



UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD

LIC. EN KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA

FACTORES ASOCIADOS DEL DÉFICIT

MUSCULAR, EN EL SUELO

PÉLVICO DE LA MUJER

AUTOR: JUNCOS MARÍA A.

TUTOR: LIC. VIDOS CLAUDIO A.

BUENOS AIRES. ARGENTINA

AÑO:2021

AGRADECIMIENTOS

A los docentes de alma, que encontré a lo largo de ésta hermosa carrera.

Los que han logrado transmitir, algo más que la teoría de una cátedra. Por sus invalorables enseñanzas.

A mi esposo, quien fue mi maestro en los primeros años de educación y que hoy día continuamos aprendiendo juntos.

A mi cuñada, quien me ayudo en ésta instancia final de la carrera a seguir adelante. En un contexto de pandemia global, con diversidad de dificultades.

A todos ellos infinitas gracias.

INDICE DE CONTENIDOS

1. Resumen.....	5
1.1 Palabras claves.....	6
2. Introducción.....	7
3. Tema.Objetivos. Objetivos generales. Objetivos específicos	8
4. Justificación.....	9
5. Marco teórico. Contextualización. Breve descripción suelo pélvico	10
5.1 Repaso de la función muscular.....	11
Fascia endopélvica. Conceptos de términos.....	12
Disfunción del suelo pélvico.....	12
5.2 Factores Intrínsecos, edad, incontinencia urinaria.....	13
Incontinencia fecal.....	14
Prolapso genital.....	15
Fibromatosis, estreñimiento.....	16
Relación estreñimiento y disfunciones del suelo pélvico.....	17
Biomecánica de la cintura pélvica en el parto.....	17
Primiparidad. Peso del feto superior a 4 Kg. Distocias.....	18
Envejecimiento. Enfermedad neuromuscular. Deterioro cognitivo.....	19
5.3 Factores extrínsecos, intervenciones quirúrgicas, cirugía de colon.....	20
y anorectal.....	20
Cirugía de vejiga, aborto inducido, parto, episiotomía.....	21
Fórceps, cesárea.....	22
Envejecimiento, índice de masa corporal elevada.....	23
5.4 Antecedentes del tema. Figura I . El perineómetro de Kegel.....	24
Ejercicios básicos de Kegel.....	25
Figura II. Decúbito supino.....	26
Figura III. Decúbito lateral.....	27
Figura IV. Sentada. Figura V Cuadripedia.....	28
Figura VI. Variante de cuadripedia. Bipedestación.....	29
Precursores del estudio del suelo pélvico. Magnus Fall. Biofeedback...30	
Objetivos del Biofeedback.....	31
Alain Bournier.Marcel Caufriez, ejercicios hipopresivos.....	32
Principios técnicos.....	33
Ejercicios básicos. Figura VII. Hipopresivos en bipedestación.....	34
Figura VIII. Ejercicio de desbloqueo pélvico.....	35
Figura IX. Ejercicio de elevación de la pelvis en retroversión.....	36
Figura X. Ejercicio a partir de los miembros inferiores.....	36
Figura XI. Ejercicio decúbito lateral “A”.....	37

Figura XII. Ejercicio decúbito lateral “B”	38
Figura XIII -XIV. Ejercicio de despegue.....	39
Figura XV. Ejercicio en decúbito prono.....	40
6. Diseño metodológico. Tipo de estudio. Estrategias de búsqueda.....	42
7. Criterios de inclusión y exclusión. Resultados de la búsqueda	43
Tabla III. Disfunción del suelo pélvico. Epidemiología.....	44
Tabla IV. Defectos del suelo pélvico.....	45
Tabla V. factores de riesgo de las disfunciones del suelo pélvico.....	46
8. Discusión.....	47
9. Conclusiones.....	49
10. Bibliografía.....	51

1- RESÚMEN

El presente trabajo de revision tiene por objetivo, determinar los factores asociados del déficit muscular en el suelo pélvico femenino.

Es de publico conocimiento que ésta patología o disfunciones del suelo pélvico, se presentan mayormente entre una edad media /avanzada. Dicho desbalance es producido, entre otras, por las sobrecargas que soporta el suelo pélvico, en las distintas etapas de la vida. Generados por distintos factores, ya sean intrínsecos o extrínsecos. Algunos factores extrínsecos, como las intervenciones quirúrgicas, la asistencia instrumental en partos prolongados.

Si bien existen una gran variedad de factores que influyen en la producción de las mismas, nuestro interes se centra en los de mayor prevalencia en las mujeres de edad mediana y/o postmenopáusicas.

Los resultados encontrados, en los estudios realizados en estos grupos de mujeres, mostraron prevalencia los factores asociados como: -El prolapso genital grado II, relacionado a la incontinencia urinaria de esfuerzo y mixta- Incontinencia fecal- Intervenciones quirúrgicas (cirugía de colon- anorectal- o vejiga) – Parto fisiológico, e instrumental (cesárea- fórceps)

En menor proporción: -La episiotomía- Distocias- Primiparidad- Peso del feto superior a 4 Kg- Aborto inducido- Envejecimiento.

En la franja etaria de mujeres de 40 a 50 años, se presentaron otros factores asociados. Entre ellos: -Índice de masa corporal elevado- Estreñimiento- Fibromatosis uterina.

1-1. PALABRAS CLAVES

- Déficit muscular
- Disfunción del suelo pélvico
- Factores asociados
- Alteraciones intrínsecas y extrínsecas
- Edad mediana de la mujer
- Post- Menopausia

2- INTRODUCCIÓN

El déficit muscular del suelo pélvico, es en la actualidad, un importante problema de salud, sociocultural y económico. La población que padece este tipo de afecciones, carece de información necesaria al respecto. Ante la aparición de los primeros signos y síntomas, no realizan la consulta inmediata. Ya sea por pudor, o piensan que tomando recaudos básicos de autocuidado personal, podrán sobrellevarlo. La detección temprana beneficiará la recuperación, y resultará en un tratamiento más eficaz.

Por otro lado, las marcas líderes pañaleras ofrecen sus productos de cuidados íntimos para adultos, dando una solución inmediata al alcance de la mano. Expresan: “Para mujeres activas como vos, que no se limitan por un goteo de orina y buscan estar seguras y confiadas, usando productos que les proporcionen bienestar”...(1). La falta de información sanitaria Vs las alternativas simplistas de las industrias pañaleras, hacen llegar a la población una información cruzada.

En este trabajo nos proponemos hacer, una revisión de toda la información existente sobre los factores asociados del déficit muscular en el suelo pélvico de la mujer, y sus implicancias. Así en el futuro, pueda llegar a oídos de toda la población y de quienes puedan invertir en la divulgación masiva sanitaria. Implementando, de forma educativa en los medios de comunicación, una planificación preventiva consistente de la problemática del suelo pélvico en la mujer. Para lograr concientización, sobre todo, de que no es una enfermedad mortal pero, tampoco debe subestimarse su alcance. De no ser atendido en tiempo y forma, tras su primeras manifestaciones.

3- TEMA

Determinar los factores asociados predisponentes, al déficit muscular del suelo pélvico en la mujer, de edad mediana y postmenopáusicas.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores asociados del déficit muscular del suelo pélvico femenino.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Determinar los factores intrínsecos asociados.
- b. Determinar los factores extrínsecos asociados.
- c. Describir las características fisiopatológicas de los factores asociados intrínsecos y extrínsecos.
- d. Determinar en cuál de los factores asociados, se produce una alteración en la biomecánica funcional del suelo pélvico.

4- JUSTIFICACIÓN.

