

Salud del Suelo Pélvico: fortalecimiento y prevención en mujeres jóvenes.

- ❖ Autora: Virginia Vélaz Azcoiti
- ❖ Directora: Raquel Sáenz Mendía
- ❖ Titulación: Grado de Enfermería

Curso Académico: 2014/2015

Convocatoria ordinaria-Junio

Universidad Pública de Navarra

ABSTRACT

Pelvic floor dysfunctions affect one in three women in Spain and have a negative effect on their quality of life. These affectations produce an impact on the psychological, physical and social spheres.

The weakening of pelvic muscles is a result of vital processes such as pregnancy or menopause and of behaviours and lifestyles, for instance the practice of high impact exercises or overweight.

Nursing performs an important role as a member of the healthcare team in the detection and prevention of pelvic floor disorders by health education.

The pelvic health promotion should be implemented since early ages considering the fact that every woman is susceptible of developing any of these dysfunctions.

Key words: Pelvic Floor, Pelvic Dysfunctions, Health Promotion, Quality of Life, Health Education.

RESUMEN

Las disfunciones pélvicas afectan a una de cada tres mujeres en España repercutiendo negativamente sobre su calidad de vida. Estas afectaciones se producen a nivel físico, psicológico y social.

El debilitamiento de la musculatura pélvica se produce secundariamente a procesos vitales como la gestación o la menopausia, y a conductas y estilos de vida como son la práctica de deportes de impacto o el sobrepeso.

Enfermería desempeña un importante papel dentro del equipo de atención sanitaria a la hora de detectar y prevenir los trastornos del suelo pélvico, a través de la educación para la salud.

La promoción de la salud pélvica debe iniciarse desde edades tempranas dado que todas las mujeres son susceptibles al desarrollo de estas alteraciones.

Palabras clave: Suelo Pélvico, Disfunciones Pélvicas, Promoción de la Salud, Calidad de Vida, Educación para la Salud.

ÍNDICE

1. Introducción.....	1
1.1. ¿Qué es el Suelo Pélvico	2
1.2. Trastornos del suelo pélvico.	4
1.2.1. Prolapso de los órganos pélvicos, POP.	4
1.2.2. Incontinencia urinaria, IU.	4
1.2.3. Incontinencia fecal, IF.	5
1.3. Motivación personal	6
2. Objetivos.....	7
2.1. Objetivo general.....	7
2.2. Objetivos secundarios.....	7
3. Metodología	8
4. Resultados	10
4.1. Prevalencia trastornos del suelo pélvico.	10
4.2. Factores de riesgo	11
4.3. Repercusión en la calidad de vida.....	12
4.4. La “salud del suelo pélvico” y su abordaje.	15
4.4.1. Prevención.....	15
4.4.2. Enfermería y promoción de la “salud del suelo pélvico”	18
4.5. Propuesta de mejora	20
4.5.1. Análisis del problema	20
4.5.2. Programación de las actividades.....	22
4.5.3. Evaluación	25
5. Discusión.....	28
6. Conclusiones	30
7. Bibliografía.....	31
8. Anexos	34

1. INTRODUCCIÓN

El Grado de Enfermería tiene como objetivo principal la formación de profesionales capacitados para la gestión y prestación de cuidados enfermeros adecuados a los conocimientos científicos del momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en las normas legales y deontológicas. Estos cuidados deben estar orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud además de la prevención de enfermedades y discapacidades y la prestación de estrategias de cuidados paliativos.

Entre las numerosas competencias a adquirir se encuentran la capacidad de impulsar, a través de conductas preventivas, el autocuidado y fomento de estilos de vida saludables. La atención enfermera deberá desarrollarse por tanto basándose en el abordaje integral de la salud y la cooperación multiprofesional. ⁽¹⁾

El actual Plan de Salud de Navarra 2014-2020, a partir de la evidencia del grado de efectividad de los Planes anteriores y, sin perder de vista el contexto sociosanitario actual, subraya la necesidad de abandonar el modelo biomédico tradicional adoptando una óptica biopsicosocial que se centre en los cuidados sanitarios y sociales que influyen directamente en la calidad de vida de las personas.

Un Plan de Salud nace con el objetivo de realizar las planificaciones respecto a los temas de salud en una determinada comunidad a través del establecimiento de objetivos y prioridades de intervención sanitaria, e implantación de estrategias. Todo ello con la meta de mejorar el nivel de salud y la calidad de vida de la comunidad.

Los objetivos generales propuestos en el Plan de Salud son los siguientes:

- Disminuir la mortalidad prematura y evitable aumentando la esperanza de vida.
- Disminuir la morbilidad y reducir la severidad de las patologías priorizadas.
- Disminuir la discapacidad y la autonomía personal.
- Mejorar la salud percibida y la calidad de vida relacionada con la salud.
- Promover estilos de vida saludables y reducir riesgos para la salud.
- Fomentar el empoderamiento y el autocuidado de la salud.
- Reducir las desigualdades en los resultados de salud.
- Contribuir a la sostenibilidad del Sistema Sanitario.

Se contempla un nuevo enfoque de atención sanitaria en el cual se reconoce la relevancia de los determinantes de la salud relacionados con los diferentes estilos de vida, factores culturales, educativos, sociales y medioambientales y se pone de manifiesto la necesidad de realizar intervenciones de Salud Pública en colaboración con otros ámbitos, entre ellos los sectores de Educación y Política Social.

Las políticas interdepartamentales y la colaboración con otros sectores y agentes de la comunidad resulta por tanto crucial. En el Plan se destaca la necesidad de formalizar alianzas con agentes de la sociedad civil que son especialmente relevantes para promover cambios de valores y desarrollar entornos saludables. Algunas de estas alianzas se

realizarían con entidades municipales, colegios y asociaciones profesionales, asociaciones ciudadanas y de pacientes, universidades...

Además, se considera vital reforzar la cooperación y coordinación entre Salud Pública y Atención Primaria, especialmente en las políticas de promoción de la salud.

El papel de Enfermería se reconoce como fundamental en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el entrenamiento para el autocuidado.

Partiendo de este enfoque biopsicosocial y colaborativo, en el Plan se concretan una serie de estrategias que a su vez cuentan con una serie de programas para la consecución de los objetivos prefijados. Las estrategias planteadas en el plan actual son las siguientes:

- Prevención y promoción infantil y adolescente.
- Promoción de salud y autocuidados en adultos.
- Atención a la discapacidad y promoción de la autonomía.
- Estrategia de prevención y atención en Salud Mental.
- Prevención y atención al cáncer.
- Atención a las urgencias tiempo-dependientes.
- Prevención y atención a enfermedades vasculares y diabetes.
- Atención a la demencia y otras enfermedades neurodegenerativas.
- Prevención y atención a las enfermedades respiratorias.
- Atención a pacientes pluripatológicos.
- Seguridad del paciente.
- Cuidados paliativos y dolor.

Dentro de las estrategias propuestas por el Servicio Navarro de Salud, la promoción de la salud y prevención de las disfunciones del suelo pélvico se situaría bajo la estrategia de “Promoción de salud y autocuidados en adultos” y concretamente dentro de su “Programa Comunitario de Promoción de la Salud: Salud en todas las políticas”.⁽²⁾

El actual Plan de Salud trata el abordaje del suelo pélvico en etapas concretas de la vida de la mujer como son la gestación o la menopausia. La atención a aquellas mujeres que no entran dentro de estos grupos suele quedar, en la mayoría de los casos, sujeta a la demanda de la propia persona. En este ámbito surge la oportunidad de crear estrategias de acción encaminadas a promover el fortalecimiento del suelo pélvico dando a conocer qué es, la importancia de su entrenamiento desde edades tempranas y cuáles son los diversos modos para mantenerlo en forma.

1.1. ¿Qué es el Suelo Pélvico

Se conoce como Suelo Pélvico al conjunto de músculos, estructuras conectivas y ligamentos que se fijan a la pelvis ósea comportándose como una hamaca que da soporte y suspensión a los órganos abdominopélvicos.⁽³⁾

Los órganos pélvicos pueden ser divididos en tres compartimentos. El compartimento anterior está constituido por la vejiga y la uretra, el medio comprende el útero y la vagina, y el posterior el recto y el conducto anal. A pesar de esta división, todas estas estructuras se encuentran fuertemente relacionadas entre sí a través de tejido conectivo. Muchas veces estos compartimentos son evaluados por las distintas especialidades de forma individual, de modo que se pierde la perspectiva global e integral del suelo pélvico. ⁽⁴⁾

El suelo pélvico está constituido por la fascia perineal y los músculos del diafragma pélvico.

- La fascia perineal o diafragma urogenital es una lámina de forma triangular de tejido fibromuscular denso que proporciona soporte a la uretra, la vagina, y el cuerpo perineal uniéndolos a las ramas isquiopubianas. La capa de músculo esquelético que forma la fascia comprende el esfínter urogenital que da lugar al músculo compresor de la uretra y al esfínter uretrovaginal.
- Los músculos del diafragma pélvico comprenden el músculo elevador del ano y el músculo coxígeo y se encuentran recubiertos por las fascias superior e inferior.

El elevador del ano es el músculo más extenso de la pelvis y es considerado el más importante ya que su función de soporte va a ser vital para el buen funcionamiento del suelo pélvico. Está compuesto por tres fascículos o haces: el *haz puborrectal* (su función es acortar el canal del ano en la defecación, contribuir en la continencia junto con los esfínteres y dirigir la cabeza fetal en el parto), *pubococcígeo* (su función es mantener cerrado el hiato urogenital) e *iliococcígeo* (actúa como compresor lateral de los canales de las vísceras pélvicas).

Junto con el músculo elevador del ano, el músculo coxígeo colabora en el movimiento anterior del cóccix tras la defecación y el parto. ⁽⁵⁾

Todas estas estructuras quedan recogidas en la figura 1.

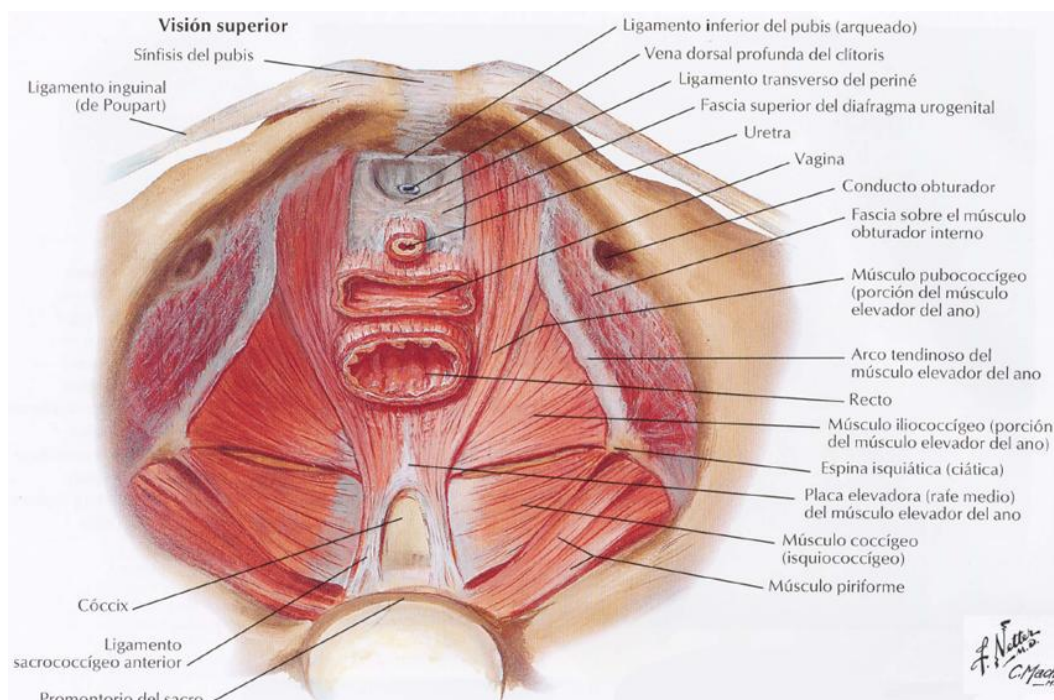


Figura 1. Vista superior diafragma pélvico femenino. (Fuente: Atlas Anatomía Humana. F Netter.)

