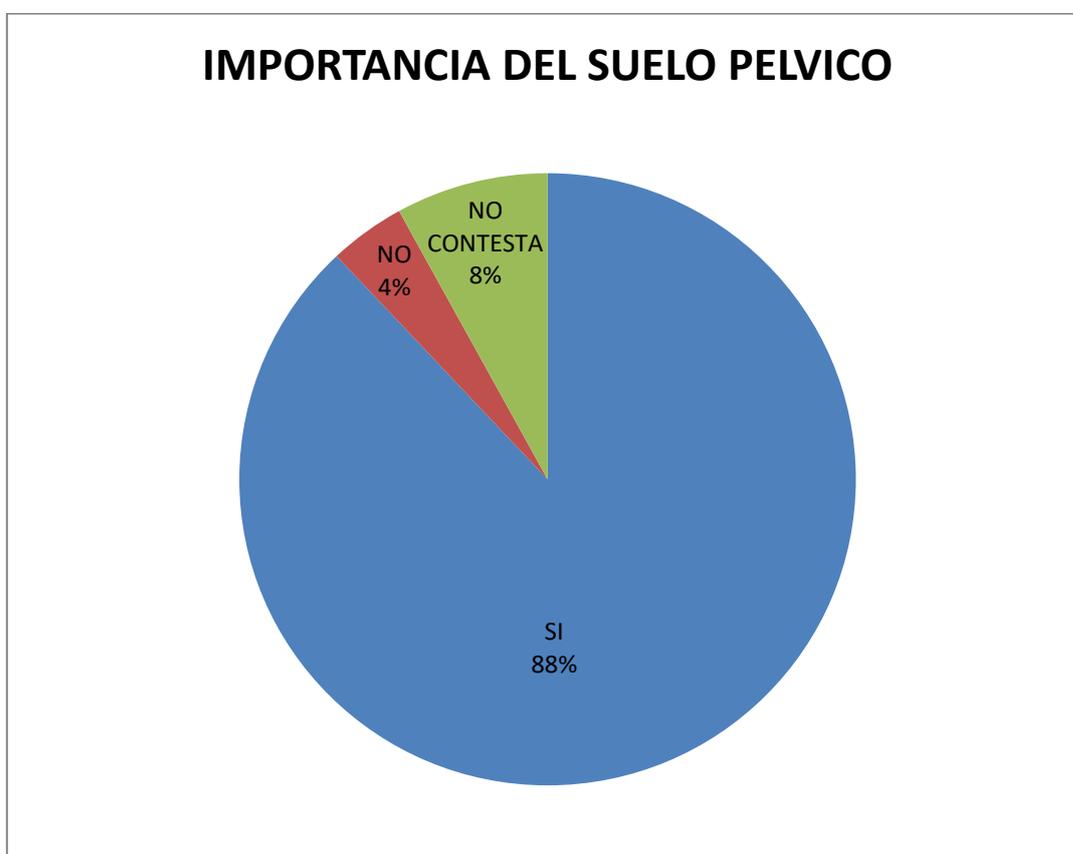
COMENTARIO: Del total de pacientes puérperas encuestadas e 48% demuestra saber cuáles son las funciones del suelo pélvico, el 42 % desconoce sus funciones mientras que 10% se abstiene a contestar

TABLA NÚMERO 16: Pacientes púerperas clasificadas según la creencia de la importancia de tener un buen suelo pélvico del Hospital Virgen de la Misericordia, en la provincia de Mendoza, en los Meses de Julio, Agosto y Setiembre del 2017.

IMPORTANCIA DEL SUELO PÉLVICO	FA	FR
SI	44	88%
NO	2	4%
NO CONTESTA	4	8%
TOTAL	50	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a pacientes púerperas del Hospital Virgen de la Misericordia, en la Provincia de Mendoza, entre los meses de Julio, Agosto y Setiembre de 2017

GRÁFICO NÚMERO 16



COMENTARIO: Del total de pacientes encuestadas el 98% cree que es importante tener un buen suelo pélvico, el 8% se abstiene de contestar y el 4% cree que esto no es necesario.

TABLA NUMERO 17: Pacientes puérperas clasificadas según el conocimiento de cómo mejorar la musculatura del suelo pélvico del Hospital Virgen de la Misericordia , en la provincia de Mendoza, en los Meses de Julio, Agosto y Setiembre del 2017.

COMO MEJORAR EL SUELO PÉLVICO	FA	FR
LO SABE	16	32%
NO LO SABE	27	54%
NO CONTESTA	7	14%
TOTAL	50	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a pacientes puérperas del Hospital Virgen de la Misericordia, en la Provincia de Mendoza, entre los meses de Julio, Agosto y Setiembre de 2017.

GRÁFICO NÚMERO 17



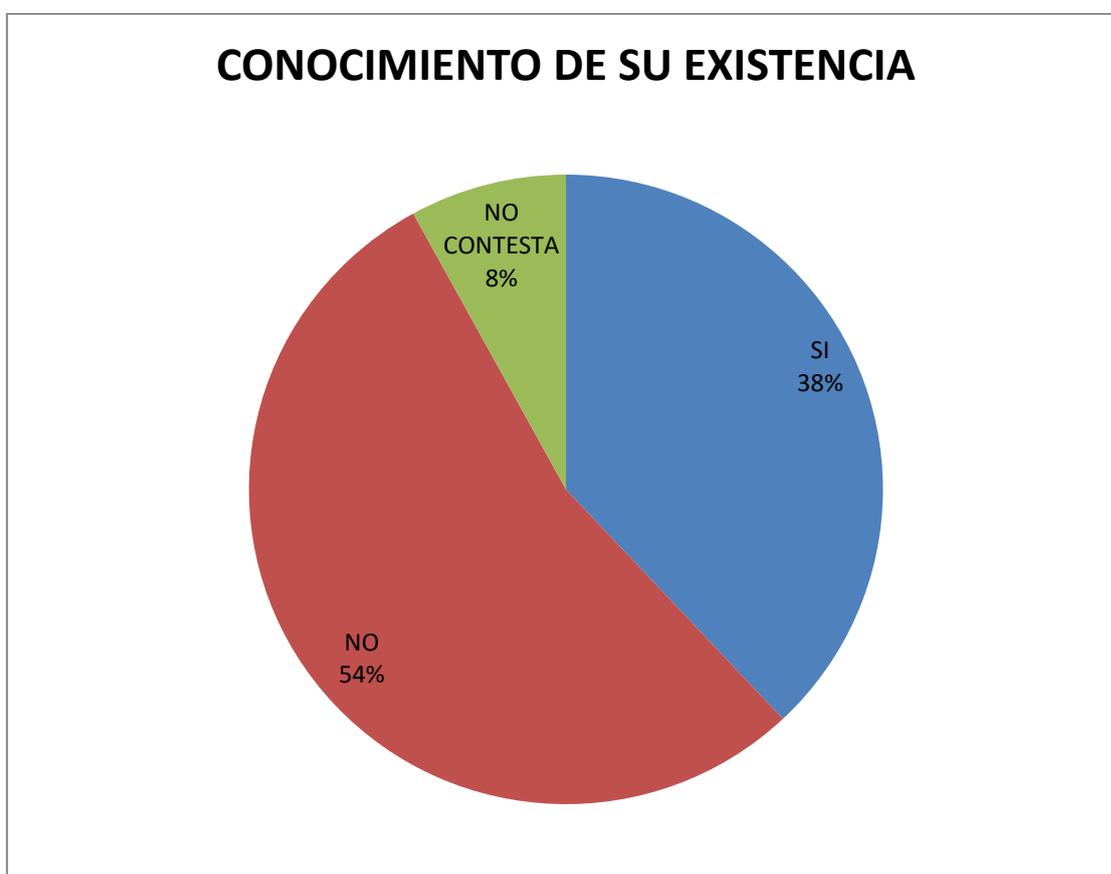
COMENTARIO: Del total de pacientes encuestadas el 54% no posee conocimientos de cómo mejorar la musculatura del suelo pélvico, el 32% sabe de qué manera se puede mejorar la musculatura del suelo pélvico, y el 14% se abstiene de contestar a la pregunta.

TABLA NUMERO 18: Pacientes puérperas clasificadas según el conocimiento de la existencia del suelo pélvico, del Hospital Virgen de la Misericordia , en la provincia de Mendoza, en los Meses de Julio, Agosto y Setiembre del 2017.

CONOCIMIENTO DE SU EXISTENCIA	FA	FR
SI	19	38%
NO	27	54%
NO CONTESTA	4	8%
TOTAL	50	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a pacientes puérperas del Hospital Virgen de la Misericordia, en la Provincia de Mendoza, entre los meses de Julio, Agosto y Setiembre de 2017.