La problemática de las disfunciones del suelo pélvico, tiene un material muy relevante en la actualidad, en relación a la terapéutica del tratamiento kinésico. Nos ha llamado la atención, desde nuestros primeros pasos, como pasantes, en consultorios externos de Kinesiología.

Más que nada en la población femenina, dónde se observaba el mayor ingreso de prescripciones médicas, para realizar la rehabilitación del suelo pélvico.

La mayoría de las pacientes, presentaban características similares en relación a su medio ambiente, educación, hábitos y costumbres.

Entre una de las particularidades principales del perfil de estas pacientes, se encontraba la inactividad física. Lo que se reflejaba claramente, al momento de realizar los ejercicios específicos, para la mejora del suelo pélvico.

Mostraban un gran déficit, en el desempeño motriz. Tampoco percibían la ubicación de sus segmentos corporales en el espacio; y menos aún la contracción-relajación cuando trabajaban los músculos pelviperineales.

Los kinesiólogos que allí desempeñaban su función, previamente a la rehabilitación del suelo pélvico, ejecutaban una planificación de re-aprendizaje motor o feed-back.

En la jerga Kinésica conocido, como restablecimiento del sistema propioceptivo alterado.

5- MARCO TEÓRICO

CONTEXTUALIZACIÓN.

El déficit muscular del suelo pélvico, como disfunción del aparato genitourinario y gastrointestinal, implica una amplia variedad de trastornos y de factores asociados. Los que pueden afectar el normal funcionamiento de cualquiera de los órganos alojados en la pelvis inferior.

En algunos casos, se encuentran relacionados unos con otros, y es cuando son patologías de características más severas.

En este contexto, se perseguirá la información acerca de todos los factores asociados intrínsecos y extrínsecos, del déficit muscular del suelo pélvico, en la mujer de edad mediana y postmenopáusica.

BREVE DESCRIPCIÓN DEL SUELO PÉLVICO.

El suelo pélvico es una región del cuerpo humano constituida por músculos, fascias, aponeurosis, vasos sanguíneos, nervios y orificios que forman una compleja unidad anatómica y funcional. Situada en la parte inferior de la cavidad pélvica por lo que, principalmente los músculos y otras estructuras realizan una acción anti-gravitatoria, lo que implica que deben estar íntegros para soportar la carga de los órganos intraabdominales.

Alberga los siguientes órganos, conformado por distintos planos: (2)

- Anterior: vejiga y uretra (aparato urinario)
- Medio: útero y vagina (aparato reproductor)
- Posterior: recto y ano (último tramo del aparato digestivo)

5-1. REPASO DE LA FUNCIÓN MUSCULAR.

Para una mejor comprensión de las disfunciones del suelo pélvico.

PLANO SUPERFICIAL

- Bulbocavernoso: su función es la contracción vaginal, la erección del clítoris y la expulsión de la secreción de las glándulas mucosas durante el acto sexual.
- Isquiocavernoso: erección del clítoris.
- Transverso superficial: acción complementaria al músculo elevador del ano, ya que contribuye en la defecación.
- Esfínter estriado del ano: importante papel en la defecación.

PLANO MEDIO

- Transverso profundo: paralelo al músculo transverso superficial, comparte función defecatoria.
- Esfínter estriado de la uretra: papel importante en la continencia pasiva.

PLANO PROFUNDO

- Elevador del ano o diafragma pélvico: complejo muscular, compuesto por diferentes partes que llevan a cabo diversas funciones. En su unión al músculo coxígeo determinan, el cierre de la pelvis en forma de embudo, de ahí su nombre de diafragma pélvico. (3)
- Isquiococcígeo: soporte del suelo pélvico.

FASCIA ENDOPÉLVICA:

Formada por un conjunto de estructuras conectivas, envuelve los músculos y rodea las vísceras y de este modo proporciona estabilidad. (3)

Tiene dos componentes:

- Fascia visceral: fija las vísceras (ligamentos, tabiques)
- Fascia parietal: rodea los músculos. Dentro de este destacamos dos condensaciones fibrosas en los Arcos Tendinosos:
 - Arco Tendinoso del Elevador del Ano, proporciona la inserción al elevador del ano.
 - Arco Tendinoso de la Fascia Pélvica, garantiza el sostén de la adecuada posición de la vagina. A su vez, la vagina permite mantener la estática de las restantes vísceras, siendo que su disposición es centrada y orientada en la pelvis.

CONCEPTOS DE TÉRMINOS

Se expresarán los conceptos de los términos que mencionamos en este trabajo, y que son las bases sustentables de la investigación.

DISFUNCIÓN DEL SUELO PÉLVICO

Las disfunciones del suelo pélvico hacen referencia, a un conjunto de signos y síntomas, que se presentan a consecuencia de la debilidad o tensión de la musculatura pélvica. También por alteraciones osteoarticulares, del sacro, coxis, ilíaco y pelvis. Conocido como cintura pélvica, en su conjunto.

Estas alteraciones generan en los tejidos de los elementos que rodean la pelvis, manifestaciones en la sensibilidad e irritación, causando en ocasiones ciertas molestias a nivel pélvico. (4)

Es de causa multifactorial y los factores asociados los clasificaremos en intrínsecos y extrínsecos.

5-2. FACTORES INTRÍNSECOS:

Son las alteraciones que se desarrollan en el organismo de la mujer, por alguna causa multifactorial, las cuales generan un desequilibrio o desbalance del funcionamiento orgánico.

EDAD:

Es muy frecuente encontrar disfunciones del suelo pélvico en mujeres de edad mediana (40 a 59 años). Periodo en el cual se producen cambios importantes en la mujer: biológicos, psicológicos y sociales. Se asocia con el estilo de vida de la mujer, factores socioculturales, ambientales y laborales, las relaciones familiares y de pareja. La sobrecarga en los roles que desempeña, su personalidad y autoestima. (5)

Además la falta de estrógenos, provoca pérdida del tono y flacidez de los músculos perineales.

INCONTINENCIA URINARIA.

Es la pérdida de orina de manera involuntaria. La intensidad de la pérdida de orina es variable, ya que abarca desde perder orina ocasionalmente cuando se tose o estornuda, hasta tener una necesidad imperiosa de orinar que no se llega al baño a tiempo. Esto se produce a causa de la disminución de la capacidad de continencia de la vejiga, y de su contractilidad.

Según The International Continence Society: La incontinencia urinaria se define como la pérdida de orina observada durante el examen, y puede clasificarse en uretral o extrauretral.(6)

Además sus clasificaciones convencionales:

- IU de Esfuerzo (IUE): escape al esfuerzo físico (estornudo, tos, deporte).

- IU de Urgencia (IUU): pérdida involuntaria de orina producida por un intenso deseo de orinar o por urgencia miccional.
- IU Postural (IUP): en este caso la pérdida de orina se ocasiona por los cambios de la posición corporal.
- Enuresis nocturna (EN): se trata de la incontinencia producida durante la noche.
- IU Mixta (IUM): percepción de incontinencia tanto por urgencia miccional como por esfuerzo.
- IU Continua (IUC): pérdida permanente de orina.
- IU Insensible (IUI): hay una pérdida involuntaria de orina sin que la persona sea consciente de cómo sucede.

INCONTINENCIA FECAL.

Se conoce como la pérdida involuntaria, de heces (sólidas o líquidas) o gases. Los síntomas de este tipo de incontinencia son asociados frecuentemente a un prolapso genital, en particular de la pared vaginal posterior.