1.2. Trastornos del suelo pélvico.

El proceso de evolución de la raza humana hacia la bipedestación ha supuesto una serie de modificaciones anatómicas y de las funciones corporales. Aumentos de la presión intraabdominal y los cambios de dirección de los vectores de fuerza hacia abajo a través del suelo pélvico, pueden ocasionar la disfunción de las estructuras que lo forman y que se encuentran fuertemente relacionadas entre sí.⁽⁴⁾

El suelo pélvico es capaz de soportar estas presiones durante un tiempo relativamente prolongado gracias a su actividad tónico-estática. La pérdida de la tonicidad de esta musculatura es frecuentemente uno de los orígenes asociados a las disfunciones del suelo pélvico.

Los síntomas comunes a las patologías pélvicas son de carácter vaginal, urinario, intestinal y sexual.⁽⁶⁾

1.2.1. Prolapso de los órganos pélvicos, POP.

Se define como el descenso de la cúpula vaginal o el cérvix, pared anterior de la vagina (cistocele) o pared posterior (rectocele). Existen los siguientes tipos de prolapso:

- Cistocele: se origina cuando el tejido conectivo de la vagina se debilita y pierde su adherencia a la pelvis, de forma que la vejiga cae dentro de la vagina. Es el más frecuente.
- Rectocele: se produce cuando el tejido conectivo de la vagina cae, con el consecuente descenso del recto sobre la vagina.
- Enterocele: se da cuando el intestino delgado empuja la parte posterior de la vagina hacia la apertura.
- Prolapso de la cúpula vaginal: ocurre en mujeres histerectomizadas. La vagina ya no cuenta con las estructuras de apoyo que le proporcionaba el útero por lo que la parte superior de la vagina puede empujar hacia abajo cayendo sobre la parte baja de la misma.
- Prolapso uterino: consiste en el descenso del útero a través de la vagina debido al compromiso de las estructuras de apoyo que lo sostienen.

Su causa principal es el debilitamiento de los músculos y tejidos conectivos de la pelvis.

El tratamiento del prolapso se decidirá en función de su tipo y gravedad. Puede ir desde la recomendación de cambios en el estilo de vida y ejercicios de fortalecimiento de la musculatura o uso de pesario en los casos más leves, hasta la intervención quirúrgica en aquellas situaciones donde la sintomatología es más grave.⁽⁷⁾

1.2.2. Incontinencia urinaria, IU.

Es la pérdida involuntaria de orina secundaria a la incapacidad de retenerla. Se distinguen los siguientes tipos de incontinencia:

- IU de esfuerzo: la pérdida de orina se produce ante acciones como toser, reír o estornudar. También puede presentarse al caminar, correr o practicar ejercicio.

Esto se produce por la debilidad de los tejidos que soportan la vejiga o de los músculos de la uretra. Este tipo es más común en mujeres jóvenes.

- Incontinencia imperiosa: la mujer experimenta una necesidad repentina e intensa de orinar y pierde accidentalmente orina antes de llegar al baño. Es ocasionada por la hiperactividad de los músculos de la vejiga que se contraen muy a menudo. Su origen también se puede encontrar en problemas en los nervios que envían señales a la vejiga.
- Incontinencia por rebosamiento: se producen pequeñas pérdidas de orina de forma constante. La causa se encuentra en que, al orinar, la vejiga no se vacía completamente debido a que su musculatura no se contrae adecuadamente, bien por debilidad muscular o por problemas nerviosos, o porque la uretra esté obstruida.
- Incontinencia mixta: se caracteriza porque la incontinencia de esfuerzo y la imperiosa se producen de forma simultánea.

Las opciones a la hora de tratar la IU son diversas:

- Cambios en el estilo de vida: pérdida de peso, evitar estreñimiento, disminuir la ingesta de líquidos, tratar la tos, etc.
- Acondicionamiento esfínter vesical: consiste en modificar la frecuencia miccional con micciones diurnas cada 3-4 horas y nocturnas cada 4-8 horas.
- Ejercitación de la musculatura del suelo pélvico.
- Colocación de pesario: se trata de un dispositivo que debe ser colocado en el interior de la cavidad vaginal y cuyo objetivo es dar soporte a la vejiga.
- Cirugía: el tipo de intervención se escoge en función de la incontinencia, su causa y los síntomas que ocasiona. ⁽⁸⁾

1.2.3. Incontinencia fecal, IF.

Se trata de la pérdida involuntaria de flatulencias o material fecal sólido.

Entre sus causas se encuentra el fallo en alguno de los mecanismos que intervienen en la retención voluntaria de las heces, es decir, consistencia de las mismas, pérdida de tono muscular, alteraciones nerviosas, etc. La edad supone un gran impacto en la función de los esfínteres anales. ⁽⁹⁾

El primer abordaje terapéutico de la IF debe incluir imprescindiblemente educación sanitaria (hábitos dietéticos e intestinales) y el tratamiento farmacológico (antidiarreicos, agentes formadores de masa), y puede curar hasta al 60% de los pacientes.

El segundo escalón del tratamiento incluye técnicas de rehabilitación como utilización de señales mecánicas (manometría) o eléctricas, ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico, así como técnicas de electroestimulación externa (endoanal, endovaginal o transcutánea). Si estas técnicas se aplican correctamente se logra un notable incremento de la fuerza de contracción voluntaria máxima y una mejoría del umbral de percepción rectal. Se logra una curación del 50% de pacientes y mejoría en el 75%.

En aquellos casos en los que, siguiendo los pasos anteriores, no se consigue mejoría, se valora el tratamiento quirúrgico. En estas cirugías se actúa reparando los músculos anales o colocando un ano artificial. ⁽¹⁰⁾

1.3. Motivación personal

Con este trabajo pretendo hacer visible la problemática real que generan en las mujeres los trastornos del suelo pélvico y potenciar el papel de enfermería en la promoción de la salud del mismo desde etapas tempranas de la vida de la mujer, y no sólo en los momentos vitales de riesgo como son el embarazo, el puerperio o la menopausia.

El desarrollo de actividades que incidan sobre estilos de vida y ejercicios para fortalecer la musculatura y resto de tejidos que componen el suelo pélvico a mujeres jóvenes, puede contribuir a reducir el número de afectadas por este tipo de disfunciones que actualmente sufre hasta un tercio de la población femenina a lo largo de su vida.

El actual Plan de Salud de Navarra fija entre sus objetivos principales la promoción de la salud y mejora de la calidad de vida de las personas reconociendo el importante papel de Enfermería en todo ello. Además, se remarca la importancia de establecer alianzas con otras entidades de la sociedad como son las universidades, que también pueden adoptar un importante papel como agentes de salud, permitiendo el acercamiento a la población general.

Incluir el presente Taller de Educación para la Salud dentro del proyecto de la Universidad Pública de Navarra, UPNA, “Gela Saludable” sería una gran oportunidad para poder llegar a la comunidad universitaria femenina.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Diseñar una propuesta de educación comunitaria dirigida a promover la salud del suelo pélvico en un grupo de mujeres estudiantes de la Universidad Pública de Navarra.

2.2. Objetivos secundarios

1. Conocer la prevalencia de los trastornos asociados al debilitamiento de la musculatura pélvica.
2. Visibilizar la repercusión de las disfunciones pélvicas sobre la calidad de vida de las mujeres afectadas.
3. Presentar al profesional de Enfermería como miembro del equipo interdisciplinar capaz de prevenir y detectar precozmente los trastornos del suelo pélvico.
4. Desarrollar los contenidos y recursos didácticos de cada una de las sesiones del taller.

3. METODOLOGÍA

El método utilizado para elaborar este trabajo ha sido la realización de una revisión bibliográfica consultando distintas bases de datos tanto nacionales como internacionales. Entre las bases internacionales consultadas se encuentran Medline, Pubmed, Scielo y CINHALL, recogiendo esta última publicaciones específicas de Enfermería. A nivel nacional han sido empleadas la base IME, que acoge literatura médica publicada en España, y Dialnet, que recoge materiales de carácter multidisciplinar.

Las principales fuentes empleadas para la obtención de información han sido:

- Artículos publicados en revistas científicas.
- Libros.
- Actas de congresos.
- Trabajos de fin de máster.

Los criterios empleados para la búsqueda han sido los siguientes:

- Año de publicación de la fuente: 2000-2015.
- Idiomas: español, inglés y portugués.
- Descriptores:
 - o Castellano: suelo pélvico, disfunciones pélvicas, promoción de la salud, calidad de vida y educación para la salud.
 - o Inglés: pelvic floor, pelvic dysfunctions, health promotion, quality of life y health education.

Se han excluido aquellas fuentes de información que hacen referencia a población masculina o exclusivamente a mujeres gestantes o puérperas.

Los artículos revisados más importantes quedan recogidos en la tabla 1.

Tabla 1: recopilación de los artículos más relevantes en la realización del trabajo. Elaboración propia.

ARTÍCULO	AUTOR	PUBLICACIÓN	RESULTADOS
Pelvic floor health: a concept analysis	Pierce H., Perry L., Gallagher R., Chiarrelli P.	Journal of Advanced Nursing, 2015	Subraya la importancia de un enfoque multidisciplinar en las estrategias de prevención y promoción de la salud pélvica. Este abordaje debe ser dirigido a las mujeres desde etapas tempranas de la vida como es la adolescencia.
The Impact of Pelvic Floor Disorders and Pelvic Surgery on Women's sexual satisfaction and Function	Yount S.	Journal of midwifery and women's health, 2013	Las disfunciones pélvicas interfieren negativamente en distintos aspectos de la vida diaria de las mujeres, entre ellos la satisfacción y función sexual.