GRÁFICO NÚMERO 18



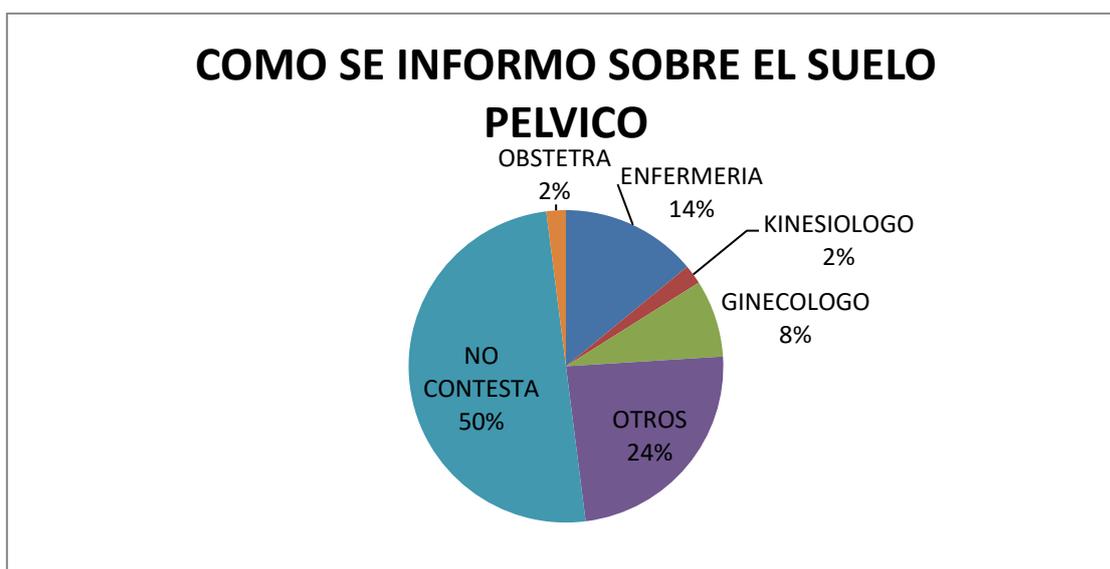
COMENTARIO: Del total de pacientes puérperas entrevistadas, el 54% de ellas no tenía conocimiento del suelo pélvico hasta el momento en que se lo mencionamos, el 38% admite reconocer esta parte de su cuerpo, mientras que el 8% se abstiene a contestar la pregunta.

TABLA NUMERO 19: Pacientes puérperas clasificadas por la fuente de información de donde obtuvieron la información sobre suelo pélvico, del Hospital Virgen de la Misericordia , en la provincia de Mendoza, en los Meses de Julio, Agosto y Setiembre del 2017.

COMO SE INFORMO	FA	FR
ENFERMERÍA	7	14%
KINESIÓLOGO	1	2%
GINECÓLOGO	4	8%
OTROS	12	24%
NO CONTESTA	25	50%
OBSTETRA	1	2%
TOTAL	50	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a pacientes puérperas del Hospital Virgen de la Misericordia, en la Provincia de Mendoza, entre los meses de Julio, Agosto y Setiembre de 2017.

GRÁFICO NÚMERO 19



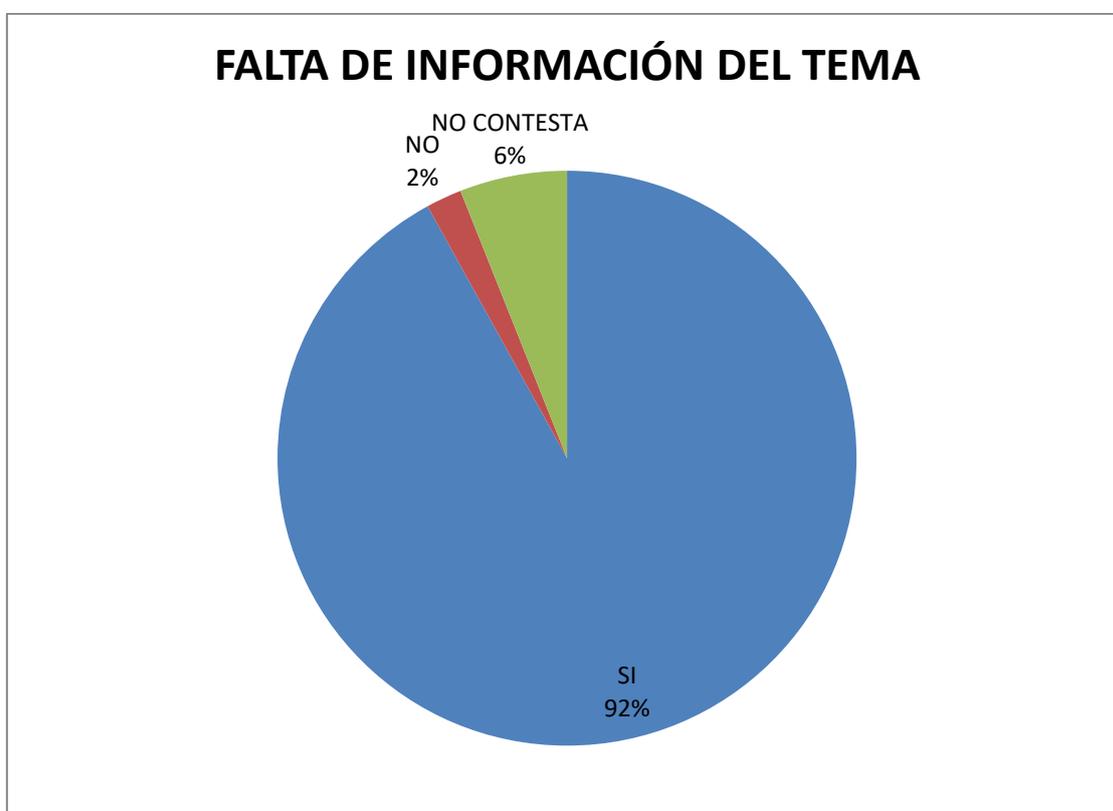
COMENTARIO: Del total de pacientes encuestadas en 50% de las puérperas se abstuvo de contestar a la pregunta, el 24% refiere haberse informado por otros medios como internet, escuela, libros y revistas. El 14% obtuvo información de la enfermera por la que fue atendida, el 8% del médico ginecólogo, y conjuntamente con el 2% obtuvieron su información del obstetra o del kinesiólogo.

TABLA NUMERO 20: Pacientes puérperas clasificadas según la percepción de la falta de información sobre el tema , del Hospital Virgen de la Misericordia , en la provincia de Mendoza, en los Meses de Julio, Agosto y Setiembre del 2017.

CONOCIMIENTO DEL TEMA	FA	FR
SI	46	92%
NO	1	2%
NO CONTESTA	3	6%
TOTAL	50	100%

Fuente de elaboración propia de encuesta aplicada a pacientes puérperas del Hospital Virgen de la Misericordia, en la Provincia de Mendoza, entre los meses de Julio, Agosto y Setiembre de 2017.

GRÁFICO NÚMERO 20



COMENTARIO: Del total de pacientes internadas el 92% de las pacientes consideran que hay falta de información sobre el tema, el 6% se abstiene a contestar, y el 2% restante cree que no hay falta de información.

CONCLUSIÓN

Los trastornos del suelo pélvico y entre ellos la incontinencia urinaria, incontinencia fecal y prolapso de los órganos pélvicos, afectan a una de cada tres mujeres alcanzando la categoría de problema de salud pública.

Las disfunciones pélvicas afectan negativamente sobre la calidad de vida ya que implican repercusiones en las esferas física, psicológica y social de las mujeres afectadas.

Entre los factores debilitadores de la musculatura pélvica se encuentran procesos inherentes al ciclo vital como la gestación o la menopausia y otros referentes a estilos de vida como son la obesidad o la práctica de deportes de impacto.

Los métodos para el fortalecimiento de la musculatura pélvica contemplan pautas acerca de estilos de vida, tablas de ejercicios y utilización de dispositivos intravaginales, entre otros.

Enfermería tiene un papel muy importante en la detección y prevención de estas disfunciones en el marco de su rol educador y promotor de estilos saludables.

La promoción de la salud pélvica debe comenzar a llevarse a cabo desde etapas tempranas del ciclo vital femenino dado que las mujeres jóvenes también son un grupo de riesgo.

DISCUSIÓN

En la misión de verificar la hipótesis “El desconocimiento sobre el suelo pélvico y sus cuidados, provoca que las mujeres no sepan reconocer los signos y síntomas de IU y/o TOT, afectando su salud genitourinaria.

Las variables analizadas nos permitieron constatar el desconocimiento general que las pacientes internadas en el Hospital Virgen de La Misericordia, cursando puerperio inmediato, tenían sobre la salud del suelo pélvico, sus cuidados e importancia genitourinaria.

Con los datos obtenidos y su posterior análisis se pudo confirmar la hipótesis, ya que un 54% de las pacientes encuestadas no tenía conocimiento del suelo pélvico hasta el momento en que se lo mencionamos, un total del 50% de las púerperas padecen episodios de pérdida de orina por esfuerzo y consideran dicha indisposición como algo normal, no alertando un potencial problema de salud, Del total de pacientes internadas el 92% de las pacientes consideran que hay falta de información sobre el tema por parte del personal profesional sanitario, la gran mayoría de los participantes de estudio consideran de importancia el cuidado del suelo pélvico, pero no se ocupan de sus cuidados preventivos y/o terapéuticos.

PROPUESTA

La propuesta de mejora que se presenta propone incluir, dentro de los cuidados que las enfermeras del servicio de Gineco-obstetricia realizan a las puérperas inmediatas, el inicio precoz de la recuperación del suelo pélvico.

Con este fin, el plan de formación que se propone tiene la siguiente secuencia: Formación sobre el tema de los profesionales de enfermería. Las clases se llevarían a cabo en el Sum del Hospital Virgen de la Misericordia.

Una vez realizada la formación, las enfermeras/os explicarán a las puérperas, durante el ingreso postparto, la importancia de la recuperación de las posibles disfunciones que se hayan producido en el suelo pélvico y la correcta realización de los diferentes ejercicios para su recuperación; consiguiéndose, de esta forma, un inicio precoz de la misma.