Es la pérdida de la capacidad de controlar el funcionamiento de los músculos que rodean el ano (principalmente el esfínter anal), quienes son controlados por los nervios sacros que presentan un déficit de su función sensitiva.

Para clasificar las disfunciones anorectales, nos vamos a basar en la sintomatología establecida en el informe de la IUGA (Asociación Uroginecológica Internacional) y la ICS (Sociedad internacional de continencia).(7)

- Incontinencia anorectal (IA). Pérdida involuntaria de heces o gases.
- Incontinencia Fecal (IF). Escape involuntario de heces.
- Incontinencia de gases (IFG)
- Urgencia por defecar manifestada por un deseo imperioso difícil de controlar (IFU)

- Esfuerzo Para Defecar (EPD)
- Sensación de Defecación Incompleta (SDI)
- Sensación Rectal Disminuida (SRD)

PROLAPSO GENITAL.

Se trata del conjunto de disfunciones del Suelo Pélvico que hacen referencia al descenso de los órganos pélvicos, en relación a su posición anatómica original, a través del conducto vaginal.

Consiste en el descenso de las paredes vaginales y de sus órganos vecinos. El útero cae y hace presión sobre la zona vaginal.

El prolapso puede llevar, al igual que el resto de las disfunciones del suelo pélvico, a un deterioro en la calidad de vida de las pacientes ya que contribuye a la aparición de disfunciones vesicales, intestinales y sexuales.

Su clasificación será de acuerdo a un criterio clínico:

- Prolapso de compartimento anterior: Cistocele
Desciende la vejiga y uretra.
- Prolapso de compartimento medio: Histerocele
Descenso de cuello uterino.
- Prolapso de la cúpula vaginal (cicatriz vaginal por vaciamiento de útero)
En mujeres histeroectomizadas.
- Prolapso del compartimento posterior.
Enterocele, prolapso de asas intestinales a través del fondo de saco de Douglas.

FIBROMATOSIS UTERINA.

Los fibromas uterinos, también conocidos como miomas o leiomiomas, son los tumores benignos más frecuentes de la porción superior del aparato genital femenino. Pueden alcanzar gran tamaño, crecen con lentitud y generalmente no requieren de tratamiento. Aunque en algunas excepciones, puede representar una intervención quirúrgica.(8)

Hay una gran variedad de factores que pueden jugar un papel sinérgico en el crecimiento de estos neoplasmas benignos, entre los más evidentes de ellos se encuentran los estrógenos. El estrógeno y la progesterona, hormonas que estimulan el desarrollo, del revestimiento uterino durante cada ciclo menstrual, como una preparación para el embarazo. Parecen estimular, el crecimiento de los fibromas.

ESTREÑIMIENTO.

El estreñimiento es un síntoma crónico muy frecuente y un problema sanitario importante que no amenaza la vida. Es más frecuente en mujeres, y en individuos con escasa actividad física. Se define por la presencia de menos de tres deposiciones a la semana, y/o la alteración del acto defecatorio.

Puede tener causas que no se deben a una enfermedad subyacente. Como la deshidratación, falta de fibra en la dieta o efectos secundarios de medicamentos.

Consiste en deposiciones difíciles, heces duras o una sensación de que el recto no está completamente vacío después de una evacuación.

Se puede presentar a cualquier edad, y podemos decir que existen dos tipos de estreñimiento: (9)

El que se presenta de manera esporádica; o en forma crónica, con un cuadro obstructivo severo.

RELACIÓN DE ESTREÑIMIENTO Y LA DISFUNCIÓN DEL SUELO PÉLVICO:

El estreñimiento es considerado, por especialistas en el tema, como el enemigo silencioso del suelo pélvico. Ya que la persona va todos los días con esfuerzo defecatorio, y este hecho de hacer empujes diarios para intentar defecar, hace que el suelo pélvico se debilite.(10)

PARTO.

Es el proceso mediante el cual, el feto o producto de la fecundación, son expulsados del organismo materno a través de las vías genitales o parto vía abdominal.

Es viable el parto cuando la paciente cuenta con un embarazo superior a veintidós semanas, y el feto tiene un peso mayor a los 500 gramos. (11)

El parto se desarrolla en tres etapas:

- Dilatación
- Expulsivo
- Alumbramiento

BIOMECÁNICA DE LA CINTURA PÉLVICA DURANTE EL PARTO.

Los movimientos angulares de la cintura pélvica, se producen durante el parto en el movimiento de nutación. El sacro gira en torno al eje representado por el ligamento axial. Este desplazamiento es angular, y el promontorio se desplaza hacia abajo y delante, generando una disfunción articular en la sínfisis púbica y sacroilíacas por descoaptación. Esto produce, otras malposiciones óseas y viscerales que desencadenan una serie de factores asociados produciendo el déficit del suelo pelviano.(12)

LA PRIMIPARIEDAD.

En la jerga médica, se entiende como el primer parto. Se observa una relación existente, predisponente a las disfunciones del suelo pélvico, entre la primipariedad, el peso y perímetro cefálico del recién nacido.

Cuando la mujer ha dado a luz sólo una vez, uno o varios fetos vivos o muertos, con una duración calculada de la gestación de 20 semanas o más.(13)

PESO DEL FETO SUPERIOR A 4 KG.

Un mayor peso del feto se asocia a una sobrecarga mayor en las estructuras del suelo pélvico, y mayor distensión perineal en el periodo expulsivo.

También conocido como macrosomía fetal, puede complicar el parto vaginal y hacer que el bebé corra el riesgo de sufrir lesiones durante, o después del nacimiento.

DISTOCIAS.

Parto difícil o prolongado, con un progreso que no es el adecuado, enlentecido y doloroso. Debido a factores fetales, maternos y/o alteraciones de la dinámica uterina.

Clasificación:

Existen distintos criterios para la clasificación de este tipo de parto, se realizará según el tipo de finalización del parto:

- Dinámicas:
 - Hipodinamia: déficit de contractilidad.
 - Hiperdinamia: excesiva contractilidad.

- Pelvifetales:
Por alteración en la pelvis materna anterior.
Alteraciones en la estática fetal. (14)

ENVEJECIMIENTO.

El proceso de envejecimiento genera una fragilidad orgánica, dejando a la persona propensa a enfermar y perder su capacidad funcional, por la ausencia de su reserva fisiológica.

La fragilidad orgánica se asocia a la llamada sarcopenia.

Por definición sarcopenia se refiere a la pérdida involuntaria de masa muscular ,relacionada al envejecimiento y no necesariamente a una enfermedad en particular.(15)

Dichos deterioros orgánicos, pasarían a ser los factores asociados de la disfunción del suelo pélvico. Ellos son:

ENFERMEDAD NEUROMUSCULAR.

Por disminución de las fibras rápidas tipo II. Las cuales tienden a fatigarse con mayor rapidez, dando como resultado en la acción motora, movimientos más lentos para evitar la fatiga.

DETERIORO COGNITIVO.

El cual provoca una progresiva descoordinación muscular, y disminución de la fuerza por denervación, que afecta a los axones de la motoneurona alfa.

5-3. FACTORES EXTRÍNSECOS:

Son las alteraciones que se desarrollan en el organismo de la mujer, por causas externas a él. Entre ellas, las prácticas de intervención quirúrgica en la zona pelviperineal; la facilitación instrumental durante los partos prolongados; y tantas otras alternativas de procedimientos invasivos, sobre la anatomía del suelo pélvico, que se desarrollarán más adelante.

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN ZONA PELVIPERINEAL.

CIRUGÍA DE COLON.

Perforación de colon sigmoides secundaria a una endometriosis.

