

Módulo 1. Valoración abdomino pelviperineal en la mujer



☰ Unidad 1.1 ¿Qué es la rehabilitación del suelo pélvico o rehabilitación abdominopélvica?

☰ Referencias

☰ Descarga

Unidad 1.1 ¿Qué es la rehabilitación del suelo pélvico o rehabilitación abdominopélvica?

Es el conjunto de técnicas específicas conservadoras (no quirúrgicas) que se ocupan de tratar las disfunciones del suelo pélvico para la recuperación funcional de todo el CALPP (complejo abdomino lumbopélvico perineal). Tiene como objetivo conseguir la recuperación física, social y laboral del paciente.

Para hacer una correcta rehabilitación del suelo pélvico es indispensable una correcta valoración, que incluya los siguientes aspectos:

- Historia clínica/Anamnesis.
- Cuestionarios y pruebas complementarias.
- Exploración física e instrumental.
 - Evaluación postural.
 - Evaluación lumbopélvica.
 - Evaluación abdominal.

- Ambiente cálido y cercano.
- Informar y explicar:
 - Modelos anatómicos.
 - Láminas.
 - Dibujar.
- Animar a la intervención activa de la paciente.
- Acompañar.
- No protocolizar.

Historia clínica/Anamnesis

La historia clínica es un documento fundamental en el ámbito sanitario, que recoge toda la información relevante sobre el estado de salud de una paciente. En el contexto de la fisioterapia pélvica femenina, la historia clínica no solo ayuda a establecer un diagnóstico preciso, sino que también guía el plan de tratamiento y permite evaluar la evolución de la paciente. Su propósito es proporcionar una visión integral de la salud pélvica, identificar factores de riesgo y establecer objetivos terapéuticos personalizados.

Componentes de la historia clínica en salud pélvica femenina

1

Datos personales

- Nombre y apellido.
- Información de contacto.
- Edad/fecha de nacimiento. Este dato es importante, ya que el envejecimiento está asociado a un aumento progresivo de las DSP.
- Estado civil.
- Actividad laboral.
- Peso y talla. Esto es debido a que el IMC es un factor de riesgo a tener en cuenta en las DSP.

2

Motivo de consulta. En este apartado, se debe recopilar la información específica que llevó a la paciente a buscar ayuda relacionada con las disfunciones del suelo pélvico (DSP). Se debe incluir el tiempo de evolución de la disfunción y su severidad.

- Descripción detallada de los síntomas actuales.
 - Duración y frecuencia de los síntomas.
 - Factores que agravan o alivian los síntomas.
-

Antecedentes médicos y quirúrgicos.

- Enfermedades previas y actuales.
- Patologías neurológicas y/o con denervación muscular.
- Patologías respiratorias que provocan una hiperpresión intraabdominal de forma crónica, como puede ser la bronquitis crónica o las alergias.
- Patologías digestivas que cursen con estreñimiento crónico.
- Patologías psicológicas y/o psiquiátricas (Bustelo et al., 2004).
- Cirugías anteriores.
- Medicación actual (incluyendo dosis y frecuencia, considerando que algunos medicamentos pueden contribuir a las DSP o presentar efectos secundarios relacionados con los síntomas en suelo pélvico) y alergias (Bustelo et al., 2004).

Historia obstétrica y ginecológica.

- Historial obstétrico (Bustelo et al., 2004):
 - Número de embarazos y partos.

- Edad materna en el momento del parto.
- Tipo de parto (vaginal, cesárea, instrumental).
- Duración de las fases de dilatación y expulsivo.
- Desgarros o episiotomías perineales.
- Peso del bebé en el nacimiento.
- Episodios de incontinencia transitoria tras el parto.
- Complicaciones en el embarazo o parto.
- Historial ginecológico. Se debe preguntar si lleva las revisiones médicas al día.
 - Patologías y/o cirugías ginecológicas.
 - Historia menstrual (regularidad, dolor, etc.).
 - Uso de anticonceptivos y métodos de planificación familiar.

5

Hábitos y estilo de vida.

- Actividad física y ejercicio.
- Hábitos alimenticios.
- Consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias tóxicas.

- Consumo de café e ingesta de líquidos.
- Rutina de sueño y niveles de estrés.

6

Antecedentes familiares.

- Enfermedades hereditarias.
- Antecedentes familiares de problemas pélvicos o ginecológicos.

7

Pruebas complementarias. Deben ser aportadas por la paciente.

8

Exploración física.

- Anatómica y funcional.
- Dolor (localización, intensidad y características del dolor, impacto del dolor en la calidad de vida y AVD).

La información se recopila mediante una entrevista detallada (anamnesis) y la revisión de otros documentos médicos aportados por la paciente. Durante la anamnesis, se realiza una serie de preguntas a la paciente, destinadas a obtener información importante que permita establecer un diagnóstico preciso y planificar el tratamiento adecuado. Además, también puede ayudar a identificar factores de riesgo (red

flags), y/o convertirse en un método de prevención de futuras disfunciones.

Es fundamental establecer una comunicación abierta y honesta entre el profesional de la salud y la paciente, porque es necesario que la paciente proporcione información completa y precisa durante la anamnesis.

¿Por qué es importante la elaboración de una correcta historia clínica?

La historia clínica permite:

- Establecer un diagnóstico preciso.
- Diseñar un plan de tratamiento personalizado y eficaz.
- Monitorear la evolución de la paciente y ajustar el tratamiento según sea necesario.
- Facilitar la comunicación entre diferentes profesionales de la salud que atienden a la paciente.

La historia clínica es confidencial y está protegida por leyes de privacidad para garantizar la seguridad y privacidad de la información del paciente (LOPD).

Cabe destacar que durante la primera sesión de valoración, según la Ley 41/2002 del 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica publicada, es indispensable que la paciente firme un consentimiento informado. Dado que la fisioterapia del suelo pélvico puede implicar un abordaje terapéutico invasivo de carácter íntimo (durante la sesión se utilizan técnicas intracavitarias, es decir, intravaginales y/o anorrectales), se debe firmar uno específico de fisioterapia del suelo pélvico (Junquera, 2013).

Este documento garantiza que la paciente está plenamente informada y de acuerdo con el tratamiento que se le propone. Este consentimiento se basa en principios éticos y legales que protegen la autonomía del paciente y su derecho a participar activamente en las decisiones sobre su salud.