Formación de los profesionales de enfermería

A los profesionales de enfermería que asistan a las clases de formación se les impartirá la teoría seleccionada en la bibliografía encontrada con ayuda de un PowerPoint, elaborado con la siguiente información:

- Anatomía del suelo pélvico
- Factores de riesgo:
 - ✓ Embarazo como factor de riesgo
 - ✓ Parto como factor de riesgo
- Ejercicios de recuperación:
 - ✓ Ejercicio físico durante el puerperio
 - ✓ Gimnasia post-parto
 - ✓ Técnicas básicas para reeducación perineal
- Cuestionario de satisfacción a los profesionales
- Guía para la explicación a las puérperas
 - ✓ Introducción del suelo pélvico
 - ✓ Cómo realizar el ejercicio físico durante el puerperio
 - ✓ Cómo realizar los ejercicios del suelo pélvico
 - ✓ Consejos relacionados con el ejercicio en el postparto
 - ✓ Recomendaciones en el postparto
- Cuestionario de satisfacción a las puérperas

BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC). Guía de Atención enfermera a personas con incontinencia urinaria. Editada por ASANEC.2007. 3ª Edición.
- Pereda Acosta M. Explorando la teoría general de enfermería de Orem. *Enf Neurol (Mex)* [Internet]. 2011`citado 9 Jul 2014]; 10(3): 163-67. Disponible en:<http://new.medigraphic.com/cgi-bin/contenido.cgi?IDREVISTA=221&IDPUBLICACION=3438>
- http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia
- Dávila Gw, Promozich J. prospective randomized trial of bladder retraining using an electronic voiding device versus self administered bladder drills in women with detrusor instability. *Neurourol Urodyn* 1998; 17:324-325.
- Boyle R, Hay-Smith EJ, Cody JD, Morked S. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2012 Issue 10. Art.No: CD007471. DOI: 10.1002/14651858.CD007471. pub 2.
- http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia
<https://www.clinicalascondes.cl/CENTROSYESPECIALIDADES/Centros/Centro-de-Piso-Pelviano/Equipo-Medico>
- Acién P. Tratado de Obstetricia. Ediciones Molloy, Alicante, 1998; 15:329-343, 38:977-987. - Willians CE, 20ª edición.
- Guía de actuación en AP. SEMFYC. Problemas de la reproducción y del aparato genital, 2003; 6.15.81-86.
- Lowdermi Ik DI, Perry SE, BobaK IM. Enfermería Materno Infantil. España: editorial Océano; 2002.1377p.
- Puerperio. José Luis Granero PardoMIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria Hospital“La Inmaculada “de Huerca-Overa.Marzo 2004. [INTERNET]; <https://es.scribd.com/document/155631430/Puerperio>
- Moorhead S., Johnson M., Maas ML., et al, editors. Clasificación de resultados de enfermería (NOC).5º Ed. Madrid: Elsevier.
- Aceituno L., Aguayo J., Arribas L., Caño A., Corona I., Martín J. et al. Embarazo, parto y puerperio: Proceso Asistencial Integrado. Junta de Andalucía, Consejería

de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. 2014; Ed 3º: 1-76.

<http://www.juntadeandalucia.es>

- T. Heather Herdman, PhD, RN, FNI & Shigemi Kamitsuru, PhD, RN, FNI. Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación. (NANDA) 2017-2017. Madrid: Elsevier, 2015.

- Bulechek GM., Butchet KH, Dochterman JM et al, editors. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6ºEd. Barcelona: Elsevier. 2015.

- Amostegui JM., Ferri A., Lillo C., Serra ML. Incontinencia urinaria y otras lesiones del suelo pelviano, etiología y estrategias de prevención. Rev Med Univ Navarra. 2004; 48(4):18-31.

- <http://www.osepmendoza.com.ar/index.php/959-osep-inaugura-su-hospital-obstetrico-qvirgen-de-la-misericordiaq>

- <http://www.osepmendoza.com.ar/index.php/1609-la-residencia-de-madres-incorpora-un-lactario>

ANEXO I

ENCUESTA

DATOS PERSONALES DE CARÁCTER GENERAL.

"El suelo pélvico en la mujer. El conocimiento de las mujeres sobre el suelo pélvico y su capacidad de realizar una contracción de esta musculatura."

Edad:.....

Peso (kg):.....

Talla (cm):.....

Profesión:.....

1. ¿Qué estudios ha realizado?

a) Primario..... b) Secundario..... c) Terciario..... d)

Universitario..... e) Ninguno.....

2. ¿Pasa muchas horas sentada durante su trabajo?, ¿Cuántas horas aproximadamente?

a) 1..... b) 2..... c) 3 o más..... d) Ninguna.....

3. ¿Y durante el día? ¿Cuántas horas aproximadamente?

a) 1..... b) 2..... c) 3 o más..... d) Ninguna.....

4. ¿Pasa muchas horas de pie durante su trabajo? En caso afirmativo. ¿Cuántas horas aproximadamente?

a) 1..... b) 2..... c) 3 o más..... d) Ninguna.....

5. Partos: nº de partos:

· Vaginal..... · Cesárea..... · Episiotomía..... · Epidural.....

6. Abortos: NO..... SI..... ¿Cuántos?.....

7. ¿Menstrua? NO..... SI..... Edad primera menstruación.....

8. ¿Presenta dolores en la menstruación? NO..... SI.....

9. Actividad física: NO..... SI.....

10. Realiza Deporte: NO..... SI.....

a) ¿Cuál?.....

b) ¿Con qué frecuencia? (veces a la semana)

c) ¿Cuánto tiempo dura la sesión? (horas)

DISFUNCIONES DEL SUELO PÉLVICO

PATOLOGÍA UROGINECOLÓGICA:

11. ¿Diagnosticada de algún problema del aparato reproductor femenino?

NO..... SI.....

12. ¿Cuál/es?.....

13. ¿Ha tenido alguna vez Infección urinaria? NO..... SI.....

14. ¿Suelen ser habituales? NO..... SI.....

MICCIÓN:

15. ¿Al realizar algún esfuerzo tiene pérdidas de orina (toser, estornudar, correr, reír...)?

NO..... SI.....

16. ¿Usa protector en su vida diaria? NO..... SI.....

17. ¿Cuántos al día?.....

18. Cuando está un grifo abierto o toca algo frío ¿tiene ganas de orinar?

NO..... SI.....

19. ¿Cuántas veces va al baño al cabo del día/noche? (aproximadamente).....

20. ¿Cuántos vasos de agua bebe al día?.....

Relaciones sexuales:

21. ¿Tiene dolores en sus relaciones sexuales? NO..... SI.....

22. ¿Estos dolores son frecuentes? NO..... SI.....

23. ¿Son pequeñas molestias o dolores intensos?

a) Muy molesto b) Molesto c) Algo molestos d) Poco molestos d)

Nada molestos

24. Hemorroides: NO..... SI.....

25. Estreñimiento: NO..... SI.....

26. ¿Cómo son sus heces?

a) blanda

b) dura

c) marrón oscuro

d) claro

e) pequeñas bolitas

f) larga

27. ¿Cuántas veces al día va al baño?.....

28. **¿Considera que debe realizar mucho esfuerzo para poder evacuar?**
NO..... SI.....

29. **En caso afirmativo ¿a qué cree usted que debe asociarse?.....**
.....

CONOCIMIENTO DEL SUELO PÉLVICO

SUELO PÉLVICO:

30. **¿Qué es?**

a) Órgano..... b) Sistema..... c) Musculatura..... d) Ligamentos..... e)
Otro:.....

31. **¿Cuáles son sus funciones?**

a) Reproductora..... b) Protectora..... c) Estabilización..... d) Sostén.....
e) Micción..... f) Parto.....

32. **¿Cree que es importante tener un buen suelo pélvico?** NO..... SI.....

33. **¿Por qué?.....**

34. **Como podemos mejorarlo?**

a) Abdominales clásicos..... b) Pilates..... c) Ejercicios Kegel.....
d) Ejercicios Hipopresivos..... e) Yoga.....

35. **¿Hace algo para que su suelo pélvico mejore?** NO..... SI.....

36. **¿Sabía de la existencia de esta parte del cuerpo antes de realizar el estudio?**

NO..... SI.....

37. **¿Cómo y por quien ha obtenido información?.....**
.....

38. **¿Cree que hay poco conocimiento sobre este tema?** NO..... SI.....