Prevalencia de la incontinencia urinaria en España	Salinas Casado J, et al.	Urodinámica Aplicada, 2010	La incontinencia urinaria se ha convertido en un problema médico y sociosanitario que está aumentando su prevalencia debido al envejecimiento de la población. El porcentaje de mujeres afectadas de entre 18 y 31 años alcanza un 12,9%.
Urinary incontinence, pelvic floor dysfunction, exercise and sport	Bø K.	Sports Med Auckl NZ, 2004	La prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres atletas de deportes de alto impacto puede llegar a ser muy elevada en función del deporte practicado (hasta un 80% en trampolinistas),

El presente trabajo contempla la elaboración de un taller de educación para la salud pélvica dirigido a mujeres universitarias de la UPNA. Para la realización del mismo ha sido utilizado el “Manual de Educación para la Salud” publicado por el Gobierno de Navarra en el año 2006. ⁽¹¹⁾

4. RESULTADOS

4.1. Prevalencia trastornos del suelo pélvico.

El número de mujeres afectadas por algún tipo de disfunción del suelo pélvico es muy elevado. De las tres patologías más frecuentes, la incontinencia urinaria, la incontinencia fecal y el prolapso de alguno de los órganos pélvicos, llega a afectar hasta a un tercio de las mujeres adultas.⁽¹⁰⁾ Puede darse tan solo uno de ellos, todos a la vez o una combinación de los mismos. Estas disfunciones suponen un gran impacto en la vida de las afectadas, causando avergonzamiento, aislamiento social y alteración de la auto percepción.

4.1.1. Incontinencia urinaria, IU

Según el Observatorio Nacional de Incontinencia, ONI, la prevalencia global de incontinencia urinaria en España para la mujer es de un 24%, aumentando al 30-40% en las mujeres de mediana edad y de hasta un 50% en las mujeres ancianas (tabla 2). Para el ONI la incontinencia urinaria es “la emisión involuntaria de orina objetivamente demostrable y que origina un problema social o higiénico”.⁽¹²⁾

Tabla 2: Prevalencia de la incontinencia urinaria femenina en España. Fuente, Informe ONI 2009.

PREVALENCIA DE LA IU FEMENINA EN ESPAÑA SEGÚN EDAD.	
18-31	12,9 %
35-44	17,8 %
45-54	22,6 %
55-64	28,4 %
65-74	35,2 %
75-84	41,9 %
85 +	49,3 %
Prevalencia global	23,6 %

Diversas revisiones muestran la gran incidencia de la IU en mujeres deportistas. Estos valores pueden llegar a oscilar entre un 15 y un 80%. Esta variabilidad se debe al tipo de deporte practicado, frecuencia de entrenamiento y a todo esto se deben sumar otros factores de riesgo como son la edad, número de partos, etc. Los deportes que presentan mayor incidencia son el atletismo, la gimnasia y el salto de trampolín.⁽¹³⁾ Kari Bø demuestra la gran diferencia en la incidencia de la IU según el impacto durante la práctica deportiva en un estudio que realizó en 2004 y en el que obtuvo los siguientes resultados: el 80% de las mujeres saltadoras de trampolín son incontinentes frente al 0% de las golfistas.⁽¹⁴⁾

4.1.2. Incontinencia fecal, IF

En cuanto a la incidencia de la incontinencia fecal, es muy difícil conocer las cifras exactas ya que las personas que la sufren tienden a ocultar su existencia. Los estudios al respecto son muy escasos. Ballester y cols. en el año 2005 estudiaron la presencia de incontinencia urinaria y fecal en mujeres que acudían a la consulta de Atención Primaria por motivos distintos a ello. Evaluaron una muestra de 103 mujeres con edades comprendidas entre los 20 y 64 años. Se encontraron con una prevalencia de IU del 9,7 %.⁽¹⁵⁾ En otro estudio realizado por Bharucha y cols. en el año 2006 preguntaron a una serie de mujeres si en algún momento habían sufrido algún escape accidental de heces tanto sólidas como líquidas. El 12,1 % respondió afirmativamente.⁽¹⁶⁾ La unidad de suelo pélvico de Madrid corrobora estos resultados señalando que los últimos estudios sitúan la prevalencia de la incontinencia fecal femenina en España entre 12-13,6%.

4.1.3. Prolapso de los órganos pélvicos, POP

La prevalencia del prolapso de los órganos pélvicos es difícil de estimar dado que solo se torna sintomático una vez que se exterioriza desde el introito. Se estima que un 50% de las mujeres que han tenido al menos un parto vaginal, en la exploración pélvica vaginal puede detectarse un descenso de la pared anterior, posterior o un descenso del útero. Estudios epidemiológicos reflejan que aproximadamente el 11% de las mujeres tendría que someterse a una intervención quirúrgica por prolapso genital.⁽¹⁶⁾

4.2. Factores de riesgo

Como venimos diciendo hasta ahora, el suelo pélvico está formado por una serie de componentes músculo-aponeuróticos cuya función es dar sostén a los órganos pélvicos además de permitir la función de los mismos (micción, coito, parto y defecación), garantizando la continencia urinaria y fecal.

La debilidad o lesión de los elementos que lo forman predispone a la mujer a desarrollar los ya mencionados trastornos del suelo pélvico. Algunos de los factores que contribuyen a debilitarlo son los siguientes:

- Embarazo y parto vaginal: la distensión de los músculos y fascias que se produce durante la gestación y el parto secundaria al peso y crecimiento del feto además de la acción de ciertas hormonas como la progesterona y la relaxina, ocasiona que el suelo pélvico se encuentre excesivamente relajado. También se pueden producir lesiones como son los desgarros o la episiotomía que pueden llegar a afectar al soporte y a la posición de la vejiga, el recto y el útero u ocasionar lesiones sobre el esfínter anal.
- Menopausia: los cambios hormonales que se experimentan en este momento vital producen una pérdida de la flexibilidad de la musculatura pélvica. A esto se suma la atrofia muscular inherente al paso de los años.
- Estreñimiento crónico: los grandes esfuerzos defecatorios provocan el aumento de la presión intraabdominal.

- Obesidad: el exceso de peso mantenido también provoca el debilitamiento de estas estructuras.
- Práctica de deportes de impacto (correr, aeróbico, levantamiento de pesos, etc.): durante su práctica se produce un aumento de la presión intraabdominal de forma que con el tiempo los mecanismos de soporte se van debilitando pudiendo llegar a provocar síntomas de incontinencia y/o prolapso.
- Bronquitis crónica: los episodios de tos crónica pueden llegar a debilitar el suelo pélvico debido al aumento de la presión intraabdominal que produce la denervación de la musculatura y/o lesión del tejido conectivo.
- Hábitos cotidianos: retener orina, vestir prendas muy ajustadas, etc.⁽¹⁶⁾

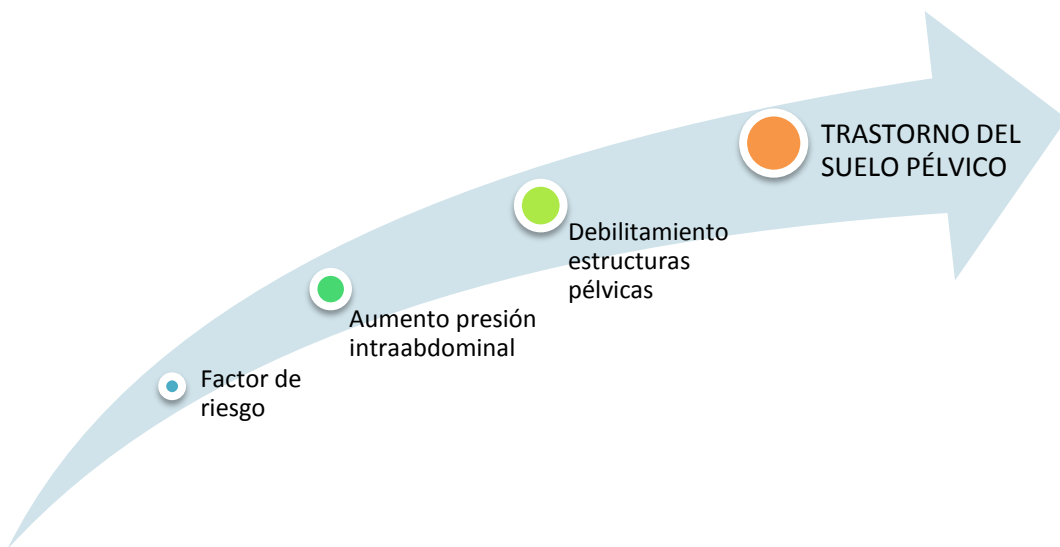


Figura 2: Relación entre los factores de riesgo y los trastornos del suelo pélvico. Elaboración propia.

4.3. Repercusión en la calidad de vida.

Hoy en día la salud es entendida como el estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no solo la mera ausencia de enfermedad. De aquí surge la importancia de determinar el impacto sobre la calidad de vida de los trastornos pélvicos.

La severidad de los síntomas y su repercusión en la vida diaria definirán el nivel individual de confort y aceptación de la patología.

Diferentes estudios y escalas han tratado de reflejarlo.

4.3.1. Incontinencia urinaria

A la hora de medir la repercusión de la incontinencia urinaria sobre la calidad de vida, uno de los cuestionarios más empleados es el “King’s Health Questionnaire” (KHQ) [anexo 1], que fue desarrollado por el Dr. C.J. Kelleher y publicado en 1997. Además, ha sido validado para su utilización en España por Xavier Badía et al. Se trata de una encuesta de carácter autoadministrado en la cual se analizan las dimensiones física, psicológica y social

a través de las siguientes 9 áreas: percepción del estado de salud general, impacto de la IU en su vida, limitación en las actividades diarias, limitaciones sociales, limitaciones físicas, relaciones personales, emociones, sueño/energía e impacto de la incontinencia.

Córcoles et al. realizaron un estudio transversal en 2008 en el que aplicaron el cuestionario de "King's health" a 126 pacientes del Servicio de Urología del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. En términos generales comprobaron como la calidad de vida se resiente significativamente afectando sobre todo a la esfera emocional, llegando a causar depresión en muchas ocasiones. También objetivaron afectaciones en el sueño, la vitalidad y limitación en las actividades sociales.

En el estudio se observa como la repercusión sobre la calidad de vida es menor en las pacientes más jóvenes y que conforme avanza la edad el impacto en términos generales es más alto, por tanto a mayor edad, peor calidad de vida.

Las pacientes con incontinencia urinaria de larga evolución presentan una menor repercusión en el área de relaciones personales. La razón podría encontrarse en que ya se han habituado a su problema y, por tanto, esta situación influye en menor medida en su entorno social y familiar.

Las mujeres refieren una peor calidad de vida cuanto mayor es el número de escapes, ya que les obliga a cambiarse de dispositivos de protección o ropa interior con más frecuencia y les limita su actividad social. Cuantas más veces tienen que levantarse durante la noche a orinar peor duermen, resintiéndose la dimensión Sueño/ Energía. Por el contrario cuanto más espaciadas se dan las micciones mejor es el descanso nocturno.

La incontinencia urinaria influye en distintas dimensiones de la calidad de vida de las pacientes pero principalmente en relación a la limitación de la actividad física y al impacto sobre la imagen personal (uso de empapadores, mal olor corporal, etc.). El empeoramiento se produce con el avance de la edad dado que el grado de incontinencia será mayor y, con él, la sintomatología.⁽¹⁷⁾

Otro estudio fue realizado en dos hospitales universitarios de Israel en 2004 donde se analizó el impacto de la incontinencia urinaria en mujeres jóvenes y de mediana edad en una muestra de 131 pacientes con edades comprendidas entre los 22 y 65 años. En él se demostró que a menor edad, peor es la calidad de vida. La explicación de que el resultado sea opuesto al obtenido por Córcoles et al. se encuentra en que, en este caso, han sido valorados aspectos como son la actividad sexual y el estrés psicológico.