El consentimiento informado implica proporcionar a la paciente información clara y comprensible sobre su condición, las opciones de tratamiento disponibles, los posibles beneficios y riesgos asociados, y las implicaciones de no recibir tratamiento. Este proceso debe llevarse a cabo en un ambiente de respeto y confianza, donde la paciente se sienta cómoda para hacer preguntas y expresar sus inquietudes.

La fisioterapeuta debe disponer de toda la información clínica necesaria para realizar una correcta valoración y un proceso de razonamiento clínico que permita un diagnóstico adecuado.

Es importante destacar que el consentimiento no es un acto único, sino un proceso continuo que puede revisarse y actualizarse a medida que avanza el tratamiento o cambian las circunstancias clínicas. Además, es esencial documentar este consentimiento en la historia clínica del paciente, asegurando así la transparencia y la responsabilidad profesional.

La paciente debe informar a su fisioterapeuta, de forma verbal, que ha entendido toda la información recogida en dicho documento.

Ejemplo de historia clínica

Datos personales

Nombre y Apellidos:

Fecha de nacimiento:

Dirección:

Teléfono:

Motivo de la consulta

- Disfunción urinaria
 - IU esfuerzo • IU urgencia • IU mixta • IU deportiva

- IU de otro tipo Especificar:
- Sensación de vaciado incompleto • Sensación de goteo posmiccional
- Otro
- Disfunción coloproctológica
 - Incontinencia fecal • Incontinencia gases • Estreñimiento
 - Otra Especificar:
- Disfunción sexual
 - Dispareunia • Vaginismo • Alteración orgásmica
 - Otra. Especificar:
- Dolor pélvico
 - Localización (usar un body chart).
 - Intensidad (por ejemplo, según escala EVA).

Figura 2. Intensidad del dolor



Fuente: Fisiolive, 2017, <https://lc.cx/ZFhKvV>

- Duración:
- Factores desencadenantes:

Tiempo de evolución y severidad de la disfunción:

Antecedentes médicos (enfermedades y/o cirugías anteriores):

Antecedentes familiares:

Medicación actual:

Antecedentes uroginecológicos o coloproctológicos:

Historial obstétrico

- N.º, tipo y fechas de los partos:

Estilo de vida

- Actividad profesional:
- Actividad deportiva:
- Hábitos tóxicos:
- Ingesta de líquidos/día:

Preguntas para realizar a la paciente:

- ¿Pierde orina al toser, estornudar, reír, correr, saltar, levantar un peso, hacer un esfuerzo?
- ¿Pierde orina precedida de sensación repentina de ganas de orinar?
- ¿Pierde orina sin motivo aparente y de forma continua?
- ¿Pierde orina mientras duerme? ¿Le despiertan las ganas de orinar durante la noche?
- ¿Tiene deseo incontrolable de orinar?
- ¿Cada cuánto orina? ¿Orina muy frecuentemente? ¿Aguanta mucho las ganas de orinar?
- ¿Frecuencia de los escapes de orina? ¿Cantidad?
- ¿Usa algún sistema de protección (compresa, protector, pañal...)?
¿Cuántas veces lo debe cambiar?
- ¿Su problema miccional afecta a su vida diaria?

- ¿Tiene sensación de no haber vaciado por completo la vejiga después de orinar?
- ¿Le cuesta iniciar la micción?
- Si el flujo sale, ¿sale con menos fuerza o de forma intermitente?
- ¿Siente un bulto y/o peso en los genitales? ¿Tiene que retirarlo para orinar? (POP)
- ¿Tiene dolor en la zona abdominal baja si la vejiga está muy llena o al acabar de orinar? (Dolor vesical)
- ¿Siente algún tipo de dolor en pelvis, abdomen, lumbar o zona perineal?

Otras pruebas complementarias aportadas por la paciente:

- Pruebas urodinámicas.
- Cuestionarios.
- Diario miccional.

Exploración física (se debe incluir el body chart para marcar, por ejemplo, las zonas con dolor):

- Valoración postural y respiratoria.
- Valoración abdominal, lumbopélvica y perineal.

- Valoración instrumental.

Cuestionarios

Los cuestionarios que completa la paciente son una herramienta muy valiosa en la práctica clínica, ya que darán una perspectiva única sobre el impacto de la patología desde la experiencia de la propia paciente. Existen muchos formularios disponibles, pero debemos escoger aquellos que están validados y estandarizados, y que se ajustan mejor a los resultados que se desean obtener.

Según la sintomatología de la paciente, escogeremos el cuestionario que debe rellenar:

- Disfunción urinaria:
 - ICIQ-SF
 - CACV
 - Test Severidad Sandvik
 - King's Health Questionnaire
- Prolapso de órganos pélvicos:
 - ICIQ-VS
- Disfunción defecatoria:
 - Test de Wexner
- Disfunción sexual:
 - PISQ-IR
 - FSFI
- Dolor pélvico:

- Índice de Lattinen

Cuestionarios para disfunción urinaria

Disponemos de cuestionarios estandarizados que permiten determinar el tipo de incontinencia a partir de los síntomas, su gravedad y el grado de afectación de la calidad de vida. Además, cuando se usan estos cuestionarios en el seguimiento de la paciente, se vuelven útiles para valorar cambios en los síntomas o su gravedad en relación con el tratamiento establecido (Gren Jensen et al., s.f.).

- Cuestionario de la International Consultation on Incontinence (ICIQ-UI). También existe una versión corta: ICIQ-UI-SF
- Cuestionario de autoevaluación del control de la vejiga (CACV)
- Cuestionario de severidad de Sandvik
- King's Health Questionnaire

ICIQ-SF: se trata de un test autocumplimentado que fue diseñado por un comité de expertos de la ICIQ, e incluye todos los aspectos de la incontinencia. También, existe una versión corta (ICIQ-UI-SF), más útil para su uso en la práctica clínica diaria. Está validado en español, con una consistencia interna muy elevada y cercana a la del cuestionario original, por lo que resulta un instrumento muy útil en el seguimiento de pacientes antes y después de la aplicación de tratamientos para la

pacientes con síntomas de vejiga hiperactiva. Fue diseñado por un grupo europeo de expertos y ha sido validado en español. Es un cuestionario breve, solo consta de 8 ítems, de sencilla puntuación e interpretación, que se encuentran agrupados en dos escalas: síntomas y molestias. La puntuación en cada una de las dos escalas oscila entre 0 y 12 puntos (Gren Jensen et al., s.f.).