ANEXO II

TABLA TABULACIÓN DE DATOS

	EDAD	PESO	TALLA	PROF	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P71	P8	P9	P10	P10A	P10B	P10C	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	P26	P27	P28	P29	P30	P31	P32	P33	P34	P35	P36	P37	P38		
E1		83	149	SEG	D	C	C	C	C	NO	SI	10	SI	NO	NO				NO		NO	NO	NO	SI	7	NO	8	20	NO	NO		NO	SI	C	2	NO		C	D	SI	1	A	NO	NO	OBSTETRA EMBARAZO	SI		
E2	28	65	170	AC	B	D	D	D	VV	NO	SI	12	NO	NO	NO				NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	15	4	NO	NO		NO	NO	C	1	NO		C	D	D	SI	0	A	NO	NO	ENFERMEROS	SI	
E3	33	70	152	ENF	C	B		C	CC	SI	SI	11	SI	NO	NO				NO		SI	NO	NO	NO	NO	NO	6	10	NO	NO		SI	NO	F	2	NO		C	B	SI	1	D	NO	SI	ENFERMEROS	SI		
E4	35	89	165	ENF	D	B	C	C	V	NO	SI	14	SI	SI	SI	FUTBOL	3	2	NO		SI	NO	NO	NO	NO	NO	6	6	NO			NO		A	2	NO		C	D	B	SI	0	C	NO	SI	ENFERMEROS	SI	
E5	25	58	160	AC	B	B	D	C	CC	SI	SI	9	SI	SI	SI	CAMINAR	3	1	NO		SI	NO	NO	SI	4	SI	20	8	NO			NO	NO	AC	2	NO		C	D	D	SI	0	C	SI	SI	INTERNET	SI	
E6	22	55	160	ED	B	B	B	C	VV	SI	SI	11	NO	NO	NO				NO		SI	NO	NO	NO	NO	NO	9	5	NO	NO		NO	NO	AC	3	NO		C	D	D	SI	1	C	NO	SI	LIBRO	SI	
E7	19	76	165	ENF	C	A		C	C	SI	SI	12	SI	SI	SI	CAMINAR	3	2	NO		SI	NO	NO	SI	2	SI	8	4	SI	NO	C	NO	SI	BCF	1	SI	1	C	D	D	SI	0	ABCD	SI	SI	INTERNET	SI	
E8	31	58	165	ENF	C	B	C	C	C	NO	SI	13	SI	SI	SI	CAMINAR	4	3	NO		SI	NO	NO	NO	NO	NO	7	6	NO	NO		NO	NO	ACDF	1	NO	0	C	D	D	SI	0	ABCD	SI	SI	INTERNET	NO	
E9	20	61	165	ESTUDIANTE	B	B	C	C	V	NO	SI	11	SI	NO	NO				NO		NO	NO	NO	SI	NO	5	20	NO	NO		NO	NO	C	1	NO		B	D	SI	0	C	NO	SI	GINECOLOGO	SI			
E10	38	91	169	AC	C	C	B	C	CC	NO	SI	10	SI	NO	NO				NO		SI	NO	NO	SI	3	SI	3	6	NO	NO		SI	NO	C	4	NO		C	D	SI		B				SI		
E11	35	84	157	AC	B	C	C	A	CCCC V	NO	SI	12	SI	NO	NO				NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	3	8	NO	NO		NO	NO	A	2	NO		C	D	SI	0	A	NO	NO			SI	
E12	19	78	160	ESTUDIANTE	C	D	A	D	V	NO	SI	12	NO	NO	NO				NO		SI	SI	NO	SI	5	NO	8	6	NO	NO		NO	NO	C	2	NO		E		NO		NO	NO				SI	
E13	31	61	159	ENF	D	C	B	C	V	NO	SI	10	NO	SI	NO				NO		SI	NO	NO	SI	4	NO	12	10	NO	NO		NO	SI	E	1	SI	1	C	D	SI	0	D	SI	SI	GINECOLOGO	SI		
E14	18	76	165	ESTUDIANTE	A	D	D	D	V	NO	SI	14	NO	NO	NO				NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	3	10	NO	NO		NO	NO	AD	2	NO		C	D	D	SI	0	C	NO	NO	INTERNET	SI	
E15	21	55	155	ESTUDIANTE	B	D	C	C	C	NO	SI	12	NO	SI	NO				NO		SI	NO	NO	SI	2	NO	5	4	NO	NO		NO	NO	C	1	NO		B	D			A	NO	NO			SI	
E16	37	83	160	MAESTRA	A	D	B		VVVCC	SI	SI	15	NO	SI	NO																	SI	AC	3			C	D	SI	0	C	NO	NO			SI		
E17	31	56	153	PENITENCIARIA	D	C		A	VV	SI	SI	14	NO	SI	SI	GIMNASIO	2	2	NO		SI	NO	NO	NO	NO	NO	10	12	NO	NO		NO	SI	BC	1	NO		C		BCD	SI	1	C	SI	SI	KINESIOLOGO	SI	
E18	18	78	164	ESTUDIANTE	B	D	D	D	V	NO	SI	14	NO	NO	NO				NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	8	7	NO	NO		NO	NO	B	8	NO		C		AF	SI		B	NO	SI			SI
E19	32	64	155	ED	C	B	C	C	C	NO	SI	13	SI	NO	NO				NO		SI	NO	NO	NO	NO	NO	7	6	NO	NO		NO	NO	A	2	NO		C	D	C	SI	0	CE	NO	SI	ENFERMEROS	SI	
E20	42	87	160	AC	C	C	C	C	VVC	SI	SI	12	SI	NO	NO				NO		SI	SI	SI	NO	NO	NO	6	7	NO			NO	SI	D	1	NO		C	D	SI	0	C	SI	SI	GINECOLOGO	SI		
E21	34	57	152	ED	B	A	B	C	C	NO	SI	13	SI	NO	NO				NO		NO	NO	NO	SI	2	SI	7	5	SI	SI	C	NO	NO	A	1	NO		C		C	SI	0	C	SI	NO			SI
E22	36	65	156	SECRETARIA	C	A	C	C	VVV	NO	SI	12	SI	SI	SI	GIMNASIO	2	1	NO		SI	NO	NO	SI	3	NO	8	4	NO	NO		NO	SI	ACE	1	SI		C		DEF	SI		BD	NO	SI	ENFERMEROS	SI	
E23	35	69	159	MAESTRA	D	B	C	C	C	NO	SI	9	NO	SI	SI	GIMNASIO	3	1	NO		SI	NO	NO	SI	3	NO	5	9	NO	NO		NO	SI	E	1	NO	1	C		BD	SI	0	A	SI	NO	INTERNET	SI	
E24	36	63	165	MUNICIPAL	B	B	C	C	VVV	NO	SI	11	SI	SI	SI	GIMNASIO	2	1	NO		NO		SI	SI	5	NO	6	6	NO	NO		NO	SI	B	1	NO		C	D	SI	0	C	NO	SI			SI	
E25	37	95	172	MUNICIPAL	C	D	C	C	C	SI	SI	12	SI	NO	NO				NO		SI	NO	SI	NO	18	SI	8	6	SI	NO	D	NO	NO	A	5	NO		D	D	SI	1	C	NO	SI	INTERNET	SI		
E26	28	65	159	AC	C	C	C	C	VVVV VC	SI	SI	11	NO	NO	NO				NO		SI	NO	NO	NO	NO	NO	3	8	NO			NO	NO	AC	2	NO		A		AF	SI	0	CE	NO	NO	GINECOLOGO	SI	
E27	18	44	163	ESTUDIANTE	B	C	C	C	V	NO	SI	15	NO	SI	SI	GIMNASIO	2	1	NO		SI	NO	NO	SI	6	NO	5	3	NO	NO		NO	NO	BC	1	NO		E		SI	0	A	SI	NO	ENFERMEROS	SI		

	EDAD	PESO	TALLA	PROF	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P71	P8	P9	P10	P10A	P10B	P10C	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	P26	P27	P28	P29	P30	P31	P32	P33	P34	P35	P36	P37	P38	
E28	41	102	180	ADMINISTRATIV	C	C	C	B	CC	SI	SI	13	NO	NO	NO				NO		NO		NO	SI	2	NO	5	8	NO	NO		SI	NO	C	1	NO											
E29	40	83	170	ADMINISTRATIV	D	A	A	C	CC	SI	SI	11	SI	SI	NO				NO		NO		NO	NO	NO	8	8	NO	NO		SI	SI	C	1	NO												
E30	21	65	180	ESTUDIANTE	C	B	B	D	C	NO	SI	12	SI	SI	NO				NO		SI	NO	NO	NO	NO	8	10	NO	NO		NO	SI	CE	1	SI		B	A	SI		A	NO	NO		SI		
E31	38	56	160	ABOGADA	D	C	C	C	VC	SI	SI	15	SI	NO	NO				SI		NO	NO	NO	SI	6	NO	7	4	NO	NO		SI	NO	A	2	NO		B	A	SI		A	NO	NO		SI	
E32	26	85	170	FORENCE	D	C	B	C	V	NO	SI	11	SI	NO	NO				NO		NO	NO	SI	SI	2	NO	5	4	NO	NO		SI	SI	C	2	NO		C	D	SI		C	NO	NO		SI	
E33	40	70	165	ADMINISTRATIVA	B	C	C	C	VVC	NO	SI	12	SI	NO	NO				NO		NO	NO	NO	SI	3	NO	8	8	NO	NO		NO	NO	AC	3	NO		CD	F	NO			NO		SI		
E34	28	70	168	SEGURIDAD	A	C	C	B	V	NO	SI	15	SI	NO	NO				NO		SI	NO	NO	SI	3	NO	2	16	NO	NO		NO	NO	CF	2	NO		C	D	SI	0	D	NO	SI	INTERNET	SI	
E35	40	92	164	PELUQUERA	B	A	B	C	VVV	SI	SI	13	NO	NO	NO				SI		SI	NO	SI	SI	2	SI	8	6	SI	NO	D	NO	SI	BC	1	SI	0	D	F	SI	0	ABC	NO	NO		SI	
E36	42	62	158	AC	A	D	B	C	V	SI	SI	11	SI	SI	SI	BICIC	7	1	SI	TOT	SI		SI	SI	SI							SI	SI	CE	1	SI	0										
E37	33	125	168	AC	B	C	C	C	VC	SI	SI	13	NO	NO	NO				NO		SI	NO	SI	SI	3	NO	3	4	SI	NO	D	SI	SI	D	1	SI	1	D	D	SI	0		NO	SI	ESCUELA	SI	
E38	26	64	165	FARMACEUTICA	B	B	C	C	CC	NO	S		SI	NO	NO				NO		SI	NO	NO	SI		NO	7	12	NO	NO	D	NO	SI	C	1	SI	1	C	D	SI	0	ABC	NO	SI	INTERNET	SI	
E39	28	60	160	ESTUDIANTE	C	C	C	A	V	NO	SI	20	NO	SI	SI	FUNCIONAL	3	1	NO		SI	SI	NO	NO	SI	10	5	SI	NO	D	SI	SI	B	1	SI	0	D	D	SI	1		NO	SI	ESCUELA	SI		
E40	36	67	170	DOCENTE	C	D		C	VV	NO	SI	12	SI	SI	SI	FUNCIONAL	3	1	NO		SI	NO	NO	NO	NO	8	5	NO	NO	D	NO	SI	C	1	SI	1	CD	D	SI	0	ABC	NO	NO	INTERNET	SI		
E41	27	67	160	ADMINISTRATIVA	B	C	D	D	V	NO	SI		SI	SI	NO				SI		OVARIO POLIQUIS TICO	SI	NO	NO	SI	3	NO	1	5	NO		SI	SI	CF	1	NO		C	C	SI	0	A	SI	NO		SI	
E42	40	83	170	ADMINISTRATIVA	C	A	A	C	CC	SI	SI	11	SI	SI	NO				NO		NO		NO	NO	NO	8	4	NO	NO		SI	NO	C	1	NO		A	B	SI		E	NO	NO		SI		
E43	41	102	180	ADMINISTRATIVA	C	C	C	B	CC	SI	SI	13	NO	NO	NO				NO		NO		NO	SI	2	NO	5	4	NO	NO		SI	NO	A	2	NO		B	F	SI		A	NO	NO		SI	
E44	21	65	160	ESTUDIANTE	C	B	B	D	C	NO	SI	12	SI	SI	NO				NO		SI	NO	NO	NO	NO	8	10	NO		NO	NO	AC	2	SI	1	C	B	SI		B	NO	NO		SI			
E45	36	56	160	MAESTRA	C	C	C	C	VC	SI	SI	15	SI	NO	NO				SI		MIOMAS	NO	NO	NO	SI	6	NO	7	4	NO	NO		SI	SI	BC	2	NO		C	D	SI		C	NO	NO		SI
E46	26	85	170	POLICIA	C	C	B	C	V	NO	SI	11	SI	NO	NO				NO		NO		SI	SI	2	NO	5	4	NO		NO	SI	BC	1	SI	1	B	A	SI		A	NO	NO		SI		
E47	33	70	165	ADMINISTRATIVA	B	C	C	C	VVC	NO	SI	12	SI	NO	NO				NO		NO	NO	NO	SI	3	NO	8	8	NO		NO	NO	BE	1	SI		A	B	SI	0	A	NO	NO		SI		
E48	28	85	168	SEGURIDAD	A	C	C	B	V	NO	SI	15	SI	NO	NO				NO		SI	NO	NO	SI	3	NO	2	10	NO		NO	NO	AC	3	NO		C	B	SI	0	E	NO	NO		SI		
E49	29	92	164	PELUQUERA	B	A	B	C	VVV	SI	SI	13	NO	NI	NI				NO		SI	NO	SI	SI	2	NO	8	6	SI	NO	D	NO	SI	BE	1	SI	1	D	F	SI	0	ABC	NO	NO	ENFERMEROS	SI	
E50	36	67	170	MAESTRA	C	D	B	C	VV	NO	SI	12	SI	SI	SI	FUNCIONAL	3	1	NO		SI	NO	NO	NO	NO	8	4	NO			SI	SI	CF	1	NO		D	D	SI	1	AB	SI	NO		SI		