Las pacientes más jóvenes están sujetas a un mayor estrés psicológico que aumenta conforme la edad es menor.

El tiempo que transcurre entre la instauración de la sintomatología y la búsqueda de ayuda profesional es mayor de 1 año y en algunos casos llega a superar los 3 años. La principal razón en las jóvenes está en la frecuente creencia de que la incontinencia urinaria es una patología propia de la tercera edad y suponer una amenaza para la autoestima e imagen personal, además de tratarse de un problema de índole íntima. En el caso de las mujeres de edad más avanzada la causa por la que tardan en acudir a los servicios sanitarios se encuentra en su mayor aprensión ante la posible necesidad de someterse a una intervención quirúrgica.

Uno de los factores principales que empuja a las pacientes a buscar asistencia es la afectación de la función sexual dado su importante papel dentro de la población joven.⁽¹⁸⁾

La salud sexual está asociada a multitud de factores emocionales, físicos, mentales y culturales. Dos componentes de la salud sexual son la satisfacción y función sexual. Estas pacientes experimentan cambios en su actividad y nivel de satisfacción secundarios a la dispareunia, cambios en la imagen corporal, baja autoestima y descenso de la libido. Cuanto mayor es la preocupación de la mujer con respecto a su trastorno, peor será su disfunción sexual.⁽⁶⁾

Los resultados obtenidos en este estudio subrayaron la importancia de dos aspectos que diferencian a las mujeres jóvenes de las de edad más avanzada: la vida laboral y la actividad sexual.⁽¹⁸⁾

4.3.2. Incontinencia fecal

Para evaluar la repercusión de la incontinencia fecal sobre la calidad de vida de los pacientes existen varias escalas. La más aceptada entre las escalas específicas es la "Fecal Incontinence Quality of Life Scale" (FIQLS), propuesta por Rockwood et al. en el año 2000 y que ha sido validada para ser utilizada en España. Consta de 29 preguntas que valoran 4 dominios de salud: estilo de vida, conducta, depresión y vergüenza.

Ciriza de los Ríos et al. realizaron un estudio observacional sobre una muestra de 73 pacientes que fueron remitidos a hospitales madrileños. En él demostraron como la incontinencia fecal supone un importante deterioro de la calidad de vida. Frente a la dimensión física, los aspectos emocionales y psicológicos se verían intensamente afectados dado que la mayoría de las alteraciones son de tipo social y emocional. Las personas con incontinencia fecal presentan una mayor alteración de la salud mental.

Cuanto mayor es la gravedad de los síntomas, mayor es la repercusión sobre la calidad de vida.⁽¹⁹⁾

4.3.3 Prolapso de los órganos pélvicos

La medición del impacto de los prolapsos urogenitales se puede realizar a través del cuestionario específico "Prolapse Quality of life" (P_QOL) publicado por Digesu et al. En 2005. Evalúa 9 dominios: salud general, impacto del prolapso, limitación del rol, física, social, relaciones personales, emociones, sueño/energía y severidad de los síntomas.

La búsqueda de la relación entre el grado de prolapso y su repercusión sobre la calidad de vida es un área de estudio de interés. Numerosas investigaciones, entre ellas la de Lemos et al. han llegado a la conclusión de que no existe relación entre el grado de prolapso y la afectación de la calidad de vida. Ésta última dependerá de la sintomatología experimentada por la mujer.⁽²⁰⁾

Los trastornos del suelo pélvico conllevan por tanto un impacto muy negativo sobre aspectos de la vida de la mujer físicos como son la imagen corporal y la actividad sexual;

psicológicos como son la autoestima y el sentimiento de poca valía; sociales, limitando las relaciones; compromiso del desenvolvimiento laboral, etc.⁽²¹⁾

4.4. La “salud del suelo pélvico” y su abordaje.

El concepto de “salud del suelo pélvico” no solo hace referencia a la integridad anatómica y fisiológica de las estructuras del mismo, sino también al efecto de su función o disfunción sobre el estado psicológico y emocional del individuo dentro de un contexto social. Esta salud dependerá por tanto de una multitud de factores y eventos que pueden ser inherentes al individuo como son la genética o el paso de los años o externos como pueden ser la situación socio-económica, la propia cultura, los estilos de vida, procesos vitales como puede ser dar a luz a un hijo, etc. Como consecuencia, alcanzar y mantener un óptimo estado de salud será complejo y multifactorial.

La “salud del suelo pélvico” se referirá por tanto a la integridad física y funcional del suelo pélvico a lo largo de las diferentes etapas vitales de un individuo, brindándole una óptima calidad de vida y conocimientos que le capaciten a la hora de prevenir o abordar sus disfunciones.

Como muestra la evidencia científica, las disfunciones pélvicas suponen un impacto muy negativo sobre la calidad de vida de las mujeres afectadas. Su abordaje, además de ser un asunto de índole personal, alcanza la categoría de problema de salud pública.

La naturaleza de estos trastornos ocasiona que muchas de las mujeres afectadas no busquen ayuda profesional por vergüenza o miedo a la incompreensión, por lo que se enfrentan a ello modificando su estilo de vida y actividades sociales.⁽²²⁾

Históricamente el abordaje de las enfermedades del suelo pélvico ha sido vertical. Cada compartimento era atendido por profesionales distintos de forma que en muchas ocasiones se omitían alteraciones de compartimentos vecinos. La atención resultaba fragmentada y con una pobre integración profesional. Durante las dos últimas décadas se ha tratado de adoptar un concepto de manejo del suelo pélvico integrador transversal.⁽¹⁰⁾

El abordaje en la prevención, diagnóstico y tratamiento de los trastornos del suelo pélvico deberá realizarse a través de la colaboración entre distintas disciplinas como son la medicina, enfermería, la fisioterapia, profesionales de la actividad física, etc. Hasta ahora la atención ha sido fragmentada y con una pobre integración profesional.⁽²²⁾

En definitiva, la atención debe ser transversal ya que tan solo hay una pelvis y una paciente, y multidisciplinar porque las habilidades y conocimientos necesarios para su abordaje requieren equipos formados por distintos colectivos profesionales.⁽¹⁰⁾

4.4.1. Prevención

La evolución de la raza humana, los partos, los estilos de vida y el paso de los años favorecen que cada vez más mujeres puedan sufrir algún tipo de trastorno del suelo pélvico. En el primer Encuentro Internacional de Incontinencia celebrado en 1998 se resaltaba la importancia de la tonificación de la musculatura pélvica para prevenir su disfunción.⁽²³⁾

La literatura presenta numerosas modalidades y rutinas de entrenamiento. Entre ellas destacan:

- Ejercicios de Kegel: fueron descritos en 1948 por el Dr. Arnold Kegel y consisten en fortalecer el suelo pélvico a través de contracciones voluntarias de ésta musculatura. Es muy importante que la mujer reconozca cuáles son los músculos que debe trabajar ya que frecuentemente con la contracción se activan otros grupos musculares como los abdominales, los muslos o los glúteos.

Existen dos tipos de ejercicios:

- Contracciones lentas: deben ser mantenidas al menos durante 5 segundos en series de 10. El tiempo de mantenimiento de la contracción y el número de repeticiones se irán incrementando progresivamente sin llegar a alcanzar el agotamiento muscular.
- Contracciones rápidas: se deben realizar en series de 10 e intercaladas con las contracciones lentas. Se realiza un mínimo de 2-3 series. Cada contracción deberá ir seguida siempre de una relajación completa.

Los ejercicios se pueden realizar adoptando numerosas posturas: bipedestación, sedestación, supino, etc. Se recomienda combinarlas y realizar estos ejercicios dos veces al día, preferentemente al levantarse y antes de acostarse.⁽²⁴⁾

- Gimnasia abdominal hipopresiva, GAH: desarrolladas por Marcel Caufriez en 1980. Se trata del conjunto de técnicas posturales que ocasionan el descenso de la presión intraabdominal y la coactivación de los abdominales y del suelo pélvico, logrando a largo plazo un aumento del tono en ambos grupos musculares. La GAH se basa en las siguientes pautas:

- *Autoelongación*. Se trata del estiramiento axial de la columna vertebral para lograr la puesta en tensión de la musculatura de la espalda.
- *Doble mentón*. Consiste en empujar el mentón provocando la tracción de la coronilla o punto vértex hacia el techo.
- *Decoaptación de la articulación del hombro*. Se provoca realizando una abducción de las escápulas.
- *Adelantamiento del eje de gravedad*. Se basa en el desequilibrio del eje anteroposterior que implica la variación del centro de gravedad en dirección ventral.
- *Respiración costodiafragmática*. Durante la fase inspiratoria se incrementa el volumen de la caja torácica y se reduce la presión dentro de ella por la apertura de las costillas hacia fuera y arriba, aumentando el diámetro transversal y anteroposterior de la misma. Esto permite la expansión pulmonar y la entrada del aire. El músculo motor principal es el diafragma, que se aplana en dirección caudal y agranda la caja torácica en sentido craneocaudal. La fase espiratoria es un proceso pasivo que comienza cuando se relajan los músculos inspiratorios disminuyendo la cavidad torácica junto a la retracción elástica del tejido pulmonar. En la «espiración forzada» se contraen los músculos espiratorios (intercostales internos y abdominales: transversal, oblicuo menor y mayor y recto abdominal) que empujan los órganos abdominales contra el diafragma relajado, aumentando su forma de cúpula y disminuyendo por tanto el diámetro de la cavidad torácica.

- *Apnea espiratoria*. Consiste en la espiración total de aire con apnea mantenida (entre 10 y 25 segundos). Se añade una apertura costal simulando una inspiración pero sin aspiración de aire, junto con un cierre de la glotis.⁽²⁵⁾

Las posturas en las que debe ser practicada esta técnica son el decúbito supino, sedestación, cuadrupedia y bipedestación. Autores como Rial et al. aconsejan practicar dos veces por semana durante 15 o 20 minutos en las dos primeras semanas y tras ello 20 minutos diarios.⁽²⁶⁾

Estos ejercicios pueden ser complementados con la utilización de una serie de dispositivos de colocación vaginal que, además, ayudan a localizar físicamente algunos de los músculos pélvicos a trabajar ya que se apoyan directamente sobre ellos. Los más utilizados son:

- Bolas chinas: se trata de dos esferas unidas entre sí a través de un cordón que facilita su extracción. En el interior de cada una de ellas hay a su vez otra esfera de menor tamaño que con el movimiento se agita estimulando las paredes vaginales y aumentando flujo sanguíneo de la zona. Su peso es de aproximadamente 90 gramos y se colocan en el interior de la vagina. Una vez introducidas, se produce la contracción involuntaria de la musculatura con el objetivo de mantenerlas sujetas. Se aconseja caminar con ellas durante 20-30 minutos diarios. En aquellos casos en los que la musculatura está algo debilitada se aconseja comenzar con el uso de una sola bola.
- Conos vaginales: hasta hace un tiempo se trataba del dispositivo más aconsejado por los profesionales. Consiste en un juego que consta de cinco conos anatómicos de pesos diversos de forma que sean utilizados gradualmente. El cono más ligero pesa 5 gramos frente al más pesado que es de 55 gramos. Se deben colocar en el interior de la vagina durante 15 minutos dos veces al día. Su funcionamiento es similar al de las bolas chinas. La diferencia se encuentra en que, al ser menos pesados, son más aconsejables para aquellas mujeres con un problema ya diagnosticado y no tanto para el mantenimiento de la musculatura cuando se parte de una buena base.
- Pesa vaginal: se trata de una pesa de forma alargada que mide 16,5 cm de largo y pesa 400 gramos. Se emplea de una forma completamente distinta a las bolas chinas y los conos. La mujer debe colocarse en posición supina con las piernas flexionadas y separadas mientras apoya los pies en el suelo. Aplicando lubricante en la pesa, ésta es colocada en la entrada de la vagina. La mujer debe relajarse tratando de relajar a su vez la musculatura pélvica. Tras ello debe contraer fuertemente estos músculos provocando que la pesa se introduzca más profundamente en la vagina y se levante ligeramente. Este movimiento debe repetirse alrededor de 10 veces o hasta notar fatiga.⁽²⁷⁾

También existen técnicas de tonificación pasivas como es la Electroestimulación. Como su nombre indica, consiste en la estimulación de las fibras nerviosas y musculares mediante la aplicación de estímulos eléctricos a través de la pared vaginal o rectal. Como resultado se induce la contracción pasiva del esfínter periuretral y de la musculatura perineal. Para ello se emplean uno aparato denominado electroestimulador que se puede emplear con

una sonda vaginal o rectal. Estas últimas son las encargadas de transmitir directamente la corriente eléctrica sobre el músculo.