La endometriosis se caracteriza por la presencia de glándulas endometriales o estromas, fuera de la cavidad uterina. Afecta a las mujeres, en edad reproductiva. Por lo general, se manifiestan alteraciones en las estructuras pélvicas, incluyendo el intestino. La perforación del colon por endometriosis, es rara pero representa urgencia quirúrgica.

Se realiza laparotomía exploratoria, resección de la lesión y colostomía terminal. (16)

CIRUJÍA ANORECTAL

Se realiza para el tratamiento del prolapso rectal, que se asocia con síntomas, de debilidad del tejido anorectal, secreciones, hemorragias internas, y trastorno de incontinencia fecal, estreñimiento o ambos.

Se corrige con el procedimiento quirúrgico de laparoscópica, una herramienta eficaz para este tipo de patología. (17)

CIRUJÍA DE VEJIGA.

Las lesiones de la vejiga se deben a traumatismos contusos, penetrantes o yatrógenos. Se presentan de forma concomitante, con otras lesiones abdominales y pélvicas.

Son necesarios, su detección y tratamiento tempranos, ya que pueden evolucionar a complicaciones importantes. Suelen presentarse en las fracturas pélvicas, manifestando hematuria macroscópica; y son las lesiones intraperitoneales, las que requieren exploración quirúrgica y cierre. (18)

EL ABORTO INDUCIDO.

Puede provocar posibles consecuencias médicas adversas, las cuáles pudieran ser susceptibles de agresiones sobre los elementos que conforman el suelo pélvico. Los riesgos físicos más frecuentes del aborto inducido son: infección, trauma de cérvix, peritonitis, endometritis, laceración o perforación del útero, laceración intestinal, hemorragia, trauma renal, inflamación de la pelvis, embolismo, trombosis.

PARTO.

MANIOBRAS PARA UN PARTO EXPULSIVO ASISTIDO.

EPISIOTOMÍA.

Se trata de una incisión quirúrgica del tejido perineal, que se precisa realizar en algunos partos. Comprende piel, plano muscular y mucosa vaginal, facilitando así el nacimiento y evitando los posibles desgarros de tejidos perineales y anales.(19)

La finalidad es ampliar el canal de tejidos blandos, y facilitar de ésta forma la salida del feto.

Se realiza con tijeras o bisturí y requiere sutura.

FÓRCEPS.

La aplicación de fórceps obstétricos produce una serie de riesgos que pueden consistir en: desgarros de vagina y cuello del útero; extensión de la episiotomía hasta el recto; fractura de cóccix y traumatismo vesical; lesión del nervio pudendo. Ésta última es la lesión neurológica por compresión del nervio pudendo, al nivel del canal de Alcock conocido como Síndrome del Canal de Alcock. Por último se suma la lesión o disfunción articular de la sínfisis púbica, y/o sacroilíacas por descoaptación articular.(20)

CESÁREA.

Se define como el nacimiento del producto de la concepción a través de una incisión, en la pared abdominal y uterina. Cuando el parto no puede o no debe ser llevado a cabo por vía vaginal, a causa de un riesgo tanto para el bebé, la madre o ambos.(21)

Existe controversia sobre si actúa como factor de protección, se considera que al no producirse distensión de músculos, fascias y nervios provocados por la expulsión del feto posee efecto preventivo.

Por otro lado, como consecuencias físicas de la cesárea, nos encontramos principalmente con el dolor lumbo-pélvico de varios meses de evolución, debido a la incisión abdominal, la cual produce un daño e inhibición de la musculatura profunda del abdomen (transverso abdominal)

Tipos de cesárea:

- Selectiva

Se practica en embarazadas con patología materna, fetal y ovulares, que se contraindique un parto vaginal.

- En curso de parto.
Cuando se presentan distintos factores obstétricos durante el parto, generalmente por distocias.
- Urgente.
Se efectúa como consecuencia de una patología grave de la madre y/o del bebé, lo que hace favorable la realización de la cesárea para evitar la morbimortalidad materno- neonatal.

ENVEJECIMIENTO.

MASA CORPORAL ELEVADA.

A menudo la masa corporal elevada o llamada obesidad provoca fatiga fácilmente, cansancio, dificultad para moverse, difícil acceso a los órganos genitales. Las personas que sufren ésta enfermedad, son muy propensas a padecer patologías asociadas como:

- Diabetes mellitus
- Hipertensión arterial
- Arteriosclerosis
- Problemas coronarios;

Todo ello influye e impide una adecuada respuesta sexual. Por otra parte, la obesidad provoca aumento crónico y repetitivo de la presión intraabdominal, lo cual puede conducir al prolapso de órganos pélvicos, incontinencia urinaria de esfuerzo, disfunciones sexuales.

5-4. ANTECEDENTES DEL TEMA

En 1948 Arnold Henry Kegel, ginecólogo cirujano norteamericano, desarrolló por primera vez un régimen de ejercicios con resistencia progresiva, y constató su eficacia en la prevención y tratamiento de las disfunciones del suelo pélvico.

A través de estos ejercicios consiguió el aumento de la fuerza de los músculos del periné; disminuyó el índice de intervenciones quirúrgicas practicadas en pacientes, con cuadros patológicos avanzados de las disfunciones del suelo pélvico. (22)

Se basaba en la premisa de que, cuanto menor sea el tiempo transcurrido entre la lesión muscular y el comienzo del ejercicio, menor será la atrofia tisular y también el tiempo para restablecer la función normal.

El Dr. Kegel fue el inventor del perineómetro, fabricado artesanalmente por su esposa y comercializado durante 30 años por la familia, a un precio accesible para sus pacientes.

El perineómetro medía la actividad de los músculos del suelo pélvico, durante la práctica de los ejercicios y además realizaba el entrenamiento muscular de los mismos.

Figura I. El perineómetro de kegel



El método consta de tres pasos importantes:

- A- Reconocimiento de la paciente de sus estructuras anatómicas pelviperineales.
- B- Trabajo de exploración táctil del profesional o de la propia paciente sobre músculos perineales, para constatar la contracción muscular adecuada.
- C- Introducción vaginal del perineómetro, para guiar a la paciente visualmente, durante la práctica de los ejercicios. De ésta manera, entrenaba el sistema propioceptivo alterado.

Ejercicios básicos:

Se puede iniciar cada sesión en diversas posiciones:

- Decúbito Supino
- Decúbito Lateral
- Cuadripedia
- Sentada
- Bipedestación

Se describirán a continuación las posturas en orden de dificultad, a tener en cuenta en las personas que recién inician, el entrenamiento del suelo pélvico.

Es importante tener en cuenta en la recuperación de ésta afección, que los beneficios del entrenamiento se verán, utilizando todas las variantes de los ejercicios de Kegel.

Si siempre ejercitamos el suelo pélvico, en la misma posición y no introducimos ninguna otra variante, lo más frecuente es que nos estaquemos en los resultados.

En todos los ejercicios, la técnica utilizada será de la misma forma. En relación a la forma de respirar; a la ejecución del ejercicio, inclusive la cantidad de repeticiones y series que se realizarán diariamente.

La respiración debe mantenerse en un flujo normal, de entrada y salida del aire por las fosas nasales.

Se deberán contraer sólo los músculos internos del suelo pélvico, como si se intentara detener el flujo de orina.

Apretar y mantener estos músculos en tensión durante tres segundos, luego relajar y ésta secuencia se repetirá diez veces. Esto equivale a una serie.

Se realizarán tres series, y un total de treinta ejercicios diariamente.

Decúbito supino:

En ésta posición, se eliminará la acción de la fuerza de la gravedad.