ANEXO III

PROYECTO EDUCACIÓN EN RECUPERACIÓN DE SUELO PÉLVICO

I. Plan de formación de los profesionales de enfermería

A los profesionales de enfermería que asistan a las clases de formación se les impartirá la teoría seleccionada en la bibliografía encontrada con ayuda de un PowerPoint, elaborado con la siguiente información:

- **Anatomía del suelo pélvico**

El suelo pélvico es la base que cierra la apertura inferior de la cavidad pelviana y está formado por una serie de capas que comprenden desde el peritoneo que recubre las vísceras pélvicas hasta la piel de la vulva. Está formado por estructuras musculares (diafragma pélvico, diafragma urogenital y cuerpo perineal), estructuras conectivas y ligamentos. Todos ellos se fijan a la pelvis ósea y forman una hamaca sobre la que se apoyan las vísceras pélvicas.

El suelo pélvico, es por tanto, un conjunto de planos musculares y fasciales cuyo objetivo es sostener las vísceras pélvicas, actuar como esfínteres o como estructuras eréctiles.

- **Factores de riesgo:**

Embarazo como factor de riesgo

La aparición, aunque poco frecuente, de incontinencia urinaria, en el curso de un primer embarazo confirma la existencia de modificaciones pelvi-perineales ligadas al embarazo.

Durante el embarazo se dan en el organismo modificaciones fisiológicas, que afectan a todos los sistemas corporales. Por lo general, estas regresan a su estado anterior al embarazo después del parto, salvo alguna excepción a nivel de la pelvis y del tracto urinario inferior donde lo normal es que no regresen por completo a su estado de nuliparidad. Ello se debe a factores hormonales y mecánicos, que tienen consecuencias sobre la musculatura perineal y estructuras de suspensión de las vísceras pélvicas e influyen en la génesis de trastornos en el aparato urinario inferior y en la estática de las vísceras alojadas en la pelvis menor. Así pues:

El aumento durante el embarazo de los niveles de progesterona (producida primero por el cuerpo lúteo y después por la placenta) presenta un efecto relajante sobre la vejiga y uretra disminuyendo la presión uretral al disminuir el tono de la musculatura lisa. Esto se debe a su acción anticolinérgica al facilitar la respuesta β -adrenérgica. Además también contribuye a disminuir el tono de la

musculatura del suelo pélvico, lo que tiene un efecto negativo sobre el sostén de las vísceras pélvicas.

El aumento durante el embarazo de los niveles plasmáticos de relaxina (hormona secretada por el cuerpo lúteo, la decidua y la placenta) incrementa la laxitud del tejido conectivo disminuyendo su calidad tensora. Ello afecta tanto a las fascias como a los ligamentos y facilita el aumento de la lordosis lumbar por relajación de los ligamentos vertebrales. Esto, unido a la relajación de los músculos de la pared abdominal, a medida que va avanzando el embarazo, contribuirá a anteversar la pelvis.

Por otra parte, el crecimiento del útero provoca un aumento de la presión intrapélvica y del peso de las vísceras en bipedestación. En consecuencia, aumentan las presiones superiores y la resultante de las fuerzas se anterioriza, dirigiéndose, como consecuencia de la anteversión de la pelvis, hacia la hendidura urogenital, zona de debilidad del suelo pélvico localizada entre los fascículos derecho e izquierdo de los elevadores del ano, y no hacia la zona esquelética sacro-coccígea posterior, que está preparada para recibir presiones. Este hecho puede explicar la aparición excepcional de un prolapso genital en el transcurso del embarazo.

Además, como resultado del crecimiento uterino se produce una elongación de la uretra y un desplazamiento de la posición normal del cuello vesical. La correcta posición del cuello vesical es uno de los factores que intervienen en la continencia al asegurar la adecuada transmisión de presión desde el abdomen hasta la uretra. Las modificaciones a este nivel que se producen a medida que va avanzando la gestación pueden explicar la frecuencia de incontinencia al final del embarazo, y la persistencia de ésta en el postparto si estos cambios permanecen. Aproximadamente la mitad de las mujeres con movilidad del cuello vesical refieren incontinencia de esfuerzo que persiste a los tres meses del postparto.

Los episodios de estreñimiento, que suelen afectar a muchas embarazadas, contribuyen a aumentar, como consecuencia de los esfuerzos realizados para defecar, por lo general en valsalva, la sobredistensión del suelo pélvico y de los ligamentos viscerales. Este estreñimiento se explica en parte por el aumento de los niveles plasmáticos de progesterona que contribuye a reducir la actividad

peristáltica por disminución del tono de la musculatura lisa, y por otra parte, como consecuencia de la ingesta habitual de hierro, que tiene un efecto astringente. Durante el embarazo, aumentan progresivamente, desde finales del primer trimestre de gestación los síntomas de polaquiuria y de urgencia miccional. Estos síntomas se pueden explicar por el aumento de producción de orina que se constata en las embarazadas, como consecuencia de las modificaciones de los niveles hormonales, y sobre todo hacia el final del embarazo, por la presión que ejercen el útero grávido y la cabeza fetal sobre la vejiga, especialmente en ortostatismo, produciendo una reducción de la capacidad vesical en este periodo.

Parto como factor de riesgo

Como consecuencia del parto se producen sistemáticamente lesiones perineales y alteraciones en las estructuras de sostén de las vísceras pélvicas, muchas de las cuales, a pesar de pasar desapercibidas, se pueden traducir en incontinencia urinaria y/o anorectal y en prolapso de órganos pélvicos. La primiparidad es el principal factor de riesgo, lo que se explica en parte por la mayor duración de los periodos de dilatación y de expulsivo que someten a mayor estrés a las del ano estructuras de suspensión y sostén visceral. La ralentización del expulsivo en la primípara se debe en ocasiones a la resistencia elástica del hiato urogenital y a la falta de relajación de la musculatura perineal. Como consecuencia de ello, aproximadamente un tercio de las primíparas presentan en el postparto alguna evidencia de lesión en el esfínter anal.

En general, después del parto nos podemos encontrar con:

Lesiones tisulares conjuntivas: pueden afectar al sistema de suspensión ligamentaria y al sistema de sostén músculo-facial (musculatura del suelo pélvico y fascia endopélvica). Las lesiones ligamentosas, generalmente distensiones, unidas a una debilidad del suelo pélvico facilitan el descenso de las vísceras pélvicas. La falta de continuidad entre la fascia visceral y la fascia parietal interrumpe la acción de la contracción del suelo pélvico sobre las vísceras pélvicas, de modo que estas no serán arrastradas hacia arriba cuando el músculo elevador del ano se contrae. Ello tendrá importancia en las situaciones de hiperpresión abdominal generadas por el esfuerzo (estornudos, tos, deporte, elevación de cargas...), cuando la resultante de las fuerzas incidirá sobre las vísceras, desplazándolas hacia abajo, sin encontrar ninguna fuerza opuesta que la contrarreste (en condiciones normales estaría representada por la contracción

del suelo pélvico). En esta situación puede aparecer incontinencia urinaria de esfuerzo ya que el músculo elevador del ano no jugará su papel como esfínter periuretral, pero además se favorecen los prolapsos de órganos pélvicos, al convertirse la hiperpresión en una fuerza puramente vertical, sin desviarse hacia la concavidad sacra, sino solicitando directamente la hendidura urogenital que es una zona débil.