Por último será importante dar una serie de pautas sobre estilos de vida que se basan en las siguientes medidas higiénico dietéticas: mantener un peso adecuado para reducir la sobrecarga del suelo pélvico, evitar ejercicios intensos con aumentos de la presión intraabdominal, disminuir la ingesta de xantinas (café, té) dada su acción diurética, regularizar el ritmo intestinal para evitar el estreñimiento y modificar el entorno para facilitar la micción.⁽²⁸⁾

4.4.2. Enfermería y promoción de la “salud del suelo pélvico”

Los trastornos del suelo pélvico tienen un gran impacto sobre la población femenina en la sociedad actual. La naturaleza de estos problemas ocasiona que muchas veces, bien por vergüenza, miedo a no ser comprendidas o por considerarlos “normales” en determinadas fases del ciclo vital, no se busque ayuda profesional. A pesar de ello sus repercusiones sobre la calidad de vida pueden llegar a ser muy negativas e incluso convertirse en factores incapacitantes.

En términos de prevalencia, costes e impacto en la calidad de vida de la mujer, la disfunción del suelo pélvico se ha reconocido como un problema muy importante de salud pública. Se estima que un tercio de la población femenina sufrirá alguno de estos problemas.⁽²⁹⁾

Visibilizar la relevancia de cuidar y entrenar el suelo pélvico al igual que cualquier otra parte del cuerpo nos ayudará a prevenir las alteraciones del mismo y disminuir los casos de infradiagnóstico de estos problemas. Aunque hemos evolucionado mucho durante las últimas décadas tanto medica como socialmente, todo lo que gira en torno al suelo pélvico y sus alteraciones continúa siendo un tema tabú.

A nivel personal todo esto lo he podido comprobar durante mi periodo de prácticas en un Centro de Atención a la Mujer. Había numerosas pacientes, algunas de ellas jóvenes, que acudían sobre todo por motivo de incontinencia urinaria o prolapso. Casi todas tenían un denominador común: desconocían las medidas preventivas para evitar llegar a la situación en la que se encontraban y se avergonzaban de su problema hasta el punto de llevarlo en secreto.

Hace escasamente un año, el Consejo General de Enfermería reconoció las competencias enfermeras en el abordaje de la incontinencia urinaria y la disfunción del suelo pélvico.⁽³⁰⁾ En muchas ocasiones el profesional de Enfermería es el primer contacto de la persona con la red de atención sanitaria. De aquí surge su papel fundamental como educador para lograr 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. Esto queda reflejado en la figura 3 que se centra en las mujeres jóvenes que sufren incontinencia urinaria en España y las áreas de actuación enfermera.

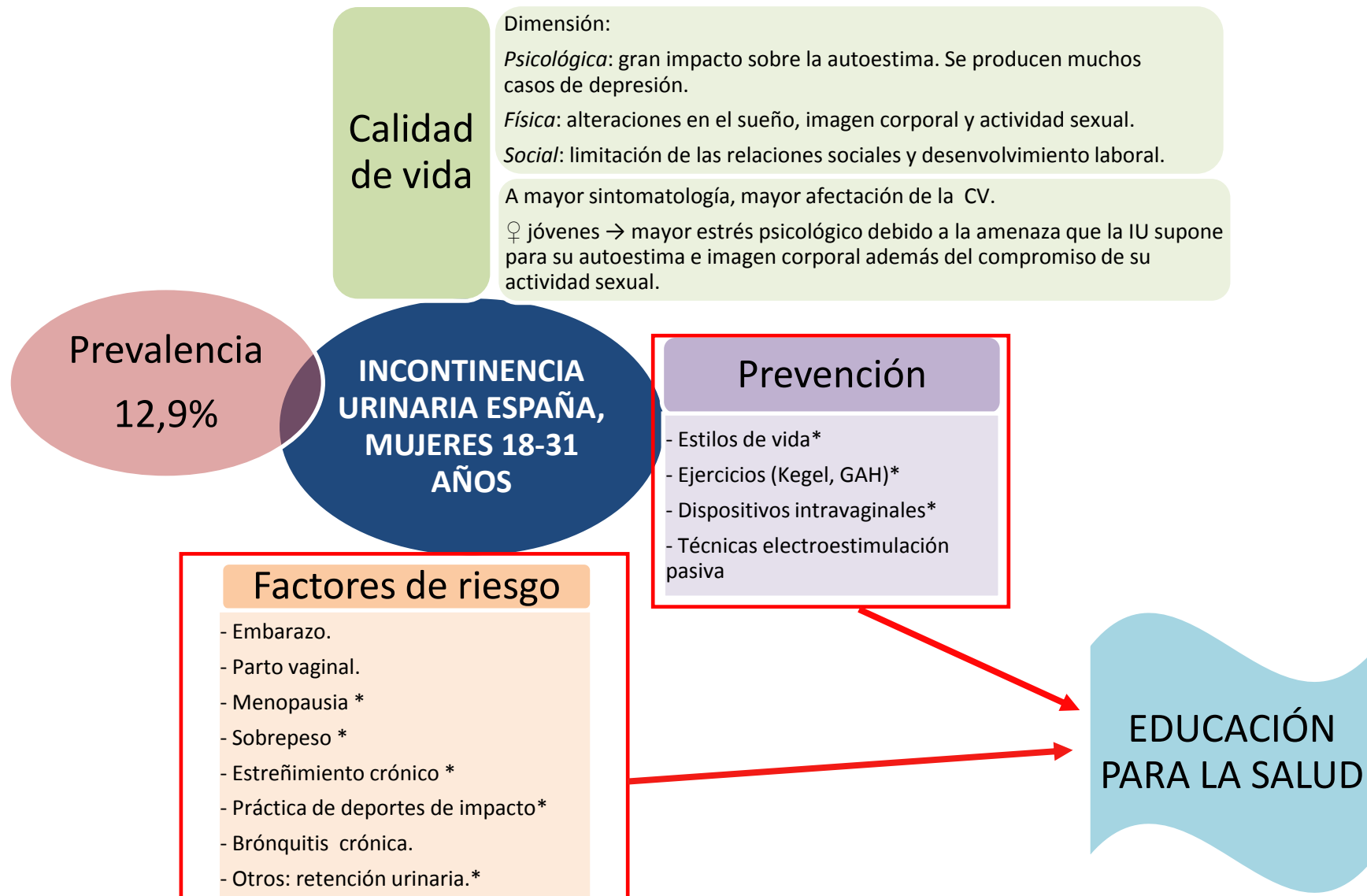


Figura 3: Áreas de actuación enfermera en la educación para la salud pélvica. Mujeres de 18 a 31 años con IU. Elaboración propia.

4.5. Propuesta de mejora

4.5.1. Análisis del problema

4.5.1.1. Identificación del problema:

La patología pélvica en los últimos años ha alcanzado la categoría de problema de salud pública dada su alta incidencia y el elevado gasto sanitario destinado a su atención. El Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Madrid afirma que el número de mujeres afectadas por algún tipo de trastorno del suelo pélvico oscila entre un 25 y un 40%.⁽³¹⁾

La causa principal de estos trastornos es el debilitamiento de la musculatura pélvica y los tipos más frecuentes son la incontinencia fecal, el prolapso uterino y la incontinencia urinaria. Ésta última, según datos del Observatorio Nacional de Incontinencia, llega a afectar a un 50% de las mujeres ancianas y a un 12% de las menores de 31 años.⁽¹²⁾

La repercusión de las distintas disfunciones del suelo pélvico sobre la calidad de vida de las afectadas es muy elevada, llegando a interferir en diversos aspectos de su vida como son las relaciones sexuales, actividades de ocio, relaciones sociales o actividad física.

A pesar de las importantes limitaciones que ocasionan, la mayor parte de las mujeres se muestran reacias a buscar ayuda profesional.⁽¹⁸⁾

4.5.1.2. Identificación de los factores de riesgo:

Los diferentes factores que pueden predisponer o precipitar a que una mujer experimente el debilitamiento de su suelo pélvico son:

- Embarazo y parto vaginal: se produce la distensión de los músculos y fascias pélvicas secundaria al peso del feto y la acción hormonal.
- Menopausia: la deprivación hormonal propia de esta etapa vital provoca la pérdida de la flexibilidad de la musculatura pélvica.
- Estreñimiento crónico: los grandes esfuerzos defecatorios provocan el aumento de la presión intraabdominal.
- Obesidad: el suelo pélvico debe soportar un elevado peso por lo que se va debilitando.
- Práctica de deportes de impacto: ocasionan el aumento de la presión intraabdominal
- Bronquitis crónica: los episodios de tos crónica pueden llegar a debilitar el suelo pélvico dado al aumento de la presión intraabdominal que generan.
- Hábitos cotidianos: retener orina, vestir prendas muy ajustadas, etc.

4.5.1.3. Identificación del grupo diana:

El presente programa de Promoción de la Salud del Suelo Pélvico está dirigido a aquellas alumnas de la Universidad Pública de Navarra que deseen participar de forma voluntaria en las sesiones.

Uno de los propósitos del Plan de Salud de Navarra para llegar mejor a la población y lograr las metas propuestas es establecer alianzas con diferentes colectivos de la sociedad. Una importante institución son las universidades.

La Universidad Pública de Navarra, UPNA, dentro de su Unidad de Acción Social, cuenta con el “Plan de Universidad Saludable” que trata de dar respuesta a las necesidades de salud de la comunidad universitaria. Pretende generar bienestar, calidad de vida y salud potenciando los recursos positivos de las personas y los grupos y fomentar la participación del alumnado y profesorado, en acciones de promotoras de salud. Este Plan se encuentra enmarcado dentro del Acuerdo Marco de Colaboración firmado entre la UPNA y el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra.