Cuestionario de autoevaluación del control de la vejiga

Por favor, anote el NÚMERO aplicable a su caso en las casillas indicadas por las flechas, teniendo en cuenta lo siguiente:

EN ABSOLUTO = 0

UN POCO = 1

BASTANTE = 2

MUCHO = 3

Síntomas

- **¿Le resulta difícil retener la orina cuando siente la necesidad urgente de orinar?**
- **¿Necesita ir al lavabo con demasiada frecuencia durante el día?**

- **¿Se despierta por la noche con la necesidad urgente de orinar?**
- **¿Tiene pérdidas de orina?**

Molestia

- **¿En qué medida le molesta?**

Ahora sume las puntuaciones de cada columna e introduzca los resultados en las casillas indicadas.

Cuestionario de severidad de Sandvik: es un cuestionario sencillo. Contiene dos únicas preguntas sobre la frecuencia y la cantidad de las pérdidas urinarias. Permite clasificar la incontinencia en leve, moderada, grave y muy grave en función de la puntuación final (Gren Jensen et al., s.f.).

Cuestionario de severidad de Sandvik

¿Con qué frecuencia se le escapa la orina?

- Menos de una vez al mes
- Algunas veces al mes
- Algunas veces a la semana
- Todos los días y/o noches

¿Qué cantidad de orina se le escapa cada vez?

- Gotas (muy poca cantidad)
- Chorro pequeño (una cantidad moderada)
- Mucha cantidad

El índice de gravedad se calcula multiplicando el resultado de las dos preguntas; después se categoriza de la siguiente forma: 1-2 leve, 3-6 moderada, 8-9 grave y 12 muy grave.

King's Health Questionnaire: se trata de un cuestionario autoadministrado que evalúa la calidad de vida en las mujeres con incontinencia. Consta de 21 ítems distribuidos en 9 dimensiones. Estos valoran desde la percepción del estado de salud general y la afectación por problemas urinarios hasta cómo limitan las actividades cotidianas, sociales, físicas, personales o emocionales. Este instrumento, que también ha sido validado en español, ha demostrado ser adecuado y fiable para evaluar la calidad de vida de mujeres con diferentes tipos de incontinencia. Sin embargo, en la práctica diaria resulta menos útil, debido a que es más extenso que los otros (Gren Jensen et al., s.f.).

Figura 4. King's Health Questionnaire

1. ¿Cómo definiría su estado de salud?

Muy bueno
 Bueno
 Regular
 Malo
 Muy malo

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

En absoluto
 Un poco
 Moderadamente
 Mucho

3. Nos gustaría saber cuáles son sus problemas urinarios y hasta qué punto le afectan. De la lista siguiente elija SOLO AQUELLOS PROBLEMAS que usted tenga en la actualidad. DEJE DE CONTESTAR los que no corresponden a su caso.

	Un poco	Moderadamente	Mucho
FRECUENCIA: Ir al baño muy a menudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NOCTURIA: Levantarse por la noche para orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
URGENCIA: Un fuerte deseo de orinar difícil de controlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INCONTINENCIA POR URGENCIA: Escape de orina asociado a un fuerte deseo de orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENURESID: Mojar la cama durante la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INCONTINENCIA EN EL ACTO SEXUAL: Escape de orina durante el acto sexual (coito)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INFECCIONES FRECUENTES en las vías urinarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DOLOR EN LA VESIGA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIFICULTAD AL ORINAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTRO PROBLEMA URINARIO (ESPECIFIQUE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. A continuación aparecen algunas actividades que pueden verse afectadas por problemas urinarios. ¿Hasta qué punto le afectan sus problemas urinarios? Nos gustaría que contestara a todas las preguntas. Simplemente marque con una cruz el círculo que corresponde en cada caso.

LIMITACIONES EN ACTIVIDADES DIARIAS	No, en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho
Tareas diarias (limpiar, compra...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajo fuera de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LIMITACIONES FÍSICAS Y SOCIALES				
Paseos, deporte, gimnasia...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad de viajar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vida social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visitar amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RELACIONES PERSONALES				
Relaciones con su pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vida sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vida familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EROCIONES				
¿Le hace sentirse deprimida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le hace sentirse angustiada o nerviosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le hace sentirse mal consigo misma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SUENO Y ENERGÍA				
¿Altera su sueño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le hace sentirse agotada o cansada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fuente: Badía Llach et al., 2000, https://lc.cx/6A4F_v

ICIQ-VS: es un cuestionario que permite evaluar los síntomas vaginales tanto del prolapso como de la disfunción sexual asociada, y el impacto que tienen en la calidad de vida (CdV) (Price et al., 2006). Se utiliza en la investigación y la práctica clínica en todo el mundo. Está compuesto por 14 ítems:

- Dolor abdominal persistente.
- Dolor vaginal.
- Reducción de la sensibilidad alrededor de la vagina.
- Vagina demasiado floja/laxa.
- Bulto que desciende en la vagina.

- Bultito que sale de la vagina.
- Sequedad vaginal.
- Digitación para defecar.
- Vagina cerrada/apretada.
- Vida sexual actual.
- Preocupación sobre cómo la vagina afecta a la vida sexual.
- Relación.
- Vida sexual arruinada/dañada.
- Impacto general en la vida cotidiana.

Figura 5. ICIQ-VS

Initial number

ICIQ-VS 10/05

CONFIDENTIAL

VAGINAL SYMPTOMS QUESTIONNAIRE

Many people experience vaginal symptoms some of the time. We are trying to find out how many people experience vaginal symptoms, and how much they bother them. We would be grateful if you could answer the following questions, thinking about how you have been, on average, over the PAST FOUR WEEKS.