Lesiones musculares: distensiones, desgarros o esclerosis cicatriciales consecuencia de los microtraumatismos. Los principales factores de riesgo obstétricos para un desgarro de tercer grado; es decir, con afectación del esfínter anal son: la primiparidad, el parto instrumental con uso de fórceps, la macrosomía fetal y la presentación occipito-posterior. Cuando los desgarros afectan al esfínter anal, pueden dar lugar a una incontinencia anal de grado variable. Así como la lesión del esfínter externo se puede asociar con episiotomía o desgarro espontáneo, el esfínter interno se puede lesionar en presencia de un periné intacto, pasando en consecuencia desapercibida.

Lesiones en la inervación: el parto vaginal, especialmente el primero, puede dar lugar a un incremento de la latencia motora terminal del nervio pudendo, ya sea por denervación parcial de la musculatura del suelo pélvico al ser sometida a una tracción excesiva o por la compresión que ejerce sobre la misma la cabeza fetal. Entre los factores de riesgo del parto que pueden producir trastornos en la inervación cabe destacar: el alumbramiento de bebés macrosómicos, tiempos de expulsión prolongados (más en primíparas), partos instrumentalizados o la multiparidad como consecuencia de lesiones nerviosas parciales repetidas. La denervación del suelo pélvico puede dar lugar a incontinencia urinaria, descenso del suelo pélvico, síndrome perineal descendente (descenso de todas las vísceras pélvicas), estreñimiento crónico, dificultad defecatoria e incontinencia ano-rectal.

Lesiones estructurales: en ocasiones en el transcurso del parto se puede producir una subluxación o malposición del coxis, zona de inserción de gran cantidad de fascículos musculares del suelo pélvico. En caso de malposición del coxis es de suponer que disminuirá la eficacia de la contracción de la musculatura perineal.

El parto en sí mismo puede ser lesivo, pero debemos tener en cuenta que fisiológicamente la mujer está preparada para soportar un parto vaginal, gran

parte de las lesiones que se producen tienen una causa iatrogénica que se podría minimizar si durante el mismo se respetara la fisiología. El principal problema es que los partos que se vienen realizando de manera convencional no la respetan:

La postura adoptada para el expulsivo en decúbito supino con flexión, abducción y rotación externa de caderas y flexión de rodillas, no es la más idónea, independientemente de que consideremos que las posiciones en cuclillas o cuadrupedia respeten más la fisiología, en la postura adoptada la rotación externa de caderas produce una aproximación de las tuberosidades isquiáticas disminuyendo los diámetros del estrecho inferior cuando si algo necesitamos en estos momentos es la mayor apertura posible del mismo, para ello se deberían colocar las caderas en rotación interna que aumenta el diámetro bituberoso.

Por otra parte, el tipo de pujo. En cada contracción uterina se le dice a la mujer que eleve el tronco, bloquee la respiración y empuje en apnea inspiratoria. Pero si se empuja al mismo tiempo que se contrae el útero se puede producir una distensión excesiva del sistema de suspensión, lo que disminuirá la eficacia de la contracción, y además se deprimirá mucho el suelo pélvico. Lo que empuja al bebé fuera es la contracción uterina y para que esta sea eficaz en el expulsivo hace falta que el útero se encuentre bien anclado por los ligamentos y que el suelo pélvico le ofrezca contraapoyo. Si hay una hipotonía del suelo pélvico, esta dificulta la salida de la cabeza fetal, ya que, en cada pujo el suelo pélvico se abombará cada vez más.

Prácticas tales como la maniobra de Kristeller (presión abdominal realizada por un tercero durante el expulsivo) o la instrumentación (uso de fórceps), son tremendamente lesivas para las estructuras tisulares del suelo pélvico y las estructuras de sostén de las vísceras pélvicas.

La episiotomía, es tema de controversia en relación con su eficacia real en la prevención de lesiones perineales, pero además no está exenta de riesgo, en especial la medial, que puede fácilmente desgarrar el esfínter externo del ano. La episiotomía disminuye la tensión a nivel del suelo pélvico, sin embargo, hace falta esa tensión, ese contraapoyo para evitar que el periné se abombe en exceso como consecuencia de la presión ejercida por la cabeza fetal durante el pujo. Además con la episiotomía se corta el nervio hemorroidal inferior que proporciona sensibilidad al cuarto inferior del periné, este en ocasiones se

regenera mal y puede dar lugar a dispareunia postparto. Por todo ello, las episiotomías deberían ser selectivas, incluso en la primípara.

Muchos estudios ponen en evidencia que el parto por cesárea disminuye el riesgo de disfunción perineo-esfínter, aunque para algunos autores, la cesárea, solo protege el suelo pélvico cuando es practicada precozmente, pero no la tardía de urgencia realizada con un trabajo de parto ya avanzado. Algunos autores sugieren que la cesárea electiva se debería recomendar únicamente a las mujeres que tienen un alto riesgo de sufrir daño del suelo pélvico, por ejemplo, a aquellas mujeres que sufrieron un desgarro de tercer grado en un parto previo y que presentan síntomas de incontinencia asociados al mismo.

Otro tema de controversia es la anestesia epidural, porque si bien es cierto que relaja perfectamente la musculatura perineal también lo es que ralentiza los tiempos de expulsivo y que la mayor parte de las veces se acompaña del uso de los fórceps.

- **Ejercicios de recuperación:**

Ejercicio físico durante el puerperio

Los ejercicios de recuperación postparto están enfocados a una mejora de la forma física y recuperación del suelo pélvico.

Gimnasia post-parto

Respiración torácica:

- ✓ Ejercicio de oxigenación y relajación que se realizará como preparación del resto de los ejercicios (se hará de pie), así como para finalizar los mismos (se puede hacer en decúbito supino).
- ✓ Desde la posición inicial, se extienden o se suben (dependiendo si se hace de pie o en decúbito supino, respectivamente) los brazos y finaliza volviendo a la posición inicial.
- ✓ Se tomará aire por la nariz al extender o subir los brazos y se soltará por la boca al volver a la posición inicial.

Ejercicios:

- ✓ Bascular la pelvis: ejercicio que ayuda a corregir las curvas de la columna y a potenciar los músculos abdominales y glúteos. Recostada boca arriba, con las piernas ligeramente flexionadas, metemos el vientre hacia dentro, elevando del suelo la cadera, al mismo tiempo que apretamos los glúteos hacia arriba. Durante todo momento, la espalda estará en contacto con la

colchoneta. Mantenemos esta posición de dos a tres segundos y volvemos a la posición inicial relajando suavemente los músculos contraídos.

- ✓ Alargamiento de músculos de la cadera (Psoas iliaco): ayuda a mantener la pelvis en posición correcta. En decúbito supino, flexionar la rodilla y cadera hacia el pecho, mientras se mantiene la pierna contraria estirada lo más posible. Se debe realizar el ejercicio primero con una pierna y luego con la otra, alternativamente.
- ✓ Potenciación de los músculos abdominales bajos: ayuda a reducir el vientre. Tumbada boca arriba, flexionamos en ángulo recto (90°) los muslos con el tronco, contraemos el vientre y subimos las rodillas hacia el pecho con los pies flexionados. Desde esta posición estiramos suavemente la rodilla derecha y luego la izquierda, siempre con el abdomen contraído. Volvemos lentamente a la posición inicial.
- ✓ Potenciación de los músculos abdominales altos: tumbada boca arriba y con las manos entrelazadas bajo la nuca, flexionamos cabeza y tronco hacia las rodillas, y volvemos a la posición inicial.
- ✓ Potenciación de los músculos glúteos medios: estabiliza la pelvis y mejora la marcha. En decúbito lateral, subir la pierna 45° sobre la horizontal de la columna y volver a la posición inicial. Realizarlo primero con una pierna y después con otra.
- ✓ Potenciación de los músculos glúteos mayores: arrodillándose en cuadrupedia, alinear los brazos al nivel de las rodillas (en flexión y unidos codo y rodilla), apoyando los antebrazos en la colchoneta, y las rodillas por delante de las caderas, estirar y elevar una pierna procurando que no suba por encima de la columna. Volver a la posición inicial y hacer el ejercicio con la otra pierna.
- ✓ Alargamiento de los músculos del tórax: sentada con las caderas y rodillas flexionadas, sujetamos la pelvis con una mano mientras el brazo opuesto lo elevamos al máximo flexionando la parte alta del tronco hacia el lado contrario. Volvemos suavemente a la posición inicial. Realizamos el ejercicio primero con un brazo y luego con el otro.
- ✓ Sentadas en el suelo con las piernas abiertas y flexionadas levemente intentamos mantener la columna lo más recta posible.

- ✓ Con las manos sobre las caderas, en forma de jarra, girarnos el tronco suavemente cuanto sea posible, de forma rítmica hacia un lado y hacia el otro. Repetimos este ejercicio alternativamente y acabar en el punto de partida.
- ✓ Con este movimiento ayudamos a flexibilizar la columna.
- ✓ Flexibilizar la columna: nos sentamos en el suelo con los muslos colocados sobre las espinillas, de tal forma que los pies nos queden bajo los glúteos. Mantenemos la espalda lo más recta posible y, a continuación, avanzamos con las manos intentando tocar la colchoneta con el pecho. Volvemos a la posición de partida suavemente, manteniendo la pelvis estable.
- ✓ Potenciación de los músculos altos de la columna: nos colocamos en el suelo con las piernas flexionadas y ligeramente abiertas, con los muslos colocados sobre las espinillas, de tal forma que los pies nos queden bajo los glúteos. Con el cuerpo totalmente echado hacia delante y la cabeza apoyada en la colchoneta, empezamos a elevar los brazos y suavemente subimos cabeza y tronco. Volvemos gradualmente a la posición de partida, manteniendo la barbilla metida en todo el recorrido.