El cuerpo debe estar en posición relajada, evitando contraer aductores, glúteos o abdominales.

Colocando la cadera de forma neutra, en cuatro pasos se realizará el trabajo de la musculatura pélvica.

FIGURA II. Decúbito supino



Contracción; elevación; posición mantenida; regreso a la posición inicial; relajación.

Se recomendará incluir estos ejercicios en las actividades de la vida diaria. Se pueden realizar discretamente en cualquier momento del día, o en cualquier lugar.

Un buen momento para realizarlos, es cuando se tose o estornuda, ya que esto ayudará a fortalecer aún más la musculatura pélvica y a minimizar las posibles filtraciones de la vejiga.

FIGURA III. Decúbito Lateral



En ésta postura se va corroborar que la lordosis lumbar, se mantenga en su posición natural. Ubicados en la posición decúbito lateral se realizará una flexión de las rodillas y caderas, colocaremos un brazo o almohadón debajo de la cabeza para adoptar una mejor posición.

El objetivo es lograr, la máxima comodidad en ésta posición, de manera que la persona sólo destine la atención a la musculatura del suelo pélvico.

Si se llegaran a tensar los muslos o aductores, en la posición en que las piernas se encuentran juntas, se sugerirá colocar una almohada entre los muslos y las rodillas.

FIGURA IV. **Sentada.**



Se apoyará la espalda al espaldar de la silla y luego nos separaremos de él. Los pies estarán apoyados en el suelo.

Se inclinará la espalda hacia delante, apoyando los codos en los muslos evitando la contracción de la musculatura glútea y abdominal, que deben estar en relajación. La tensión sólo estará concentrada, en los músculos internos de la zona pelvipereineal.

FIGURA V. **Cuadripedia**



El apoyo podrá realizarse sobre las manos o los antebrazos, y las rodillas. Dependiendo el nivel de entrenamiento que manifieste la paciente en su tratamiento del suelo pélvico. Una variante es colocar un balón entre las rodillas para generar más tensión en los músculos perineales.

FIGURA VI. **Variante en cuadrupedia**



En ésta posición se siente de manera más intensa el trabajo del suelo pélvico, ya que se produce la activación del músculo transversal del abdomen, con mayor eficacia.

Bipedestación

Ésta es la postura más complicada, ya que tenemos la acción de la fuerza de la gravedad actuando sobre nuestro cuerpo, y debemos contraer voluntariamente estos músculos perineales al igual que en todas las variantes anteriores.

Para realizar una técnica adecuada, se deben tener en cuenta los siguientes requisitos:

- El desbloqueo de la rodilla, es decir la rodilla permanecerá durante el ejercicio en semiflexión.
- Mantener la lordosis lumbar en su posición natural.
- Hombros y cuello deben estar relajados.

La eficacia de este tratamiento fue demostrado, en el gran número de mujeres que conseguían los objetivos terapéuticos. Entre la primera y segunda consulta, al cabo de entre 15 y 20 minutos, de iniciada la sesión. A partir de este momento, se le prescribía, el uso domiciliario del perineómetro. (23)

Otros precursores del estudio del suelo pélvico

Pasados unos 20 años, *Magnus Fall* retomó las investigaciones sobre la reeducación perineal y volvió a crear un interés en el campo de la ginecología.

Este autor desarrollo el entrenamiento de los músculos del suelo pélvico, enfatizado en la importancia del abordaje en la rearmonización postural. Para la corrección de la estática pélvica.

En España en el año 1979, se comienzan a utilizar las técnicas de *Biofeedback*, para descartar patologías neurológicas en pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo.

La continencia urinaria es el resultado de una actividad compleja entre los elementos genitourinarios. El esfínter uretral y el periné, están conformados por musculatura estriada y reciben inervación voluntaria del nervio pudendo. Por lo que tienen posibilidad directa de aprendizaje; pero el cuello vesical o esfínter interno, y el detrusor tienen actividad vegetativa. Pueden desarrollar el aprendizaje sólo, una vez que los mecanismos voluntarios se establecen a nivel automático, a través de la repetición. (24)

Existe también, una capacidad voluntaria para activar o inhibir el desencadenamiento reflejo de la micción. Ejercitando el control voluntario de la musculatura perineal, facilitaremos de forma directa a la continencia urinaria.

El abordaje organizacional de los cuatro bucles de integración miccional, de Bradley “Innovation of the male urinary bladder”, ayudo a comprender el mecanismo por el cual, se podía actuar mediante las técnicas de biofeedback sobre las alteraciones de la vejiga y esfínteres, provocando un cambio en la modulación neurológica de los mismos. (25) Los reflejos miccionales pueden organizarse de acuerdo, a los cuatro bucles de integración miccional descriptos por Bradley:

- Bucle I y II, son los reflejos que inician el vaciamiento vesical.
- Bucle II y III, los que sostienen el vaciamiento vesical.
- Bucle I y IV, los reflejos que terminan el vaciamiento.

Otras vías indirectas que pueden participar en el aprendizaje, son los reflejos espinales propios y esteroceptivos, que establecen una interrelación funcional entre la actividad del suelo pélvico y la musculatura lisa de la uretra y vejiga.

El biofeedback recoge el registro de la actividad de los músculos del suelo pélvico y de los esfínteres, mediante el electromiograma. Se utilizan dos electrodos superficiales, colocados en el músculo esfínter del ano y un tercer electrodo neutro en una zona sin actividad electromiográfica.

Los objetivos del biofeedback son:

Capturar la actividad de los esfínteres y suelo pélvico, hacerla aparente a través de señales, que emite el equipo. Luces, sonidos, dependiendo cual sea el modelo del equipo.

Ensayar como modificar dicha actividad, siempre bajo la guía del profesional, hasta encontrar una respuesta adecuada.

Repetir los ensayos correctos, una y otra vez hasta conseguir automatizarlos.

Una vez conectados los electrodos a la paciente, comienza el tratamiento y se le solicitará:

- Que contraiga el periné, como si estuviese orinando y quisiera cortar el chorro de micción.
- Contraer sus músculos, como si se le fueran a escapar flactulencias y quisiera retenerlos.
- Se le enseña a abandonar la contracción de los rectos abdominales, mientras se contraen los músculos perineales.
- Se corrige la tensión, no deseada de la musculatura glútea.

Cuando la paciente aprende una específica contracción perineal aislada, utilizando exclusivamente los músculos elevadores del ano, comenzamos a enseñar la relajación del suelo pélvico tras contracciones perineales. Lo que a largo plazo, reforzará los hábitos de control voluntario de la micción.

Los resultados satisfactorios, se constataban por lo general a las seis semanas de haber comenzado el tratamiento, asistiendo con una frecuencia semanal.

Se considera que la principal aportación del biofeedback, fue ayudar al entrenamiento para conseguir una correcta contracción de los músculos del suelo pélvico.

En 1980, *Alain Bournier* (Francia) fue quien impulsó la primera especialización en ésta disciplina de las disfunciones del suelo pélvico, que varios años más tarde se extendió a otros países europeos, y que han seguido desarrollándose hasta estos días. En materia del crecimiento de ésta disciplina.

En este año también, el *Dr. Marcel Caufriez* creó las técnicas hipopresivas.

Éstas constituyen una serie de técnicas posturales, que generan un descenso de la presión intraabdominal, y al mismo tiempo la activación refleja de los músculos abdominales y del suelo pélvico. Logrando en ambos sectores un incremento del tono muscular. (26)

Los músculos del periné actúan de manera sinérgica con la musculatura de la pared abdominal. Esta sinergia entre ambas estructuras, es beneficiosa tanto a nivel visceral, como respiratorio (diafragma) e incluso a nivel postural; siempre y cuando no haya ningún déficit en el tono muscular de las zonas ya mencionadas.