Please write in today's date:

DAY MONTH YEAR

Please write in your date of birth:

DAY MONTH YEAR

Vaginal symptoms

1a. Are you aware of dragging pain in your lower abdomen?

never 0
 occasionally 1
 sometimes 2
 most of the time 3
 all of the time 4

1b. How much does this bother you?
 Please ring a number between 0 (not at all) and 10 (a great deal)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 not at all a great deal

2a. Are you aware of soreness in your vagina?

never 0
 occasionally 1
 sometimes 2
 most of the time 3
 all of the time 4

2b. How much does this bother you?
 Please ring a number between 0 (not at all) and 10 (a great deal)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 not at all a great deal

Test de Wexner: en 1993, Wexner et al. desarrollaron la primera escala de incontinencia fecal que incorpora el impacto en actividades de la vida diaria. En la actualidad, es la más utilizada y validada en diversas poblaciones. Esta escala investiga, a partir de un cuestionario, si el paciente ha presentado pérdida no controlada de gas, deposiciones líquidas y sólidas, y si ha requerido el uso de contenciones físicas, tales como apósitos o pañales. Además, indaga en el impacto que presenta en la calidad de vida y en la vida sexual (Flández y Monrroy, 2016). El puntaje mínimo es 0, que significa “continencia perfecta”. Tiene un máximo de 20 puntos, que se traduce en “totalmente incontinente”. La graduación determina tres categorías que permiten objetivar el grado de IF (leve, moderada y grave) y definir si el paciente requiere manejo rehabilitador o quirúrgico. También compara los resultados de la intervención elegida.

Figura 6. Test de Wexner

Tipo de fuga	Nunca	Rara (< 1 vez/mes)	Algunas veces (> 1 vez/mes y < 1 vez/semana)	Generalmente (> 1 vez/semana y < 1 vez/día)	Siempre (> 1 vez/día)
Sólidos	0	1	2	3	4
Líquidos	0	1	2	3	4
Gas	0	1	2	3	4
Uso de apósitos	0	1	2	3	4
Alteración del estilo de vida	0	1	2	3	4

PISQ-IR: evalúa la función sexual en mujeres con IU y/o POP. Consta de varias preguntas que abordan diferentes dimensiones de la vida sexual, incluyendo:

- Interés sexual: frecuencia y deseo de actividad sexual.
- Satisfacción sexual: grado de satisfacción con la vida sexual actual.
- Disfunción sexual: presencia de dificultades durante la actividad sexual, como dolor o incomodidad.

Figura 7. PSIQ-IR

PISQ-IR
Función sexual de las mujeres con: prolapso de órganos
pélvicos (POP), Incontinencia urinaria y/ o fecal

FSFI: es un cuestionario autoinformado de 19 preguntas, diseñado para medir el funcionamiento sexual en mujeres. Evalúa seis dominios de la función sexual: deseo sexual, excitación sexual, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor (es decir, dolor asociado con la penetración vaginal).

A continuación, se puede encontrar la versión española del cuestionario FSFI: <https://lc.cx/lhcpII>

Índice de Lattinen: evalúa la intensidad y frecuencia del dolor, así como el consumo de analgésicos, grado de incapacidad y horas de sueño.

Figura 10. Índice de Lattinen

FECHA / /		
Intensidad del dolor	Nulo	0
	Ligero	1
	Molesto	2
	Intenso	3
	Intolerable	4
Frecuencia del dolor	No	0
	Raramente	1
	Frecuente	2
	Muy frecuente	3
	Constante	4
Consumo de analgésicos	No toma analgésicos	0
	Ocasionalmente	1
	Regular y pocos	2
	Regular y muchos	3
	Muchísimos	4
Incapacidad	No	0
	Ligera	1
	Moderada	2
	Ayuda necesaria	3
	Total	4
Horas de sueño	Como siempre	0
	Algo peor de lo habitual	1
	Se despierta frecuentemente	2
	Menos de 4 horas	3
	Precisa hipnóticos	+1
TOTAL:		

Diario miccional

Un diario miccional es un registro detallado de los patrones de micción de una persona a lo largo del día. Este tipo de diario se utiliza comúnmente en el campo de la urología y la fisioterapia pélvica para evaluar los problemas relacionados con la micción, como la incontinencia urinaria, la frecuencia urinaria, la urgencia urinaria, y otros trastornos del tracto urinario. Un diario miccional debe incluir información sobre:

- La hora y la cantidad de líquidos ingeridos.
- La hora y la cantidad de orina miccionada.
- La sensación de urgencia o dificultad para orinar.
- La presencia de pérdidas de orina o incontinencia.
- Cualquier sensación de dolor o malestar al orinar.
- Otros detalles relevantes, como la actividad realizada al momento de la pérdida miccional.

El propósito de mantener un diario miccional es recopilar datos precisos sobre los hábitos urinarios de una persona para identificar patrones, desencadenantes y posibles factores contribuyentes a los problemas urinarios. Esta información puede ser útil para el diagnóstico y el diseño

Test de la compresa (*pad test*)

Esta prueba pretende evaluar objetivamente el escape de orina. Para ello, primero se pesa la compresa, luego la paciente se la pone y la lleva durante 1 hora, 24 horas o incluso 72 horas, realizando en ese tiempo una actividad predeterminada o su actividad habitual. Luego, se le resta a la compresa usada su peso en seco, y la diferencia corresponde a la pérdida (1 g equivale a 1 ml de orina). Aunque es una prueba recomendada por diferentes sociedades científicas, sobre todo para la valoración de los resultados tras el tratamiento de una paciente incontinente, su utilidad en la práctica diaria es dudosa debido a su complejidad (Muñoz Muñoz et al., s.f.).

Figura 9. Test de la compresa

Instrucciones para el Test de la Compresa de 24 horas	
1.	Preguntar el número de absorbentes que utiliza habitualmente.
2.	Entregar a la paciente un número de compresas siempre superior al número que usa cada día.
3.	Cada compresa debe ir envasada en una bolsa individual rotulada con los datos de la paciente y el peso de la compresa en seco.
4.	El pesado se hace con una balanza electrónica homologada.
5.	Se entregan las compresas envasadas y etiquetadas y se dan las instrucciones por escrito.
6.	Se solicita a la paciente que realice el test el día anterior a su entrega. El pesado final se ha de realizar en las primeras 72 horas tras la recogida.
7.	Se anota en la hoja de la recogida de datos el peso antes y después de cada compresa, y la diferencia de peso.
8.	Se considera que el test es positivo si el peso diferencial total es igual o superior a 8 gramos.