Desde que se implantó este Plan en 2005, se han venido realizando múltiples actividades y acciones de sensibilización que se organizan en torno a cuatro ejes de intervención:

- Mejora del entorno universitario físico y psicosocial (espacios sin humo, oferta de menús saludables en los comedores, espacios saludables seguros, etc.).
- Currículos e investigación relacionados con la promoción de la salud.
- Oferta de servicios relacionados con la promoción de la salud.
- Formar, informar y educar a los diferentes colectivos que conforman la Comunidad Universitaria en el desarrollo de estilos de vida más sanos.

A partir del “Plan de Universidad Saludable” se ha puesto en marcha el proyecto “Gela Saludable” que busca fomentar la participación de los estudiantes a través de la creación de un espacio presencial y virtual. En este proyecto, a través de formatos atractivos y que se adaptan a los nuevos canales de comunicación, se realizan talleres de promoción de la salud en relación con los siguientes temas:

- Crecimiento y desarrollo personal.
- Educación afectivo-sexual.
- Prevención de la violencia de género.
- Consumo de sustancias. ⁽³²⁾

Las universidades son entornos en los que se da la interacción de factores ambientales, organizativos y personales que afectan a la salud y al bienestar. Su papel como agente promotor de salud, bienestar y calidad de vida de sus estudiantes, su personal y de la sociedad en conjunto, resulta por tanto primordial.

El entorno universitario ofrece una gran oportunidad de acceder al sector femenino más joven de la sociedad y dar a conocer el grupo de estructuras musculares y aponeuróticas que constituyen el suelo pélvico y de las que, en muchos casos, no se tiene consciencia hasta que se vive la primera gestación, se llega a la menopausia o se sufre el propio trastorno del suelo pélvico.

Dado que procesos biológicos inherentes al ser humano como el embarazo, la menopausia o el simple paso de los años y determinados estilos de vida contribuyen a la debilitación del suelo pélvico, será importante concienciar y enseñar a las mujeres cómo fortalecerlo desde edades lo más tempranas posible.

4.5.2. Programación de las actividades.

4.5.2.1. Grupo diana:

Mujeres que formen parte de la comunidad universitaria de la UPNA durante el curso 2015-2016.

4.5.2.2. Objetivos

- ❖ Principal: Prevenir las disfunciones del suelo pélvico de las mujeres estudiantes de la Universidad Pública de Navarra.
- ❖ Secundarios:
 1. Informar acerca de qué es el suelo pélvico y sus componentes.
 2. Dar a conocer los principales trastornos del suelo pélvico.
 3. Explicar cuáles son los factores de riesgo para desarrollar alguna disfunción pélvica.
 4. Enseñar estrategias para su prevención.

4.5.2.3. Contenidos programa

- Tema 1: ¿Qué es el Suelo Pélvico?
- Tema 2: Trastornos del suelo pélvico.
 - Los principales trastornos y su incidencia.
 - Disfunción pélvica y calidad de vida.
- Tema 3: Factores debilitadores de la musculatura pélvica.
- Tema 4: Prevención de las disfunciones del suelo pélvico.
 - Estilos de vida.
 - Ejercicios de Kegel.
 - Gimnasia abdominal hipopresiva.
 - Dispositivos que contribuyen a ejercitar la musculatura pélvica.
 - Otras técnicas: la electroestimulación.

4.5.2.4. Metodología

La difusión del taller en la comunidad universitaria se realizará a través de la elaboración de un cartel informativo (Anexo 2) que será publicado a través de un anuncio dentro de la plataforma virtual de la UPNA "Mi Aulario". También se colocarán carteles en formato físico en los tabloneros de anuncios de los campus de Arrosadía, Ciencias de la Salud y Tudela.

El proyecto será repartido en dos sesiones que se celebrarán en dos días de la misma semana. La primera de ellas se basará principalmente en la impartición de los contenidos más teóricos mientras que en la segunda se enseñarán las tablas de ejercicios para trabajar la musculatura pélvica.

➤ Sesión 1:

En ella se abordará qué es el suelo pélvico, sus principales trastornos y repercusión de los mismos, factores de riesgo de debilitamiento de la musculatura pélvica y se comenzará a hablar sobre cómo prevenirlos a través de los estilos de vida.

Al comienzo de la sesión se indagará acerca de qué es lo que conocen las asistentes sobre el suelo pélvico. Para ello se llevará a cabo una tormenta de ideas en la que las participantes deberán expresar en una idea lo que para ellas supone este concepto. Esto nos permitirá conocer cuál es el punto del que partimos y así poder, en cierta medida, adaptar la sesión a las necesidades del grupo.

Dado que los contenidos son meramente conocimientos teóricos, la técnica empleada para su transmisión será la exposición con discusión con la ayuda de una presentación power point. Además se utilizará una maqueta a escala real de las estructuras pélvicas femeninas con el objetivo de facilitar que las participantes sean capaces de localizar las estructuras pélvicas y comprendan su importante función de soporte.

Los temas serán expuestos teniendo en cuenta la situación y necesidades de las asistentes y se dará en todo momento la opción de que expresen dudas o proponer cuestiones para debatir.

Para culminar la jornada se realizará una breve síntesis de lo que en ella se ha tratado y se preguntará a las asistentes si existe alguna cuestión que no les haya quedado clara o que quieran que sea tratada en el próximo encuentro. También se explicaran brevemente los temas que se presentarán en la siguiente sesión y se aconsejará a las participantes que acudan con ropa cómoda.

➤ Sesión 2:

Para comenzar con el segundo encuentro se comenzará con un breve repaso de lo tratado con anterioridad.

En esta sesión se abordarán principalmente dos modalidades de ejercicios para trabajar la musculatura pélvica (ejercicios de Kegel y gimnasia abdominal hipopresiva) y para ello la técnica utilizada será la demostración con entrenamiento. Los ejercicios irán siendo explicados y llevados a cabo de forma simultánea para que a continuación el grupo lo realice bajo monitorización.

Una vez enseñadas las tablas de ejercicios se pasará a hablar de los diferentes dispositivos que existen para ayudar a fortalecer la musculatura pélvica (bolas chinas, pesas y conos vaginales, etc.). Para ello se empleará como apoyo una presentación power point y los propios dispositivos que las asistentes podrán tener en sus manos a modo de muestra.

Para concluir el taller, las participantes recibirán un tríptico (Anexo 3) que recogerá un breve resumen de las sesiones y las pautas de realización de los ejercicios de fortalecimiento pélvico. El objetivo de la dispensación de este material es garantizar que

las mujeres puedan consultar y llevar a cabo las tablas de ejercicios en cualquier momento.

4.5.2.5. Cronograma

Con el objetivo de dar a conocer el taller, con tres semanas de antelación a su impartición, se comenzará a anunciar a través de la plataforma virtual “Mi Aulario” y mediante la colocación de carteles en los tabloneros de anuncios de los campus de la UPNA situados en Pamplona.

El cierre del plazo de inscripción será una semana antes de la celebración de la primera jornada.

Las sesiones se impartirán en dos días alternos durante la misma semana. La duración de cada una de ellas será de 120 minutos y se celebrarán de las 17 a las 19 horas.

Tabla 3: Cronograma de implantación del taller. Elaboración propia.

MES X				
LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
Anuncio “Mi Aulario”	Colocación carteles			
	Fin plazo inscripción			
	Sesión 1		Sesión 2	

4.5.2.6. Lugar

El programa se desarrollará en el aula 026 que pertenece al departamento de Acción Social y que está situada en la planta baja del edificio central del campus de Arrosadía (edificio del aulario).

Se trata de una sala multiusos que, además de disponer de asientos y medios para realizar proyecciones, también cuenta con esterillas. De este modo los contenidos tanto teóricos como prácticos podrán ser impartidos en el mismo lugar sin necesidad de cambiar de espacio.

4.5.2.7. Agentes de salud

El abordaje de todas aquellas cuestiones que conciernen al suelo pélvico debe ser integral y realizarse en colaboración con otros sectores profesionales. De aquí nace la necesidad de que el equipo sea multidisciplinar para poder dar respuesta a las necesidades del grupo.

Dado que se trata de un taller de educación para la salud, su impartición correrá a cargo principalmente de un profesional de Enfermería, dentro de su rol promotor de la salud, en colaboración con un/a fisioterapeuta que se centrará en la enseñanza de las tablas de ejercicios.

4.5.2.8. Recursos

Con el objetivo de optimizar la experiencia de aprendizaje será necesario disponer de un equipo informático y su correspondiente proyector para presentar los contenidos con formato electrónico, tizas y una pizarra en la que poder ir anotando sobre la marcha ideas o conceptos, una maqueta a escala real de las estructuras pélvicas, muestras de dispositivos intravaginales que propician el fortalecimiento de la musculatura, esterillas en las que poder realizar los ejercicios y por último una serie de trípticos que resuman los contenidos del taller y que las mujeres se puedan llevar con ellas a casa para poder consultar en cualquier momento.

En la tabla 4 queda recogida de manera sintética la organización del taller.

4.5.3. Evaluación

Evaluar nuestro proyecto será un paso muy importante a llevar a cabo de cara a intervenciones futuras ya que nos permite conocer y reflexionar a cerca de la medida en que hemos alcanzado los objetivos previamente propuestos y si hemos cumplido o no las expectativas del grupo. Además podremos saber si ha sido correcta la elección del lugar en el que ha sido impartido el curso, los horarios, si hemos sabido transmitir nuestro mensaje, etc.

Conocer los puntos fuertes y débiles de nuestro trabajo será fundamental a la hora de diseñar futuros programas.

A las participantes se les proporcionará el siguiente formulario que deberán cumplimentar al finalizar el taller:

Cuestionario de evaluación del taller "Aprendo a cuidar mi suelo pélvico"					
Edad: _____	Titulación: _____		Curso: _____		
1. A continuación marque con una "x" aquella casilla que más se ajuste al enunciado de la izquierda. (1= muy mala, 5= muy buena).					
Opinión general del taller	1	2	3	4	5
Contenidos trabajados	1	2	3	4	5
Metodología empleada	1	2	3	4	5
Adecuación a tus expectativas	1	2	3	4	5
Utilidad para tu vida diaria	1	2	3	4	5
Tu implicación	1	2	3	4	5
Horarios	1	2	3	4	5
Aula de impartición	1	2	3	4	5
2. ¿Existe algún aspecto que cambiarías del taller?					
3. ¿Qué otros temas te hubiera gustado tratar?					
¡MUCHAS GRACIAS POR PARTICIPAR!					

Figura 4: Cuestionario de evaluación del taller para las asistentes. Elaboración propia.

Los agentes de salud también deberán cumplimentar un cuestionario de autoevaluación:

Cuestionario autoevaluación agentes de salud	
Realice una reflexión acerca de las siguientes cuestiones:	
1.	¿Las actividades han sido realizadas en la forma y tiempo previsto?
2.	¿Han sido útiles las técnicas utilizadas? ¿Se adecuaban al grupo? ¿Han sido presentadas y gestionadas de forma adecuada?
3.	¿Cómo ha sido el clima? (tipo de comunicación/ estilo personal/ técnicas de gestión)
4.	Aula de celebración del taller.
5.	Horario de las sesiones.
6.	Materiales utilizados.
Para finalizar, ¿existe alguna observación que te gustaría realizar?	

Figura 5: Cuestionario de autoevaluación del taller para los agentes de salud. Elaboración propia.