Se trata de mantener unas determinadas posturas, de forma rítmica y secuencial. Las cuáles permiten, gracias a la conexión directa con el SNC, la integración y memorización de mensajes propioceptivos sensitivos.

Estos mensajes dan lugar a una serie de reacciones sistémicas que tienen como objetivo la inhibición de la hipertonia del diafragma, responsable de la hiperpresión abdominal.

Esta inhibición se consigue mediante: el posicionamiento gravitatorio, es decir el ascenso y anteriorización del centro de gravedad corporal (situado en L3) y a través de la acción respiratoria que se produce a nivel central.

La contracción de la musculatura respiratoria se produce durante la fase de apnea espiratoria del ejercicio hipopresivo. Concretamente, la contracción del músculo serrato anterior, provoca la expansión torácica y la relajación y tonificación del diafragma torácico. Esto genera una caída en la presión intraabdominal (e intratorácica) y es a lo que se denomina efecto hipopresivo.

El primer objetivo a cumplir mediante la gimnasia hipopresiva es a través de la prevención, que proviene de la existencia de la hipotonía de la cincha abdominal, que como consecuencia da origen a una relajación del suelo pélvico.

Principios técnicos:

Existe una serie de signos anatómicos asociados a la correcta ejecución de la técnica, que delatan el efecto hipopresivo como son:

- Apertura del arco costal.
- Movilización del ombligo hacia dentro.
- Hendidura en las fosas claviculares.

Los ejercicios se realizan con un ritmo lento, y la respiración es pausada por el terapeuta. Las posturas se repiten un máximo de tres veces, con una duración máxima de la sesión de entre veinte minutos a una hora. Según el objetivo a alcanzar.

Ejercicios básicos

1. FALSA INSPIRACIÓN TORÁCICA

Posición inicial:

- Paciente en bipedestación, apoyada hacia delante o sentada. La columna debe estar elongada.

FIGURA VII. Hipopresivo en bipedestación



Movimiento:

- Realizar inspiración/expiration de forma relajada. Sostener el aire- Soltar el aire- Vaciar los pulmones hasta bloquear la entrada de aire (por nariz y boca)
- A continuación hacer como si se quisiese realizar una inspiración, pero sin tomar aire.
- Dejar que las costillas se abran y sentir como se introduce el abdomen
- Las vísceras ascienden, y disminuye la presión sobre el suelo pélvico.
- Al mismo tiempo, intentar alejar los codos del cuerpo y elongar la columna como si ésta fuera una cuerda que se quisiera estirar.

2. EJERCICIO DE DESBLOQUEO PÉLVICO

Posición inicial:

- Paciente en decúbito supino, con las piernas cruzadas y apoyadas en un banco.

FIGURA VIII. Hipopresivo. Decúbito supino



Movimiento:

- Elevar el tronco, prensar una pierna contra la otra, hasta quedar apoyada sobre las escápulas y el banco. Al mismo tiempo añadir una contracción del suelo pélvico.
- Elevar el tronco hasta que el cuerpo, quede totalmente alineado y separado de la silla.
- Inspirar de forma relajada, mientras se vuelve a la posición inicial.

3. ELEVACIÓN DE LA PELVIS EN RETROVERSIÓN.

Posición inicial:

- Paciente en decúbito supino, con los pies apoyados y los brazos por encima de la cabeza.

FIGURA IX. Decúbito supino



Movimiento:

- Se realizará durante la espiración
- Elevar la pelvis y realizar al mismo tiempo su retroversión y la contracción del suelo pélvico.
- Intentar alargar el ejercicio al máximo tiempo posible.

4. EJERCICIO A PARTIR DE LOS MIEMBROS INFERIORES.

Posición inicial:

- Paciente parada o sostenida por una silla por delante

FIGURA X. Hipopresivo. Parada sostenida en una silla



Movimiento:

- Realizar una espiración, elevar una de las piernas y contraer el suelo pélvico. Intentar realizar el ejercicio el mayor tiempo posible.
- Se repetirá la misma secuencia de ejercicios, con ambos miembros inferiores.

Posición inicial:

- Paciente en decúbito lateral, con un brazo debajo de la cabeza y el otro delante del pecho.

FIGURA XI. Hipopresivo decúbito lateral “A”



Movimiento:

- Realizar una espiración, cruzar la pierna derecha enfrente del cuerpo. Realizar una elevación de la pierna izquierda y al mismo tiempo una contracción del suelo pélvico.

Posición inicial:

- Paciente en decúbito lateral, las rodillas flexionadas a 90°. La columna elongada y la mano apoyada a la altura del hombro.

FIGURA XII. Hipopresivo. Decúbito lateral "B"



Movimiento:

- Elevar los pies durante la espiración, con las rodillas flexionadas. Contraer el suelo pélvico al mismo tiempo.
- Repetir la misma secuencia de ejercicios, del otro lado lateral del cuerpo.

5. EJERCICIOS DE DESPEGUE

Posición inicial:

- Paciente en decúbito prono, con antebrazos a la altura de los hombros.

FIGURA XIII. Hipopresivo decúbito prono



Movimiento:

- Elevar la pelvis hasta que quede alineada con los miembros inferiores, durante la espiración y mientras se contrae el suelo pélvico.

Posición inicial:

- Paciente en cuadrupedia

FIGURA XIV. Hipopresivo. Cuadrupedia



Movimiento:

- Durante la espiración y mientras se contrae el suelo pélvico.
- Elevar el tronco y separar las rodillas del suelo.

Posición inicial:

- Paciente en decúbito prono

Movimiento:

- Durante la espiración y mientras se contrae el suelo pélvico.
- Elevar el tronco y despegar un miembro inferior del suelo.
- Tomar como puntos de apoyo, las manos y el pie contraídos

FIGURA XV. Hipopresivo. Decúbito prono



Actualmente estas técnicas hipopresivas, se definen cómo un conjunto de técnicas posturales que provocan el descenso de la presión intraabdominal y la activación refleja de los músculos abdominales y del suelo pélvico. Los cuales consiguen a largo plazo, un aumento del tono en ambos grupos musculares.

En este relato histórico evolutivo, de los autores que han abordado este tema desde sus comienzos, nos muestra la notable eficacia en la aplicación de sus tratamientos. Ya que han perdurado a través de todos estos años, y han recibido sólo mínimas modificaciones en su abordaje terapéutico.

En la actualidad se siguen utilizando éstas mismas técnicas de gimnasia terapéutica, agregando un sistema de tecnología más avanzado del equipamiento fisioterápico, como en el caso del biofeedback, el perineómetro de Kegel, entre otros y, descartando algunas manipulaciones invasivas que se ejecutaban en aquellas épocas.

6- DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio.

En este trabajo de revisión bibliográfica, la búsqueda se ha basado en el interés sobre el tema de abordaje del suelo pélvico femenino, sus factores asociados e implicancias fisiopatológicas.

En este proceso, las bases de datos revisadas que han aportado información, han sido:

TABLA I. Bases de datos

FECHA DE PUBLICACIÓN	BASES DE DATOS	PUBMED	SCIELO	SCIENCE RESEARCH	ACADEMIA EDU
DESDE		2017	2007	1948	2008
HASTA		2019	2017	2013	2012

Estrategias de búsqueda

La búsqueda de información se realizó, empleando términos en español:

Disfunción del suelo pélvico; edad mediana de la mujer; post-menopausia; parto; incontinencia urinaria; prolapso genital; episiotomía; epidemiología de las disfunciones del suelo pélvico.