Instrucciones para el Test de la Compresa de 24 horas			
Nombre:		nº HC:	Fecha:
INDICACIÓN:		<input type="checkbox"/> Evaluación pretratamiento <input type="checkbox"/> Evaluación posttratamiento <input type="checkbox"/> Discordancia clínica-urodinámica <input type="checkbox"/> Otra indicación	
Nº de compresa	Peso antes (g)	Peso después (g)	Diferencia de peso
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
TOTAL:			
Valoración final:		<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No valorable	

Fuente: Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, 2013, <https://lc.cx/yEpxg>

Otras pruebas y estudios (si la paciente los aporta)

Análisis de orina

El análisis del sedimento urinario debe realizarse en toda paciente con síntomas urinarios, con la finalidad de descartar la infección de orina y la hematuria. En caso de que exista infección, esta debe tratarse antes de proseguir con el estudio, ya que produce una sintomatología

irritativa miccional, incluida la incontinencia de urgencia, que podría desaparecer luego de resolverse la infección (Muñoz Muñiz et al., s.f.).

Estudios urodinámicos

Proporciona información sobre las dos fases del ciclo miccional, de llenado y de vaciado. Las pruebas urodinámicas pueden constar de flujometría, la cistomanometría y el perfil de la presión uretral (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2019).

- Flujometría: valora la relación volumen/tiempo de la micción espontánea. Detecta disfunciones de vaciado y tiene poco valor para el diagnóstico de la IU (Muñoz Muñiz et al., s.f.).
- Cistomanometría: valora la relación del volumen y la presión durante la fase de llenado y de vaciado. Existen dos tipos de cistomanometría (Muñoz Muñiz et al., s.f.):
 - De llenado: valora la sensibilidad, la capacidad, la acomodación de la vejiga (relación de volumen y la presión) y la actividad del detrusor (presencia o ausencia de contracciones involuntarias) durante la fase del llenado.
 - De vaciado (medida de presión-flujo durante la micción): estudia el comportamiento del detrusor durante la fase de vaciado. Permite diferenciar la disfunción de vaciado por una

obstrucción, de la disfunción de vaciado por una falta de actividad del detrusor. Cuando se realiza la cistomanometría de vaciado junto a la electromiografía se pueden diagnosticar las disfunciones vesico-esfinterianas (falta de relajación del esfínter uretral y los músculos del suelo pélvico durante la micción).

- Evaluación de la función uretral: su principal interés es identificar la IU de esfuerzo por disfunción uretral intrínseca (DUI) (Muñoz Muñoz et al., s.f.). Se puede evaluar mediante:
 - Perfil de presión uretral (PPU): es la curva que indica la presión intraluminal a lo largo de la longitud de la uretra.
 - Presión de pérdida con valsalva (PPV): es la presión intravesical a la que se produce escape por incremento de la presión abdominal en ausencia de contracción del detrusor (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2019).

Electromiografía

Es una técnica de diagnóstico que evalúa la actividad eléctrica de los músculos del suelo pélvico (Muñoz Muñoz et al., s.f.). Registra la actividad eléctrica motora de los músculos estriados del canal anal (esfínter anal externo y músculo puborrectal).

- En reposo.
- Durante una contracción voluntaria.
- Maniobras de defecación.
- Tos.

Permite detectar potenciales de denervación-reinervación, indicativos de lesión nerviosa.

Manometría anorrectal

La manometría anorrectal es una prueba que sirve para medir el funcionamiento de la parte final del intestino (recto y esfínter anal). Se utiliza comúnmente para investigar trastornos como la incontinencia fecal, el estreñimiento crónico, disfunciones del esfínter anal y enfermedades neurológicas que afectan la función intestinal (Crisa de los Ríos et al., 2018).

Se introduce un catéter delgado y flexible en el recto. Este catéter tiene sensores que miden la presión en diferentes puntos del canal anal y del recto. Durante el examen, se realizan diferentes mediciones:

- Presión de reposo: se mide la presión en reposo del esfínter anal.

- Reflejo de defecación: se evalúa la respuesta del recto al llenarse con agua o aire.
- Maniobras de esfuerzo: se pide a la paciente que realice esfuerzos para evaluar la función del esfínter anal.

Con los datos obtenidos, el especialista en gastroenterología o coloproctología puede determinar la fuerza y coordinación del esfínter anal, así como la sensibilidad rectal y la capacidad de retención (Crisa de los Ríos et al., 2018).

Pruebas de imagen

A través de la radiología, la ecografía y la resonancia magnética, se puede obtener una visualización completa del aparato urinario. Sin embargo, estas técnicas no se aconsejan como estudios diagnósticos iniciales para pacientes con vejiga hiperactiva sin complicaciones. Entre las tres modalidades de imagen, la ecografía se destaca como la más útil para evaluar a las pacientes con incontinencia que la requieran, debido a que es una prueba económica, inmediata, no invasiva, sin radiación y con amplia disponibilidad en las consultas de ginecología y urología (Muñoz Muñiz et al., s.f.).

Exploración física

Exploración general: valora el estado de salud de la mujer y los aspectos antropométricos (peso, talla, índice de masa corporal).

Dentro de la exploración física, realizaremos:

- Valoración postural.
- Valoración respiratoria.
- Valoración diafragmática.
- Valoración abdominal.
- Valoración de la DRA.
- Valorar las sinergias musculares y de activación.
- Valoración perineal.
- Valoración instrumental (si disponemos de la aparatología necesaria, siempre nos aportará más información).

Valoración postural

Consiste en analizar visual y/o instrumentalmente la alineación y la posición del cuerpo en reposo y en movimiento, con el objetivo de

identificar desajustes o alteraciones que puedan contribuir al dolor, disfunción o lesiones.

Se compone de:

- Observación visual: observaremos a la paciente de pie, sentada y en movimiento, buscando asimetrías, inclinaciones o deformidades.
- Identificación de desequilibrios: detectaremos desalineaciones o asimetrías en la postura que puedan afectar la función muscular y articular.
- Evaluación de la carga mecánica: observaremos cómo se distribuye el peso del cuerpo y cómo esto puede influir en la salud musculoesquelética, especialmente a nivel pélvico.
- Análisis en diferentes planos: valoraremos la postura en los planos frontal, sagital y transversal.
- Uso de herramientas: en algunos casos, se pueden utilizar herramientas como plomadas, escáneres 3D o fotografías para documentar la postura.
- Evaluación funcional: podemos realizar pruebas específicas para evaluar la movilidad, fuerza y estabilidad del paciente.