Tabla 4: Cuadro resumen de la organización del taller. Elaboración propia.

	Contenido	Agentes de salud	Cronograma	Lugar	Recursos
Sesión 1	<p>T.1: ¿Qué es el Suelo Pélvico?</p> <p>T.2: Trastornos del suelo pélvico.</p> <p>2.1. Los principales trastornos y su incidencia.</p> <p>2.2. Disfunción pélvica y calidad de vida.</p> <p>T.3: Factores debilitadores de la musculatura pélvica.</p> <p>T.4: Prevención de las disfunciones del suelo pélvico.</p> <p>4.1. Estilos de vida.</p>	Enfermera	Martes	Aula 026, campus Arrosadía	<ul style="list-style-type: none"> - Ordenador. - Equipo de proyección. - Pizarra y tizas - Maqueta estructuras pélvicas.
Sesión 2	<p>T.4: Prevención de las disfunciones del suelo pélvico.</p> <p>4.2. Estilos de vida.</p> <p>4.3. Ejercicios de Kegel.</p> <p>4.4. Gimnasia abdominal hipopresiva.</p> <p>4.5. Dispositivos que contribuyen a ejercitar la musculatura pélvica.</p> <p>4.6. Otras técnicas: la electroestimulación.</p>	Enfermera + Fisioterapeuta	Jueves	Aula 026, campus Arrosadía	<ul style="list-style-type: none"> - Ordenador. - Equipo de proyección. - Pizarra y tizas. - Esterillas. - Muestrario de dispositivos intravaginales. - Trípticos (anexo 3).

5. DISCUSIÓN

Con el paso de los años el deporte se ha convertido en una práctica muy habitual en las sociedades de hoy en día. Culturalmente se trataba de una actividad propia del género masculino pero cada vez son más las mujeres que lo practican. En el año 2005 el Ministerio de Educación Cultura y Deporte realizó un estudio sobre las prácticas deportivas de la población española. En él se refleja el aumento del número de personas que realizan deporte, siendo más notable en el caso de las mujeres, especialmente entre los 15 y 35 años.

En cuanto a comunidades, Navarra encabeza las lista nacional siendo su población la más activa (45%).⁽³³⁾

Actualmente, más de la mitad de los estudiantes matriculados en la UPNA pertenecen al sexo femenino. La práctica de actividad física entre ellas se está haciendo cada vez más frecuente. Entre los deportes más populares se encuentran el aeróbic y clases de baile que derivan de él o la carrera a pie. Una característica común a todos ellos es que se trata de deportes de impacto y que por tanto contribuyen a debilitar la musculatura pélvica. El desconocimiento de medidas para prevenir esta pérdida de tono muscular propiciará el desarrollo de disfunciones del suelo pélvico. Los sectores femeninos más jóvenes ven estos acontecimientos como hechos propios de edades más avanzadas por lo que no le otorgan la importancia que realmente merece.

A pesar de ello, está aumentando la concienciación en cuanto a este tema. Esto se refleja en que cada vez son más los centros que ofertan servicios de rehabilitación pélvica. Navarra cuenta desde el año 2008 con un centro especializado en la recuperación funcional pélvica que se centra en el tratamiento de la incontinencia urinaria y resto de patologías de esta índole.

El alcance en cifras de los trastornos del suelo pélvico es muy difícil de conocer dada la tendencia poblacional a su ocultamiento.

Existen numerosos estigmas asociados a estas patologías que provocan que las personas afectadas tiendan a afrontar la situación aislándose socialmente. Estos cuadros son vistos como acontecimientos propios de edades avanzadas por lo que las mujeres jóvenes no piden ayuda por vergüenza, mientras que las más mayores no lo hacen por resignación.

Eltad et al. realizaron un estudio en 2008 acerca del estigma y la incontinencia urinaria. En él, recogen la concepción de “persona estigmatizada” de Goffman como individuo que posee un atributo que lo hace diferente del resto. Este es un tema de interés desde la perspectiva de la salud pública dado que está relacionado con peores resultados de salud además de ser un factor de riesgo de enfermedad por crear circunstancias estresantes y comprometer las habilidades personales para lidiar con estas circunstancias. El estigma está también relacionado con la reducción de la autoestima y la calidad de vida y causar depresión, ansiedad y situaciones de discriminación social.

En el estudio nombrado anteriormente tratan de mostrar las distintas percepciones de las personas que padecen IU, dentro de una comunidad norteamericana, en función de su etnia (raza blanca, hispanos, afroamericanos) y sexo. Hombres y mujeres perciben de

forma distinta los síntomas urinarios. En cuanto a la etnia, las personas hispanas son las que presentan una mayor tendencia a ocultar su IU y los síntomas relacionados.⁽³⁴⁾

La forma en la que las personas y sociedades de países en vías de desarrollo se enfrentan a cualquiera de las disfunciones pélvicas, es mucho más radical. Amnistía internacional ha sacado a la luz la lucha existente actualmente en Nepal por el derecho de las mujeres a contar con medidas para prevenir y tratar los prolapsos uterinos. Las mujeres nepalés llevan esta patología en silencio llegando a introducirse objetos como piedras o brazaletes para impedir la salida del útero. La gente local considera normal el estado de las mujeres con prolapso uterino tras dar a luz y que tengan que soportar los dolores y dolencias que ello implica. Los casos detectados son percibidos en consultas médicas pedidas por motivos muy distintos como puede ser un dolor de espalda. Esta situación llega a afectar a mujeres desde los 20-21 años de edad.⁽³⁵⁾

Por su lado, Médicos sin Fronteras habla de los alrededor de dos millones de mujeres, mayoritariamente africanas, que viven en situación de exclusión social como consecuencia de sufrir incontinencia fecal y/o urinaria. Estos cuadros son consecuencia de las denominadas fístulas obstétricas. La fístula obstétrica es una de las consecuencias más graves de un parto obstruido (la pelvis femenina no es lo suficientemente ancha como para permitir el paso del bebé) y ocurre cuando la cabeza del recién nacido comprime los tejidos blandos. La falta de flujo sanguíneo causa la muerte o necrosis del tejido, haciendo un agujero entre la vagina y el uréter, la vagina y el recto, o ambos. Esto provoca a su vez incontinencia urinaria y/o fecal. Las mujeres con fístula viven avergonzadas y son rechazadas por sus familias y comunidades.⁽³⁶⁾

Existe la necesidad de que los agentes de salud, especialmente enfermeras y fisioterapeutas, derriben los estigmas y la barrera de la vergüenza creando conciencia y aportando conocimiento sobre la prevención y posibilidades de curación. Esto es necesario para mejorar la calidad de vida de las mujeres y contribuir a un mejor desenvolvimiento en el trabajo y la sociedad.⁽¹⁸⁾

6. CONCLUSIONES

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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. Las universidades son entornos muy favorables para ello.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Agencia nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. Libro Blanco del Título de Grado de Enfermería. Madrid: ANECA; 2004.
2. Servicio de Investigación, Innovación y Formación Sanitaria, Departamento de Salud. Plan de Salud de Navarra 2014-2020. Gobierno de Navarra.
3. García Galvez G, Cantero Cid R. Unidad de suelo pélvico. *Clínicas Urol Complut.* 2000;8:779-91.
4. Carrillo K, Sanguinetti A. Anatomía del Piso Pélvico. *Rev Med Clin Condes.* 2013;24(2):185-9.
5. Bankowski B, Hearne A, Lambrou N, Fox H, Wallach E. John Hopkins. Ginecología y obstetricia. 2ª ed. Madrid: Marbarán; 2005.
6. Yount S. The Impact of Pelvic Floor Disorders and Pelvic Surgery on Women's Sexual Satisfaction and Function. *J Midwifery Woman's Health.* 2013;58(5):538-45.
7. Bard Inc. Una visión general acerca del prolapso de órganos pélvicos. Bard; 2011.
8. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Urinary Incontinence [Internet]. 2011. Recuperado a partir de: <http://www.acog.org/Patients/FAQs/Urinary-Incontinence>
9. Muñoz Yagüe T. Incontinencia fecal y anal. *Rev Esp Enfermedades Dig.* 2006;98(6):476-476.
10. Martí-Ragué Y. Trastornos del Suelo Pélvico. *Cir Esp.* 2005;77(5):257-7.
11. Sección de Promoción de Salud I de SP. Manual de Educación para la Salud. Gobierno de Navarra; 2006.
12. Salinas Casado J, Díaz Rodríguez A, Brenes Bermudez F, Cancelo Hidalgo MJ, Cuenllas Díaz A, Verdejo Bravo C. Prevalencia de la incontinencia urinaria en España. *UROD A.* 2010;23(1):52-66.
13. Suarez G, et al. Prevalencia de Incontinencia Urinaria en la Mujer Deportista. Pontevedra, España; 2012 [internet]. Recuperado a partir de: <http://altorendimiento.com/prevalencia-de-incontinencia-urinaria-en-la-mujer-deportista/>
14. Bø K. Urinary incontinence, pelvic floor dysfunction, exercise and sport. *Sports Med Auckl NZ.* 2004;34(7):451-64.

15. Ballester A, Mínguez M, Herreros B, Hernández V, Sanchiz V, Benages A. Prevalencia de la incontinencia anal y urinaria silentes en mujeres de la ciudad de Teruel. *Rev Esp Enf Dig.* 2005;97:78-86.
16. Lacima G, Espuña M. Patología del suelo pélvico. *Gastroenterol Hepatol.* 2008;31(9):587-95.
17. Martínez Córcoles B, Salinas Sánchez AS, Giménez Bachs JM, Donate Moreno MJ, Pastor Navarro H, Virseda Rodríguez JA. Calidad de vida en las pacientes con incontinencia urinaria. *Actas Urol Esp.* 2008;32(2):202-10.
18. Margalith I, Gillon G, Gordon D. Urinary incontinence in women under 65: quality of life, stress related to incontinence and patterns of seeking health care. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil.* 2004;13(8):1381-90.
19. Ciriza de los Ríos C, Ruiz de León A, García Durán F, Tomás Moros E, Carneros Martín JA, Muñoz Yagüe T, et al. Calidad de vida en pacientes con incontinencia fecal y su relación con la gravedad de la misma. *Gastroenterol Hepatol.* 2010;33(9):621-8.
20. Lemos NL, Faria A, Lunardelli JL, Carramão S, Kamergordosky G, Korte J. What is the correlation between Pelvic Organ Prolapse and Quality of Life? Clinical validation of the Pelvic Organ Prolapse Quantification Index (POP-QI). *Pelviperiology.* 2010;29:7-10.
21. Flores C, Pizarro J. Calidad de vida en mujeres con alteraciones del piso pélvico: revisión de la literatura. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2012;77(3):175-82.
22. Pierce H, Perry L, Gallagher R, Chiarelli P. Pelvic floor health: a concept analysis. *J Adv Nurs.* 2015;
23. Marques A, Stothers L, Macnab A. The status of pelvic floor muscle training for women. *Can Urol Assoc J J Assoc Urol Can.* 2010;4(6):419-24.
24. Martín AIG, Cañas PDO, Moreno NC, Varela MM, Lluva CG. Reeducción del suelo pélvico. *Enfuro.* 2005;(94):19-22.
25. Cabañas Armesilla MD, Chapinal Andrés A. Revisión de los fundamentos teóricos de la gimnasia abdominal hipopresiva. *Apunts Med Esport.* 2014;49(182):59-66.
26. Rial T, Villanueva C, Fernandez I. Aproximación conceptual y metodológica al método hipopresivo. *EFdeportes.* 2011;(162).
27. Ibañez M. 'Juguetes' para fortalecer el suelo pélvico [Internet]. Centrada en ti. Recuperado a partir de: <https://centradaenti.es/juguetes-para-fortalecer-el-suelo-pelvico/>