Técnicas básicas para reeducación perineal

Las tres técnicas básicas son las siguientes: cinesiterapia, biofeedback y electroestimulación. La decisión sobre qué técnica utilizar o a cuál se le dedica más tiempo debe basarse más en la paciente (tipo de incontinencia que presenta, estado del periné, predominio de uno u otro tipo de fibras musculares, capacidad de aprendizaje, motivación, perseverancia en la realización de ejercicios de mantenimiento) y debe seguir **siempre una pendiente** ascendente, desde las medidas más sencillas e inocuas a las más agresivas, pero consiguiendo siempre los objetivos terapéuticos preestablecidos.

Cinesiterapia (ejercicios musculares del suelo pélvico): los ejercicios del suelo pélvico constituyen una parte fundamental en los tratamientos de reeducación vesicoesfinteriana. Fueron descritos inicialmente por J.W. Davis, aunque fue Arnold Kegel quien los detalló en 1948, conociéndose desde entonces como “ejercicios de Kegel”. Estos, por lo general, se aprenden en la preparación al parto y se pueden comenzar a realizar en las primeras 24-48h del puerperio.

a. Indicaciones:

- ✓ Problemas de incontinencia urinaria de esfuerzo.
- ✓ Problemas de incontinencia urinaria mixta y motora.
- ✓ Problemas de incontinencia tras una cirugía de próstata.
- ✓ Problemas de incontinencia fecal.

b. Objetivos: varían según la patología con la que nos encontramos.

- ✓ En los trastornos de la estática pélvica:
- ✓ Reforzar el sistema de sostén.
- ✓ Asegurar la protección instantánea durante el esfuerzo o situaciones de riesgo.
- ✓ En los trastornos véscicoesfinterianos:
- ✓ La inhibición vesical mediante la contracción perineal voluntaria (activación del reflejo inhibitor perineodetrusoriano).
- ✓ La continencia activa durante el esfuerzo.
- ✓ Restablecimiento instantáneo del cuello vesical en el eje de presión.

c. Fases:

Fase de información: es muy importante explicar a la paciente, de la forma más comprensible posible, la fisiopatología de la incontinencia, los componentes anatómicos básicos y la función de la musculatura perineal. Es imprescindible crear un clima de confianza con la mujer e implicarla de forma activa en el tratamiento.

Fase de identificación: es una parte fundamental y difícil ya que muchas mujeres no saben localizar correctamente su periné y ante la orden de contracción activan grupos musculares diferentes. Para aprender cuáles son, resulta de gran utilidad seguir las siguientes instrucciones de forma ordenada.

- ✓ Lubricarse un dedo con un poco de agua y colocarlo en la vagina o ano.
- ✓ Contraer los músculos abdominales y centrarse en las sensaciones que se experimentan. Informar que eso no es lo que se debe sentir cuando se contraen los músculos apropiados.
- ✓ Con los músculos abdominales relajados y mientras se expulsa aire por la boca poco a poco, apretar alrededor del dedo como si se tratase de parar el movimiento de los intestinos (controlar una defecación o diarrea). Explicar que recuerde esa sensación, ya que ésta sí es la que debe sentir

cuando se contraen los músculos apropiados (este es el ejercicio básico de entrenamiento). Se pueden utilizar otras estrategias para enseñar a la paciente.

- ✓ Visualización perineal en un espejo: observando cómo asciende el periné o cómo se cierra el introito de modo simultáneo a la contracción perineal.

Fase de terapia activa: consiste en la realización de una serie de contracciones lentas, rápidas y contra resistencia de la musculatura perineal.

- ✓ Contracciones lentas: mantenidas durante cinco segundos en series de diez. Progresivamente se irá incrementando el tiempo de mantenimiento de la contracción y el número de repeticiones por serie.
- ✓ Contracciones rápidas: a modo de sacudida, en series de diez intercaladas entre las series anteriores. Se realiza un mínimo de 2-3 series de cada, teniendo en cuenta que cada contracción debe ir seguida siempre de, al menos, el mismo tiempo de relajación. Habitualmente se utiliza una relación trabajo-reposo de 1-2 y en caso de músculos muy débiles el tiempo de reposo será mayor.
- ✓ Contracciones contra resistencia: se introduce en el entrenamiento cuando el periné ha adquirido ya un cierto tono. Para ello se pueden utilizar los dedos del terapeuta que, mediante tacto vaginal con la palma orientada hacia la camilla, ejerce una fuerza que se opone al movimiento. Algunos autores utilizan tubos Pyrex lastrados con cargas progresivas o conos vaginales para estos ejercicios.

Fase de mantenimiento: es necesario mantener los ejercicios de forma regular, ya que la mejoría que se obtiene en la fase activa puede perderse en 10-20 semanas si se abandonan los ejercicios. La pauta de ejercicios de mantenimiento es dos veces cada veinticuatro horas, preferentemente al levantarse y al acostarse, mínimo diez minutos cada vez.

Cómo se practican los ejercicios de Kegel: para facilitar el aprendizaje, se puede probar inicialmente:

- ✓ Sentarse bien atrás en una silla, con los pies y piernas cómodamente apoyadas, las piernas ligeramente separadas, inclinándose hacia delante, apoyando los codos o antebrazos sobre los muslos.

- ✓ Contraer los músculos de la vagina tres segundos y luego relajar. Debe repetirse diez veces.
- ✓ Contraer y relajar lo más rápido que se pueda y repetirlo veinticinco veces.
- ✓ Imaginar que se sujeta algo en la vagina, manteniendo esa posición durante tres segundos y relajar. Repetir diez veces.
- ✓ La frecuencia de estos ejercicios debe ser tres veces diarias.

Cómo se practican los ejercicios de Kegel en iniciadas:

- ✓ Tumbarse en el suelo con las rodillas dobladas y las plantas de los pies cara a cara.
- ✓ Mantener los músculos del abdomen y la vagina en posición relajada.
- ✓ Imaginar las paredes interiores de la vagina e intentar acercarlas contrayendo los músculos.
- ✓ No flexionar los músculos del abdomen ni presionar los glúteos.
- ✓ Contraer lentamente contando hasta diez.
- ✓ Mantener los músculos contraídos con la vagina cerrada, contando hasta diez.
- ✓ Continuar la contracción contando hasta diez.
- ✓ Relajar contando hasta diez y volver a empezar.

Errores más comunes al realizar los ejercicios de Kegel: un 40% de las mujeres no saben contraer su periné aún después de haber recibido minuciosas instrucciones individuales. Es importante hacer los ejercicios correctamente; la forma incorrecta puede causar que la incontinencia empeore. Los errores más comunes incluyen:

- ✓ La contracción de los glúteos, aductores y, sobre todo, los músculos abdominales.
- ✓ Aguantar la respiración o apretar el tórax mientras se contraen los músculos.
- ✓ Aumentar el número y la frecuencia del ejercicio.
- ✓ Peor aún es que un 25% de las mujeres invierten el orden y, en vez de contraer, empujan.

Biofeedback: es un método de reforzamiento positivo. Consiste en el empleo de electrodos que se colocan en el abdomen y a lo largo de la zona anal para hacer conscientes funciones biológicas que habitualmente no lo son, haciendo posible su control o modificación por parte del sujeto.

Electroestimulación: consiste en la estimulación de las fibras nerviosas y musculares mediante la aplicación de estímulos eléctricos. En el campo de la incontinencia urinaria pretende establecer el equilibrio vesicouretral actuando sobre los diferentes elementos musculares implicados y los reflejos miccionales alterados.

Abdominales Hipopresivos

Marcel Caufriez es un fisioterapeuta belga, especializado en urología, que se dio cuenta de que tras los partos las mujeres que trabajaban con él para recuperar su figura tras el embarazo, con los abdominales tradicionales, en vez de mejorar, empeoraban. Entonces, se puso a investigar. En este tipo de ejercicio el trabajo es postural y tiene una serie de posturas: se debe alargar la columna vertebral; existen colocaciones específicas para trabajar los serratos, músculos antagonistas al diafragma; se necesita también abrir mucho el diafragma, músculo muy importante para la respiración, y todo esto hay que realizarlos en apnea; es decir, sin respirar.

Existe el sistema RSF (Reprocessing Soft Fitness) que está enfocado a trabajar los abdominales hipopresivos. Se deben realizar pasada la cuarentena. Estos trabajan la cinta abdominal sin presionar al suelo pélvico y ayudan a tonificar la musculatura perineal. Todas las ventajas se logran debido al músculo transversal abdominal, que es el músculo más profundo de esta zona del cuerpo. Su función es de corsé o de faja, puesto que sujeta los órganos internos. Cuando se estornuda o se ríe, este músculo, en un acto reflejo, se tiene que contraer para proteger los órganos. De lo que se trata es de reprogramar, de reeducar este músculo para que vuelva a contraerse. Las personas que hacen mal los abdominales tradicionales, las que no mantienen el abdomen contraído, ceden ese músculo que deja de hacer su función. Entonces, cuando se ríen o tosen, el abdomen se sale para afuera, en vez de contraerse, que sería su movimiento natural. Una incorrecta realización de ejercicios además de la pérdida de orina, también puede provocar prolapsos, desprendimientos de órganos, sobre todo del útero o la vagina, porque el suelo pélvico está cedido. Si los prolapsos son débiles se pueden corregir con los abdominales hipopresivos. Pero para solucionar los más graves, es necesario operarlos.