Se debe registrar toda la valoración postural correctamente documentada, por escrito o con fotografías (para poder hacer seguimiento y reevaluar).

Valoración respiratoria

La valoración respiratoria dentro de una exploración física en fisioterapia pélvica es muy importante, ya que, como hemos visto anteriormente, existe una estrecha relación entre la respiración y la función del suelo pélvico.

Es importante preguntar sobre hábitos respiratorios y cualquier otra dificultad respiratoria. Por ejemplo, si la mujer es fumadora o tiene alguna patología relacionada con el sistema respiratorio, o si siente que al realizar actividades físicas intensas en las que modifica la intensidad de la respiración hay cambios en sensaciones del suelo pélvico.

- Inspección visual del patrón respiratorio en diferentes posiciones (decúbito supino y bipedestación):
 - Observar cómo la respiración afecta la postura y la mecánica corporal.
 - Evaluar si hay tensión en el abdomen o en el suelo pélvico durante la respiración.

- Valoración manual y palpación:
 - Evaluar la expansión torácica y abdominal durante la respiración.

- Palpar el abdomen para identificar tensiones o restricciones que puedan influir en el suelo pélvico.
- Valorar si tiene un patrón respiratorio más clavicular, torácico, costal o abdominal.
- Evaluación funcional:
 - Observar cómo la respiración influye en ejercicios específicos del suelo pélvico, como contracciones y relajaciones y viceversa.
 - Evaluar la coordinación entre la respiración y la activación del suelo pélvico.

Valoración diafragmática

La valoración del diafragma está muy relacionada con la valoración respiratoria. Es muy importante valorar el tono de la musculatura del diafragma, ya que las hipertonías o retracciones musculares pueden provocar aumentos crónicos de la PIA (presión intraabdominal). Esto es un factor de riesgo para las disfunciones del suelo pélvico. Es una valoración subjetiva y se hace mediante palpación manual.

Figura 10. Valoración diafragmática



Fuente: Rebullido y Pinsach, 2016, <https://lc.cx/AfCqgz>

Valoración abdominal

La valoración abdominal también aportará mucha información sobre la funcionalidad de la faja abdominal.

- Hacer una inspección visual del abdomen:
 - Observar la forma y el contorno del abdomen.
 - Evaluar la postura y cualquier asimetría o distensión abdominal.

- Hacer una palpación de la musculatura abdominal:
 - Evaluar la tensión y la sensibilidad de los músculos abdominales.
 - Identificar áreas de hipertonía o hipotonía muscular.

- Valorar la capacidad de contracción de la musculatura profunda (sin activar musculatura superficial).
- Descartar hiperactividad de los oblicuos externos (que también \uparrow PIA).
- Observar si existe coactivación del transverso profundo del abdomen durante la activación del suelo pélvico, y viceversa. Esta evaluación debe ser realizada juntamente con la valoración intracavitaria del suelo pélvico.
- Test de la tos en bipedestación y decúbito supino (para valorar la competencia abdominal en esfuerzos y la respuesta del abdomen a los aumentos de PIA).
- Valoración funcional de la musculatura abdominal: evaluar cómo los movimientos funcionales (como sentarse o levantarse) afectan el suelo pélvico.
- Valorar diástasis abdominal (si existe, y en caso de que sí, su funcionalidad).

Figura 11. Valoración abdominal



Fuente: Rebullido y Pinsach, 2016, <https://lc.cx/AfCqgz>

Valoración de la diástasis *recti* (DRA)

- Colocar los dedos en la línea media del abdomen, justo por encima del ombligo. Pedir al paciente que realice un movimiento de crunch (flexión del tronco) para evaluar la separación de los rectos abdominales. Medir la distancia entre los bordes de los músculos rectos con una cinta métrica, con un calibre o con ecografía (normalmente, se considera diástasis si hay una separación de más de 2 cm) (van de Water y Benjamin, 2016).
- Se debe evaluar en diferentes puntos del abdomen (a nivel del ombligo y supra e infraumbilical).
- Valorar si aparece eventración o herniación al realizar el movimiento (en este caso, derivar al especialista pertinente para hacer una valoración más exhaustiva).

- Preguntar a la paciente si hay variación de síntomas a lo largo del día (hinchazón abdominal, dolor en algún punto del abdomen o a lo largo de la línea alba).

Figura 12. Valoración de la diástasis recti



Fuente: Rebullido y Pinsach, 2016, <https://lc.cx/AfCqgz>

Sinergias musculares y de activación

Es importante valorar que los músculos abdominales y del suelo pélvico se activan con un *timing* correcto. Idealmente, el transverso abdominal se debería activar de manera coordinada y simultánea con el suelo pélvico.

A nivel abdominal, existe un patrón de activación muscular óptimo (Teyhen et al., 2007):

1. El transverso abdominal se acorta y aumenta de grosor y forma un arco o corsé.
2. El oblicuo interno y el oblicuo externo se mantienen relativamente estables.
3. Se activan los rectos abdominales.
4. El esquema de activación debería ser simétrico.

Valoración perineal (tacto vaginal/rectal)

La exploración se realizará inicialmente en posición de litotomía, aunque en determinadas circunstancias, que se detallarán en el protocolo, puede ser aconsejable repetir la exploración en bipedestación.

Inspección vulvo-vaginal. Examen superficial: pelviano y vulvar

La primera parte del examen es una inspección visual de los genitales externos. Se podrá observar si existe o no atrofia genital, desgarros perineales, lesiones dermatológicas, úlceras, tumoraciones, prolapso de la mucosa uretral o divertículos uretrales, secreciones vaginales, así como el tamaño del hiato genital, longitud y estado del periné.