También se buscó a través de los siguientes términos MESH:

Colon surgery; injury anorectal; dystocias; bladder surgery.
Se realizó además, una búsqueda manual bibliográfica a partir de los artículos citados más relevantes, del tema de estudio. De la misma forma, con aquellas citas, incluidas en libros que han colaborado en el desarrollo del marco teórico.

7- CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Las bases consultadas, produjeron la selección de los artículos relevantes en el tema:



TABLA II. **Criterios de inclusión y exclusión**

CRITERIOS	
INCLUSIÓN	EXCLUSIÓN
<ul style="list-style-type: none">*Mujeres de edad mediana y postmenopáusicas.*Estudios del año 1998 en adelante.*Idioma en español.*Población femenina.	<ul style="list-style-type: none">*Mujeres menores a 30 años.*Estudios anteriores al año 1998, con una mención como excepción, por ser el autor pionero, del tema de investigación (Arnold Kegel 1948)

Resultados de la búsqueda

En la cantidad de artículos que se han encontrado, han sido revisados 72, de los cuáles 46 de ellos fueron excluidos.

El criterio para determinar su exclusión, se presentó al momento de la lectura del título y del resumen del artículo. Por carecer de contenido apropiado y salir del contexto que se pretendía encontrar, para el abordaje de este trabajo.

Otros artículos, fueron seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión. Y tantos otros fueron elegidos, para lectura detallada. De estos han salido seleccionados los 26 artículos elegidos para el trabajo.

A continuación podemos observar las tablas, de los resultados de las búsquedas realizadas:

Tabla III. Disfunción del suelo pélvico. Epidemiología

TIPO DE ESTUDIO	Descriptivo; Retrospectivo; Epidemiológico	AÑO: 1998/2008
BASE DE DATOS	SCIELO	
OBJETIVO/S PRINCIPALES	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>Evaluar la prevalencia de las disfunciones del suelo pélvico y sus factores asociados.</p> <p>CRITERIOS DE INCLUSIÓN</p> <p>*Mujeres con afección del suelo pélvico entre 47/72 años, del instituto Quirúrgico Rivas Venezuela</p>	<p>Prevalencia de los factores asociados del suelo pélvico:</p> <p>*Prolapso Genital Grado II, 97,4%</p> <p>*Incontinencia Urinaria, 73,2%</p> <p>*Episiotomías, 48,8 %</p> <p>*Distocias, 21,4 %</p> <p>*Paridad, 3,86 %</p>	<p>El prolapso genital Grado II, es el más frecuente y está relacionado con Incontinencia Urinaria de esfuerzo</p> <p>En la franja del grupo etario de 40/50 años, el más frecuente es:</p> <p>*La multiparidad</p> <p>*Mayor índice de masa corporal</p> <p>*Estreñimiento</p> <p>*Fibromatosis uterina</p> <p>*Intervenciones pélvicas</p>

Tabla IV. Defectos del suelo pélvico

TIPO DE ESTUDIO	Observacional; Descriptivo; de Corte Transversal	AÑO: 2014/2016
BASE DE DATOS	SCIELO	
OBJETIVO/S PRINCIPALES	RESULTADOS	CONCLUSIONES
*Determinar la prevalencia de los factores asociados del suelo pélvico.	Prevalencia de los factores asociados del suelo pélvico: *Prolapso genital (relacionado con IU de esfuerzo) 50% *Trastornos urinarios 46 %	*El prolapso genital, es el relacionado con Incontinencia Urinaria de esfuerzo. *En los trastornos urinarios, la más reportada fue la IU Mixta
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	*Índice de masa corporal (IMC) 42 %	* En la paridad, el parto fisiológico
*Mujeres de edad mediana y superior que presentan defectos en el suelo pélvico. En el policlínico "Héroes de Moncada" La Habana Cuba	*Trabajos de esfuerzo 41,1 % *Sobrepeso, 40,8% *Paridad	reportó 47,8 %; y el parto instrumentado 30 %

TABLA V. Factores de riesgo de las disfunciones del suelo pélvico.

TIPO DE ESTUDIO	Descriptivo; de Corte Transversal	AÑO: 2007/2014
BASE DE DATOS	SCIELO	
OBJETIVO/S PRINCIPALES	RESULTADOS	CONCLUSIONES
*Determinar los factores asociados de las disfunciones del suelo pélvico.	Prevalencia de los factores asociados del suelo pélvico: *Incontinencia urinaria, 84,7 % *Incontinencia fecal, 71,3 % *Intervenciones quirúrgicas (cirugía de colon; anorectal, o vejiga) 48%	Las disfunciones del suelo pélvico encontradas en las pacientes estudiadas fueron las incontinencias urinaria y fecal. La presencia de éstas afecciones se asoció a factores de riesgo como:
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	*Episiotomía, 34,7 % *Partos fisiológicos, 29,3 % *Cesáreas y fórceps, 26 % *Parto prolongado con asistencia de instrumentación 20,7 % *Índice de masa corporal elevado, 20 %	*Intervenciones quirúrgicas sobre órganos pélvicos. *La episiotomía *Partos fisiológicos
*Mujeres de edad mediana y superior que presentan defectos en el suelo pélvico. En el policlínico "Héroes de Moncada" La Habana Cuba		

8- DISCUSIÓN

Son varios los factores asociados influyentes en el desarrollo de las disfunciones del suelo pélvico. Cuando estos aparecen relacionados entre sí, aumentan las probabilidades de que aparezcan éstas afecciones, o las empeore si ya están instauradas.

Como factores asociados encontramos: el prolapso genital grado II; incontinencia fecal; intervenciones quirúrgicas de la zona pelviperineal; parto fisiológico, e instrumental. En menor proporción: la episiotomía; distocias; primiparidad; peso del feto superior a 4 Kg; aborto inducido y envejecimiento.

En la franja etaria de mujeres de 40 a 50 años, se presentaron otros factores asociados. Entre ellos: índice de masa corporal elevado; estreñimiento; fibromatosis uterina.

El prolapso genital grado II, está relacionado a la incontinencia urinaria de esfuerzo y mixta. El prolapso del compartimento posterior, enterocele, de asas intestinales está relacionado con la incontinencia fecal.

En las intervenciones quirúrgicas presentaron mayor prevalencia, la cirugía de colon, la anorectal, y de vejiga.

El parto fisiológico en el caso de mujeres primíparas, o que tal vez tengan un feto con un peso mayor a 4 Kg, conduce a la práctica de episiotomías. Las distocias, partos prolongados que presentan muchas dificultades en su desarrollo, conducen a la asistencia instrumental o quirúrgica, con la utilización de fórceps o cesárea.

Se presentó un factor con prevalencia en mujeres que practican el aborto inducido, y se relaciona con casos de mujeres de un nivel social bajo. Por el contrario, pertenecer a una clase social media/alta y tener un buen acceso a la sanidad, garantiza un buen estado de salud general.

La fibromatosis uterina, más frecuente en mujeres de edad mediana, por acción de los estrógenos y la progesterona que ayudan a la preparación, en cada ciclo de ovulación, para un posible embarazo. Presentándose una falla de eliminación de estos tejidos en el útero, lo que resulta con el tiempo en los llamados fibromas o miomas.

El estreñimiento se presenta más frecuente en mujeres de edad mediana, que se encuentran en proceso de preparación para la menopausia. En estos momentos hay cambios en la dieta, con poca ingesta de fibras, trastornos metabólicos, psíquicos y emocionales e inactividad física, a veces por dolores articulares que no permiten un desarrollo motriz normal, para realizar cualquier tipo de entrenamiento.