A diferencia de los abdominales tradicionales, en los hipopresivos se trata de trabajar sin presión. Se hace un vacío abdominal para que no haya presión. Esto

es, se mete el abdomen y todos los órganos mientras se contiene la respiración. De esta manera, esas fibras que trabajan de modo reflejo o involuntario se activan y esto provoca que se recupere ese suelo pélvico. En cambio, en los tradicionales hay presión y se da un empuje del suelo pélvico hacia fuera.

Con diez ó quince minutos al día es suficiente para reprogramar esa faja abdominal, volver a educarla para que el abdomen se meta para dentro y no salga para fuera. La única contraindicación es para las personas con hipertensión, ya que no pueden estar tanto tiempo en apnea. Entonces en vez de hacer series de 20 segundos, deben hacerlas más cortas para que no les suba la tensión.

Los ejercicios hipopresivos engloban diversas Técnicas Hipopresivas con posturas y movimientos que logran una disminución de la presión en las cavidades torácica, abdominal y pélvica.

Las Técnicas Hipopresivas se realizan con la ayuda de un profesional a través de ejercicios físicos rítmicos complejos de reprogramación corporal que permite al sistema nervioso cerebral modificar el esquema corporal y emocional, y que tienen la característica en común de lograr una disminución de la presión intrabdominal.

Aunque depende de la situación de partida de cada persona, el tiempo necesario suele durar unos dos meses y puede llegar a seis, aunque requiere que los ejercicios se realicen correctamente y de forma constante, unos 20 minutos, dos días a la semana en el primer mes y cada día o cuatro o cinco días en el siguiente sería suficiente. A partir de este momento, sólo será necesario un mantenimiento periódico.

Cuestionario de satisfacción a los profesionales

Al finalizar las clases de formación se les pasará un cuestionario de satisfacción y evaluación para saber la opinión de los profesionales respecto a la formación recibida.

II.Cronograma para los profesionales de enfermería

El plan de formación de los profesionales de enfermería de la primera y segunda planta de la maternal como se ha señalado anteriormente, sería el siguiente:

- ✓ Las clases serán impartidas por enfermeras, ya que son especialistas en obstetricia en el Hospital Virgen de la Misericordia de OSEP. Irán impartiendo las clases en dos días consecutivos una vez al mes, durante

un total de 6 meses; de esta forma, cada profesional podrá escoger el momento que le convenga sin estar limitado por los turnos de trabajo.

- ✓ El programa se comenzará el martes y miércoles de la primera semana de julio, y así sucesivamente cada mes. El horario irá alternándose, un mes se hará de mañana y al siguiente de tarde.
- ✓ Cada mes, los dos días impartiría las clases la misma matrona, para saber que se ha dado, los conocimientos de los profesionales... con dos horas de duración cada día, sumándole a los últimos quince minutos para el cierre y evaluación de las sesiones.

Tabla 1: Cronograma de impartición de clases a los profesionales de enfermería:

Día 1 (Martes, un mes a las 10:00h y el siguiente mes a las 17:00h)	Día 2 (Miércoles, un mes a las 10:00h y el siguiente mes a las 17:00h)
Acogida y presentación (15´)	Recordar teoría día anterior (15´)
Conocimientos sobre el suelo pélvico de los profesionales y teoría sobre ello (45´)	Ejercicio físico durante el puerperio (45´)
Embarazo y parto como factores de riesgo (1h)	Técnicas básicas para reeducación perineal y abdominales hipopresivos (1h)
	Cierre y evaluación (15´)

III. Guía para la explicación a las puérperas

Una vez hayan asistido a las clases de formación, estos profesionales de enfermería, comenzarán a enseñar a las mujeres ingresadas después del parto las diferentes técnicas a realizar para la recuperación del suelo pélvico. La guía que se propone como apoyo para la explicación a las puérperas es:

1. Introducción del suelo pélvico

El suelo pélvico es la base que cierra la apertura inferior de la cavidad pelviana y está formada por una serie de capas que comprenden desde el peritoneo que recubre las vísceras pélvicas hasta la piel de la vulva. Está formado por

estructuras musculares, estructuras conectivas y ligamentos. Todos ellos se fijan a la pelvis ósea y forman una hamaca sobre la que se apoyan las vísceras pélvicas.

El puerperio es el periodo de tiempo que transcurre desde el final del parto hasta 6-8 semanas del postparto. Este periodo consta de tres etapas, el postparto inmediato (abarca las primeras 24 horas después del parto), el postparto mediano (hasta los 10 días después del parto) y el postparto tardío (hasta los 40 días después del parto o la primera menstruación). Muchas de las incontinencias que encontramos en el postparto inmediato son transitorias, pero no se deben descuidar ya que pueden ser un indicador perfecto de daños perineales y de un mayor riesgo de aparición de incontinencia urinaria en etapas posteriores de la vida.

En el puerperio: durante las 6-8 semanas después del parto tiene lugar la involución de los tejidos y del útero hacia la normalidad. Este periodo coincide con el afán de las mujeres de reducir su abdomen, lo que las lleva a practicar ejercicios abdominales clásicos, o en el mejor de los casos, a incorporarse cuanto antes al ritmo de vida cotidiano. Todo ello conlleva esfuerzos con un periné distendido, una vagina abierta y una cincha abdominal laxa. En estas condiciones hay que evitar el fortalecimiento clásico de la musculatura abdominal por la presión que engendra a nivel intrabdominal distendiendo, más si cabe, los ligamentos viscerales y el suelo pélvico. En 1948 A. Kegel señaló el valor de los ejercicios de la musculatura del suelo pélvico para restaurar su función después del parto. Introdujo un régimen de ejercicios con resistencia progresiva, y constató su eficacia en la prevención de la incontinencia urinaria de esfuerzo. En este periodo se aconseja, evitar cargar pesos y habrá que realizar ejercicios de Kegel. Además resultan muy convenientes los ejercicios de aspiración diafragmática, preconizados por Caufriez realizados en apnea espiratoria y en determinadas posturas facilitadoras de la relajación del diafragma, los cuales hay que realizarlos bajo la supervisión de un profesional.

Pasado el puerperio: a partir de la octava semana después del parto habrá que realizar de manera sistemática una valoración pelvi-perineal y en función de la misma programar la actuación.

2. Cómo realizar el ejercicio físico durante el puerperio

El personal de enfermería explicará la información, siempre adaptando la formación y los conocimientos previos de cada puérpera.

3. *Cómo realizar los ejercicios del suelo pélvico*

El personal de enfermería les explicará y enseñará cómo se realizan los ejercicios, adaptándose a la situación de cada puérpera y realizando una demostración para hacerlo más visual. También les entregarán dos folletos para que los tengan como referencia en su domicilio.

4. *Consejos relacionados con el ejercicio en el postparto*

Los ejercicios a realizar en casa pueden seguir la siguiente pauta: contracciones lentas y rápidas, en series de diez, intercaladas, durante quince minutos, dos veces al día, preferentemente antes de levantarse por la mañana y al acostarse por la noche (supone crear un hábito de trabajo).

Hay que adquirir el hábito de realizar los ejercicios con regularidad, asociándolos a alguna actividad cotidiana: cada vez que toque agua si está en casa, cuando conteste al teléfono si está en una oficina, cuando el semáforo se ponga rojo si conduce, etc. Nadie notará que está haciendo ejercicios de suelo pélvico.

Se realizarán un mínimo de 2-3 series de cada (contracciones lentas y rápidas), teniendo en cuenta que cada contracción debe ir seguida siempre del mismo tiempo de relajación. Progresivamente se irá incrementando el número de repeticiones hasta alcanzar diez veces al día (cinco contracciones lentas y cinco rápidas).

Si se es constante y regular en la práctica diaria de estos ejercicios se empezará a notar mejoría en unas 5-6 semanas y, con dedicación diaria, los músculos del suelo pélvico adquirirán el tono ideal en tan solo 4-6 meses.⁶

5. *Recomendaciones en el postparto*

El personal de enfermería les explicará cuales son las recomendaciones a seguir en el postparto, siempre adaptando la información a los conocimientos de cada puérpera.

7. *Cuestionario de satisfacción a las puérperas*

Al finalizar las explicaciones, que coincidirá con el día del alta hospitalaria, se les pasará un cuestionario de satisfacción y evaluación para saber la opinión de las mujeres respecto a la información recibida.

IV. Cronograma para las puérperas

Los profesionales de enfermería que vayan asistiendo al taller y sean formados en este tema, podrán comenzar a poner en práctica sus conocimientos con las puérperas que ingresen en la planta.

En las primeras 24 horas del puerperio, comenzarán preguntando a la mujer sobre los conocimientos que tiene en relación al suelo pélvico y los diferentes ejercicios de reeducación perineal, para ir añadiendo la información pertinente en función de lo que sepa cada mujer.

Esta explicación se les dará individualmente en su habitación en diferentes momentos del día, para no agobiarlas demasiado. También se les dará la opción de acudir a la parte práctica que se dará en grupo al día siguiente.

De esta forma, tras las primeras 24 horas del parto y teniendo en cuenta la situación de cada mujer, comenzará la parte práctica hasta el momento del alta, supervisando la realización de estos ejercicios y corrigiendo los errores realizados en una de las salas de esa misma planta del hospital.

Tabla 2: Cronograma de explicación a las puérperas:

Día 1: Formación teórica (en distintos momentos del día y muy breve)	Día 2: Clase práctica (30´)
Conocimientos sobre el suelo pélvico y los ejercicios de recuperación de cada puérpera, añadiendo la teoría pertinente	Muestra y realización de Ejercicios de Kegel (10´)
Entrega de folletos y dar la opción a que acudan a la parte práctica del día siguiente	Supervisión y corrección de errores en la puesta en práctica(15´) Cierre y evaluación (5´)