Se observará:

- Pubis (borde superior e inferior).
- Ramas isquípúbicas.
- Medición entre isquiones (>10 cm).
- Órganos externos: labios mayores y menores, prepucio de clítoris, horquilla vulvar, esfínter del ano, centro perineal (tono superficial, NFC periné).
- Apertura del introito vaginal: en condiciones normales, el introito vaginal se encuentra cerrado en el estado de reposo, con excepción de las mujeres multíparas que presentan una ligera apertura. Esta apertura puede clasificarse en tres grados, en función del diámetro del introito (ver tabla). Se considera una apertura normal cuando el diámetro del introito vaginal no supera los 25 mm. (cerrado, normal, abierto).

Figura 13. Clasificación de la apertura del introito vaginal

Tabla 2. *Clasificación de la apertura del introito vaginal*

Grado 1
Apertura de 22 a 25 mm
Grado 2
Apertura de 25 a 30 mm
Grado 3
Apertura superior a 35 mm

Fuente: Bustelo et al., 2004, <https://lc.cx/OT2TEa>

- Trofismo (color y lubricación de la mucosa), várices vulvares, hemorroides, cicatrices.
- Distancia ano-vulvar: mide la longitud del centro tendinoso del periné, punto de inserción de la musculatura perineal (normal 2.5-3,5 cm).
- Presencia visual de colpocelos (descensos o prolapsos de vísceras pélvicas).

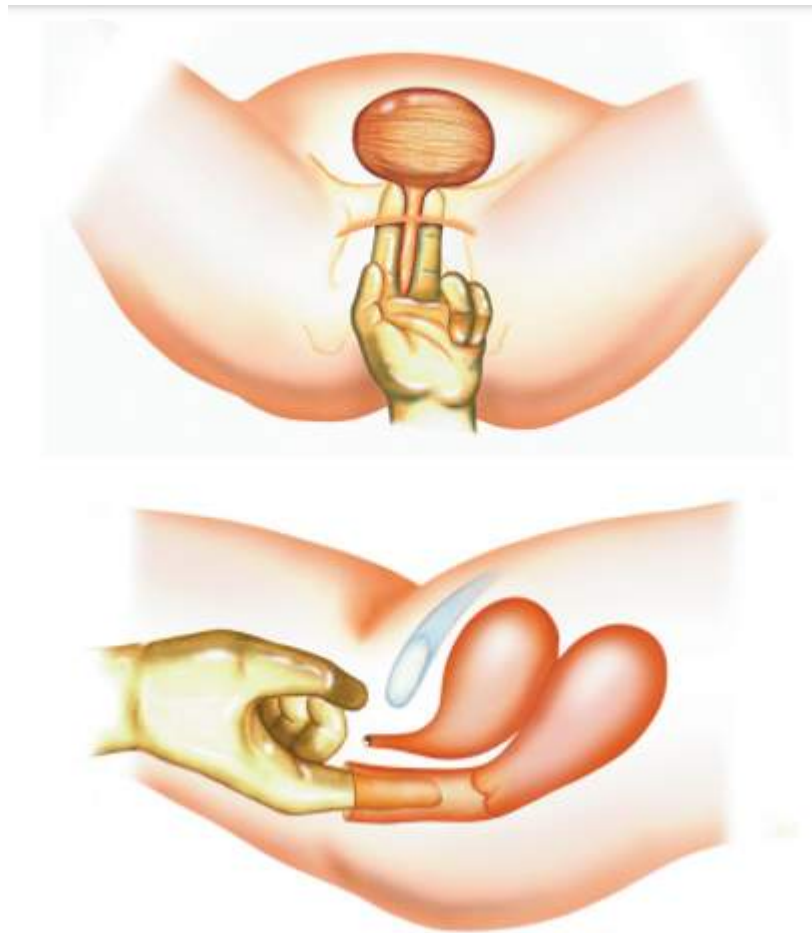
Examen vaginal intracavitario

- Valoración del tono global: compresión del núcleo central del periné (NCP) y tono global.

- Test de Oxford: durante el tacto vaginal, se pedirá a la paciente que contraiga la musculatura del suelo pélvico alrededor de los dedos. La intensidad de la contracción se evaluará con el test de Oxford, que va desde 0 (ausencia de contracción) a 5 (contracción fuerte). Además, el tacto vaginal podrá evaluar posibles defectos y asimetrías del elevador del ano. Asimismo, debe evaluarse la capacidad de relajación de la musculatura, para descartar una hipertonia del músculo elevador que puede cursar con dolor.
 - 1: inversión de la orden.
 - 0: no hay contracción.
 - 1: no se percibe la contracción, si cierta tensión.
 - 2: contracción débil con acortamiento muscular.
 - 3: contracción buena, no permite oposición.
 - 4: contracción buena, permite ligera oposición.
 - 5: contracción fuerte, permite fuerte oposición.
- Localización y valoración de la posición de las vísceras: pared anterior (uretra, ángulo uretrovesical, base vesical), pared lateral (fondos de la vagina, canal de Alcock), fondo (cuello y cuerpo uterino) y pared posterior (ampolla rectal).
- Valorar los POP: en reposo, en valsalva, en aspiración diafragmática y en *crunch* abdominal.
- Valoración: Test PERFECT (Laycock, 2002):

- P (*power*, fuerza): valoración 0-5 según escala de Oxford modificada.-
 - E (*endurance*, resistencia): tiempo que puede mantener la contracción máxima sin perder la fuerza.
 - R (*repeat*, repeticiones): número de repeticiones que puede hacer, considerando periodos de descanso entre contracción de 4 segundos o más. Fibras fásicas (Bustelo et al., 2004).
 - F (*fast*, Rápido): después de un descanso de al menos 1 minuto, se mide el número de contracciones que puede hacer seguidas. Fibras fásicas.
 - E (*every*): todas,
 - C (*contraction*): las contracciones,
 - T (*timed*): medidas.
- Test Bonney: sirve para evaluar la función del esfínter uretral y la capacidad de la vejiga para retener la orina. Ayuda a determinar si la incontinencia urinaria es de origen uretral o si hay otros factores en juego, como una hiperactividad vesical. La prueba se realiza con la paciente con la vejiga llena. Se observa si hay pérdida de orina al toser o realizar maniobras de esfuerzo durante el examen. Si hay pérdida de orina, puede indicar una disfunción del esfínter uretral. Deberíamos derivar al profesional médico especializado (urólogo).