Otra característica presente en la mujer postmenopáusica, por deterioro normal del organismo, es el envejecimiento. En la jerga médica llamada sarcopenia, que no se lo relaciona a ninguna enfermedad en particular, sino al simple paso de los años que vulnerabiliza al organismo dejándolo propenso a enfermar.

Entre las manifestaciones habituales, se encontró prevalencia del índice de masa corporal elevado, enfermedad neuromuscular, con disminución de las fibras rápidas tipo II que generan rápida fatiga muscular ante la actividad física, y deterioro cognitivo que produce descoordinación muscular.

9- CONCLUSIONES

En el recorrido bibliográfico que hemos realizado a lo largo de este trabajo, nos ha dejado en claro que es una patología joven, ya que ha sido descubierta y tratada a mediados del siglo pasado.

Es un problema que afecta una gran parte de la población, y a pesar de que en este trabajo, sólo se haya desarrollado las afecciones en el suelo pélvico femenino, también hay evidencias dónde se puede constatar la afección en el género masculino en menor proporción.

En algunos casos se pueden llegar a modificar, la vida social de la persona que lo padece, aspectos psicológicos, disminución de la autoestima y de la higiene, y paralizar su vida sexual.

La conclusión principal que extraigo, es que se debe aumentar la información disponible a toda la población.

En la actualidad, el deterioro del suelo pélvico y sus implicancias siguen siendo un tema tabú en nuestra sociedad. Existe un desconocimiento alrededor de ésta patología, que nosotros como profesionales de la salud debemos subsanar.

En nuestro rol como Kinesiólogos, desarrollar una amplia planificación preventiva e informativa. Desde nuestro conocimiento de la biomecánica funcional del cuerpo humano, generar un abordaje global desde la evaluación Kinésica a la paciente, desde el primer día de inicio de las sesiones en nuestros consultorios.

Fomentar a través de la información, de como un desequilibrio o desbalance biomecánico perpetuado en el tiempo sin tratamiento, puede desencadenar malposiciones óseas de la cintura pélvica y éstas conducir a las patologías del suelo pélvico.

Sobre todo tendrá que ser nuestra labor, concientizar a la población. Teniendo en cuenta, los datos arrojados por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Para el año 2050 un tercio de la población femenina de todo el mundo entre los 45 y 65 años de edad, estará afectada por ésta enfermedad.

10- BIBLIOGRAFÍA

1. Publicista E zorrilo.
https://www.youtube.com/channel/UCveTgsGTBai1YMIoRHrFn_w.
2. Arguello Ortiz M. Cuidados del suelo pélvico. 2018;
3. Morcillo FN. EL PARTO COMO FACTOR DE RIESGO EN LAS DISFUNCIONES DEL SUELO PÉLVICO. 2016.
4. [internet] B. Beyond Basics Physical.
<http://www.beyondbasicsphysicaltherapy.com/pdf>. 2003;
5. Herrera Páez T.B, Martínez chang Y.M, Sarduy Nápoles M, Rodríguez Martínez L RMM. Factores socioculturales y laborales asociados a la sintomatología del síndrome climatérico. Rev Cuba Obstet y Ginecol. 2017;43 (2):1–12.
6. Abrams P, Cardozo L , Fall M, Griffiths D, Rosier P, Van Kerrebroeck P, Victor A WA. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. Gouldjournal.net. 2003;61 (1):37–49.
7. Haylen B.T, De Ridder D, Freeman R.M, Swift S.E, Berghmans B, Lee J, Monga A, Eckhard P, Rizk D.E, Sand P.K SG. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) Joint Report on the Terminology for Female Pelvic Floor Dysfunction. Neurouro and Urodynamics. 2010;29.
8. Morales Rodríguez A, Moreno Bravo O, Ramírez Ruíz M RYA. Fibroma uterino y embarazo. presentación de un caso. Vol. 14 N°1. 2012.
9. De Latorre Mondragón L. El niño con estreñimiento crónico severo o enfermedad de Hirschsprung. BOLETÍN LA Soc PEDIATRÍA Astur Cantab CASTILLA Y LEÓN. 2010;50:48–52.
10. Ediciones I. No Title <https://www.youtube.com/watch?v=CqANEQP8Gu4>.
www.infosalus.com. 2019;

11. Prieto Lombardía J PFM. Ginecología y obstetricia manual de consulta rápida. Médica Pan. 2007. 33 p.
12. Kapandji A. I. "Fisiología Articular 5° Edición Tronco y Raquis." 66–68 p.
13. Cunningham G et al. Williams Obstetricia. McGraw-Hill Companies, inc. 2011;23.
14. NK. L. A review of factors associated with dystocia and cesarean section in nulliparous women. J Midwifery Womens Health. 52(3):216-28. doi: 10.1016/j.jmwh.2007.03.003. PMID: 17467588. J Midwifery Womens Heal. 2007;52 (3):216–28.
15. García B. CE. Disfunción del piso pelviano en el adulto mayor. Rev Médica Clínica Las Condes. 2013 Mar;24(2):196–201.
16. Dzib-Calan EA, Morales-Pérez JI, Aranda-Puebla JC, Simón-Mendoza Á, Rodarte-Cajica G L-MG. Perforación de colon sigmoides secundaria a una endometriosis. Vol. 86 (4). 2018. p. 374–6.
17. Gleditsch D, Wexels WA NKA. Surgical options and trends in treating rectal prolapse: long-term results in a 19- year follow-up study. Langenbecks Arch Surg. 2018;403 (8):991–8.
18. Mahat Y, Leong JY CP. A contemporary review of adult bladder trauma. I Ing violence. Rivieu. 2019;11 (2):101–6.
19. Ballesteros-Meseguer C, Carrillo-García C, Meseguer-de-Pedro M, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME, Ballesteros-Meseguer C, et al. Episiotomy and its relationship to various clinical variables that influence its performance. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2016 [cited 2020 Oct 4];24(0). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100327&lng=en&tlng=en
20. Amóstegui Azcuém J, Morales AF, De La Quintana, C. Lillo SerraLlosa MI. Incontinencia urinaria y otras lesiones del suelo pelviano: etiología y prevención. REV MED UNIV NAVARRA/VOL 48 N°4 2004 18-31.

- 2004;48:18–31.
21. Lucero Cedeño J.K MP. Factores etiológicos de cesáreas en mujeres de 20 a 40 años en el Hospital Materno Infantil matilde Hidalgo de Procel. Tesis Grado Carrera Obstet. 2017;
 22. HA K. Progressive resistance exercise in the functional restoration of perineal muscle. Rev estadounidense Obs y Ginecol. 1948;56, n° 2:238–48.
 23. S. MD. Insatisfacción sexual femenina de causa músculo-ligamentaria. Rev Colomb Obs Ginecol. 1976;27 (3):171–6.
 24. Pena Outeiriño JM, Rodríguez Pérez AJ, Villodres Duarte A, Mármol Navarro S LBJ. Tratamiento de la disfunción del suelo pélvico. Actas Urol Esp. 2007;31 (7); 719-731.
 25. W.E B. Innervation of the male urinary bladder. Urol Clin North Am. 1978;5 (2):279–93.
 26. Caufriez M, Pinsach P FJ. Abdominales y periné, mitos y realidades.Reprogramación sistémica funcional. Gimnasia abdominal hipopresiva estática y dinámica. 1° Edición MC Ed. 2010;

-