28. Pena Outeiriño JM, Rodríguez Pérez AJ, Villodres Duarte A, Mármol Navarro S, Lozano Blasco JM. Tratamiento de la disfunción del suelo pélvico. *Actas Urol Esp.* 2007;31(7):719-31.
29. Torrisi G, Minini G, Bernasconi F, Perrone A, Trezza G, Guardabasso V, et al. A prospective study of pelvic floor dysfunctions related to delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2012;160(1):110-5.
30. Contreras Blancas V. El Consejo General de Enfermería reconoce las competencias enfermeras en la incontinencia urinaria y la disfunción del suelo pélvico [Internet]. Recuperado a partir de: <http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-de-prensa/noticias/item/6045-el-consejo-general-de-enfermería-reconoce-las-competencias-enfermeras-en-la-incontinencia-urinaria-y-la-disfunción-del-suelo-pélvico>
31. Colegio Profesional Fisioterapeutas Madrid. Cada vez más mujeres acuden a la fisioterapia para tratarse problemas de suelo pélvico [Internet]. Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Navarra. 2012. Recuperado a partir de: <http://www.cofn.net/ploert>
32. Universidad Pública de Navarra. II Plan Universidad Saludable 2011-2015. Gobierno de Navarra;
33. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, Gobierno de España. Las prácticas deportivas de la población española: deportes más practicados — Portal del Consejo Superior de Deportes [Internet]. 2008. Recuperado a partir de: <http://www.csd.gob.es/csd/sociedad/encuesta-de-habitos-deportivos/encuesta-de-habitos-deportivos-2005/3-las-practicas-deportivas-de-la-poblacion-espanola-deportes-mas-practicados>
34. Elstad EA, Taubenberger SP, Botelho EM, Tennstedt SL. Beyond incontinence: The stigma of other urinary symptoms. *J Adv Nurs.* 2010;66(11):2460-70.
35. Amnistía Internacional. Combatir el estigma, generar cambios | Amnistía Internacional [Internet]. 2014. Recuperado a partir de: <https://www.amnesty.org/es/articles/blogs/2014/03/challenging-stigma-creating-change/>
36. Médicos Sin Fronteras. Miles de mujeres viven marginadas a causa de la fístula obstétrica en África | MSF - Médicos Sin Fronteras [Internet]. 2014. Recuperado a partir de: <http://www.msf.es/noticia/2011/miles-mujeres-africanas-viven-marginadas-causa-fistula-obstetrica-una-enfermedad-preven>
37. Badia Llach X, Castro Díaz D, Conejero Sugrañes J. Validez del cuestionario King's Health para la evaluación de la calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria. *Med Clínica.* 2000;114(17):647-52.

8. ANEXOS

Anexo 1: Cuestionario King's Health. ⁽³⁷⁾

1. ¿Cómo describiría su estado de salud general en la actualidad?

Muy bueno

Bueno

Regular

Malo

Muy malo

2. ¿Hasta qué punto piensa que sus problemas urinarios afectan a su vida?

No, en absoluto

Un poco

Moderadamente

Mucho

A continuación aparecen algunas actividades diarias que pueden verse afectadas por problemas urinarios. ¿Hasta qué punto le afectan sus problemas urinarios?

Nos gustaría que contestara a todas las preguntas, pensando sólo en las 2 últimas semanas. Simplemente marque con una cruz el casillero que corresponda a su caso.

A. Limitaciones en sus actividades diarias:

3. ¿Hasta qué punto afectan sus problemas urinarios a las tareas domésticas (ej. limpiar, hacer la compra, pequeñas reparaciones, etc.)?

No, en absoluto

Un poco

Moderadamente

Mucho

4. ¿Sus problemas urinarios afectan a su trabajo o a sus actividades diarias normales fuera de casa?

No, en absoluto

Un poco

Moderadamente

Mucho

B. Limitaciones físicas y sociales:

5. ¿Sus problemas urinarios afectan a sus actividades físicas (ej. ir de paseo, correr, hacer deporte, gimnasia, etc.)?

No, en absoluto

Un poco

Moderadamente

Mucho

6. ¿Sus problemas urinarios afectan a su capacidad para desplazarse en autobús, coche, tren, avión, etc.?

No, en absoluto

Un poco

Moderadamente

Mucho

7. ¿Sus problemas urinarios limitan su vida social?

No, en absoluto

Un poco

Moderadamente

Mucho

8. ¿Sus problemas urinarios limitan su capacidad de ver o visitar a los amigos?

No, en absoluto

Un poco

Moderadamente

Mucho

C. Relaciones personales:

9. ¿Sus problemas urinarios afectan a su relación con su pareja?

No, en absoluto

Un poco

Moderadamente

Mucho

10. ¿Sus problemas urinarios afectan a su vida sexual?

No, en absoluto

Un poco

Moderadamente

Mucho

11. ¿Sus problemas urinarios afectan a su vida familiar?

No, en absoluto

Un poco

Moderadamente

Mucho

D. Emociones:

12. ¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse deprimido/a?

No, en absoluto

Un poco

Moderadamente

Mucho

13. ¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse preocupado/a o nervioso/a?

No, en absoluto

Un poco

Moderadamente

Mucho

14. ¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse mal consigo mismo/a?

No, en absoluto

Un poco

Moderadamente

Mucho

E. Sueño/energía:

15. ¿Sus problemas urinarios afectan a su sueño?

No, en absoluto

Un poco

Moderadamente

Mucho

16. ¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse agotado/a o cansado/a?

No, en absoluto

Un poco

Moderadamente

Mucho

F. ¿Con qué frecuencia se encuentra en las siguientes situaciones?:

17. ¿Lleva compresas/pañales para mantenerse seco/a?

Nunca

A veces

A menudo

Siempre

18. ¿Tiene usted cuidado con la cantidad de líquido que bebe?

Nunca

A veces

A menudo

Siempre

19. ¿Se cambia la ropa interior porque está mojado/a?

Nunca

A veces

A menudo

Siempre

20. ¿Está preocupado/a por si huele?

Nunca

A veces

A menudo

Siempre

21. ¿Se siente incómodo/a con los demás por sus problemas urinarios?

Nunca

A veces

A menudo

Siempre

Nos gustaría saber cuáles son sus problemas urinarios y hasta qué punto le afectan. De la lista siguiente elija sólo aquellos problemas que usted tenga en la actualidad y márquelos con una cruz, deje sin contestar los que no correspondan a su caso.

G. ¿Hasta qué punto le afecta?:

22. Frecuencia: ir al baño muy a menudo.

Un poco

- Moderadamente
- Mucho
23. Nicturia: levantarse durante la noche para orinar.
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho
24. Urgencia: un fuerte deseo de orinar difícil de controlar.
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho
25. Incontinencia por urgencia: escape de orina asociado a un fuerte deseo de orinar.
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho
26. Incontinencia por esfuerzo: escape de orina por actividad física (ej. toser, estornudar, correr, etc.).
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho
27. Enuresis nocturna: mojar la cama durante la noche.
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho
28. Incontinencia en el acto sexual: escape de orina durante el acto sexual (coito).
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho
29. Infecciones frecuentes en las vías urinarias:
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho
30. Dolor en la vejiga:
- Un poco
- Moderadamente

- Mucho
31. Dificultad al orinar:
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho
32. Otro problema urinario (especifique):
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho

Por favor, compruebe que ha contestado a todas las preguntas. ¡Muchas gracias!

Anexo 2: Cartel para el anuncio del taller.

Fuente: elaboración propia.



Gela Saludable

TALLER: APRENDO A CUIDAR MI SUELO PELVICO



Fuente: elaboración propia.

Los trastornos del suelo pélvico tienen un gran impacto sobre la población femenina en la sociedad actual. Sus repercusiones sobre la calidad de vida pueden llegar a ser muy negativas e incluso convertirse en factores incapacitantes.

En términos de prevalencia, costes e impacto en la calidad de vida de la mujer, la disfunción del suelo pélvico se ha reconocido como un problema muy importante de salud pública. Se estima que un tercio de la población femenina sufrirá alguno de estos problemas.



upna
Universidad
Pública de Navarra
Nafarroako
Unibertsitate Publikoa



Gela Saludable

**“CUIDO MI
SUELO
PÉLVICO”**



¿Qué es el Suelo Pélvico?

Se trata del conjunto de músculos, estructuras conectivas y ligamentos que se fijan a la pelvis ósea comportándose como una hamaca que da soporte y suspensión a los órganos abdominopélvicos.

¿Qué ocurre cuando se debilita?

El debilitamiento del suelo pélvico conlleva la aparición de los trastornos del suelo pélvico. De acuerdo a su incidencia los más importantes son:

- ✚ Incontinencia urinaria.
- ✚ Incontinencia fecal.
- ✚ Prolapso de los órganos pélvicos.

¿Cuáles son los factores de riesgo?

- ✚ Embarazo y parto vaginal.
- ✚ Menopausia.
- ✚ Estreñimiento crónico.
- ✚ Sobrepeso
- ✚ Deportes de impacto.
- ✚ Bronquitis crónica.
- ✚ Hábitos: prendas muy ajustadas, retener la orina, etc.

Prevención de la disfunción pélvica

Ejercicios de Kegel: consiste en realizar contracciones de la musculatura pélvica.

- Contracciones lentas: mantener la contracción al menos durante 5 segundos en series de 10.
- Contracciones rápidas: se deben realizar entre 2 y 3 series de 10 contracciones. Se realiza un mínimo de 2-3 series.

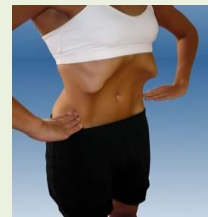
Se deben realizar diariamente combinando ambas modalidades en bipedestación, sedestación, supino, etc.

Gimnasia abdominal hipopresiva:

conjunto de técnicas posturales que ocasionan el descenso de la presión intraabdominal. Claves en su práctica:

1. Autoelongación.
2. Doble mentón (tracción de la coronilla hacia el techo).
3. Decoaptación de la articulación del hombro (abducción escapular)
4. Adelantar del eje de gravedad.
5. Apnea espiratoria
6. Respiración costodiafragmática.

Debe practicarse 2 veces por semana durante 20 minutos en las dos primeras semanas y tras ello 20 minutos diarios



Estilos de vida.

Las siguientes pautas también contribuyen a evitar el debilitamiento pélvico.

- Mantener un peso adecuado.
- Evitar realizar ejercicios de impacto.
- Disminuir la ingesta de xantinas (café, té) dada su acción diurética.
- Evitar el estreñimiento (alimentación rica en fibra, adecuada hidratación y realización de actividad física)

Dispositivos intravaginales.

De uso complementario a la realización de los ejercicios.

- Bolas chinas



- Conos vaginales



- Pesa vaginal