Figura 14. Test Bonney



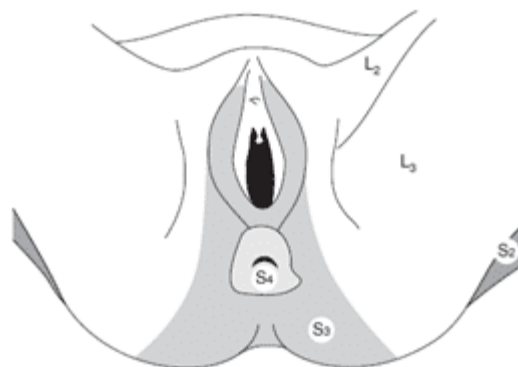
Fuente: Villar-Martín et al., s.f., <https://lc.cx/IdZhby>.

Examen neurológico

Nos informa de la función sensorial y motora, con una atención especial a los nervios de las raíces sacras (reflejos y sensibilidad cutánea, ya que en caso positivo será apropiada la aplicación de electroestimulación) (Bustelo et al., 2004).

- Sensibilidad (S3-S4): deslizar un bastoncillo de algodón por los dermatomas de S3 y S4 en busca de posibles regiones de hipoestesia o hiperestesia.
- Reflejo del clitoridiano (S3): la estimulación del clítoris con un simple bastoncillo de algodón, provoca en el 70% de los casos pequeñas contracciones visibles de los músculos bulbocavernosos e isquiocavernosos (Bustelo et al., 2004).
- Respuesta reflejo anal (S3-S4): realizando unos leves pinchazos o raspando en el margen anal. En condiciones normales, la musculatura esfinteriana del ano responde con una contracción refleja.
- Reflejo perineal a la tos (S3): observaremos una contracción del esfínter anal simultánea al gesto de la tos.
- Examen rectal (si es necesario).

Figura 15. Examen neurológico



Evaluación instrumental

Si disponemos de instrumental, es muy interesante completar la exploración física con los datos que nos puede aportar una valoración más objetiva con determinada aparatología. Esta evaluación tiene como ventaja que la podemos realizar no solo en la posición ginecológica, sino también en sedestación y bipedestación.

Biofeedback

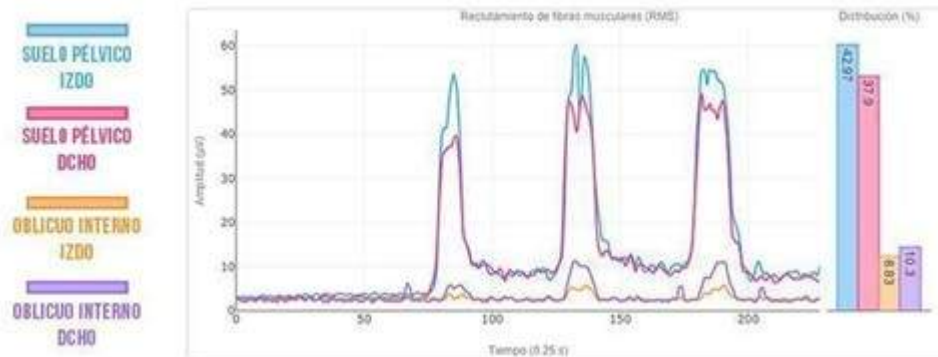
- BFB manométrico (perineómetro/peritron):
 - Mide la presión.
 - No distingue entre otros grupos musculares.
 - Se mide en mm de mercurio.
 - Tono óptimo= 33 mm de Hg.

Figura 16. BFB manométrico



- BFB electromiográfico:
 - Valora la actividad eléctrica de los músculos.
 - Se pueden medir uno o dos grupos musculares (incluso SP y abdomen a la vez).
 - Se puede medir con electrodos superficiales y/o intracavitarios.
 - Permite la valoración de asimetrías musculares.
 - Se puede usar con la paciente en diferentes posiciones, incluso en movimiento.
 - Electrodo de tierra o referencia.
 - Se mide en μv .
 - Tono óptimo: de 11 a 13 μv .

Figura 17. BFB electromiográfico



Fuente: MDurance, 2020, <https://lc.cx/zxjifH>

Ecografía

La ecografía es una herramienta no invasiva muy útil en la valoración del suelo pélvico, ya que permite obtener imágenes en tiempo real de la anatomía y función de esta región. En el campo de la fisioterapia pélvica, se utiliza el método RUSI (Rehabilitive Ultrasond Imaging), que permite una evaluación morfofuncional de los tejidos blandos en diversas pruebas, genera un biofeedback entre la paciente y el fisioterapeuta, y permite el estudio tanto estático como dinámico de la región abdomino pelvipereineal de la musculatura profunda y superficial. Además, se encuentra respaldado con evidencia científica (Whittaker et al. 2007).

Visualización anatómica, posición y función de los músculos del suelo pélvico y vísceras pélvicas. Por lo tanto, también nos ayudará a detectar una disfunción en alguna de estas estructuras (Bustelo et al., 2004).

- Valoración funcional:

- Permite evaluar la contracción y relajación de la musculatura del suelo pélvico en diferentes momentos (como la contracción voluntaria, durante la tos, valsalva u otro movimiento) (Bustelo et al., 2004).
- Dinámica de los órganos pélvicos: permite observar el comportamiento de la vejiga, útero y recto en diferentes momentos.
- Medición de parámetros específicos:
 - Permite ver el grosor muscular, por ejemplo, de la pared abdominal.
 - Permite valorar el llenado y vaciado vesical.
 - Permite hacer una valoración muy precisa de la DRA.
- Evaluación del POP.
- Actúa como *biofeedback*: permite a la paciente ver en tiempo real su actividad muscular, lo que puede ayudar a mejorar la conciencia corporal y facilitar el aprendizaje de técnicas de contracción y relajación.

Como único hándicap encontraríamos que el profesional que realiza la ecografía tiene que tener una formación específica en esta técnica. Y, aunque es una herramienta muy valiosa, debe ser utilizada en conjunto con otras evaluaciones clínicas para obtener un diagnóstico completo.

La ecografía en salud pélvica se realiza de tres formas:

- Transabdominal.
- Transperineal.
- Lumbar.

Establecimiento de objetivos terapéuticos

Una vez realizada la correcta valoración abdominopélvica, llega el momento de establecer objetivos terapéuticos para conseguir la rehabilitación completa de la paciente que presenta disfunción pélvica.

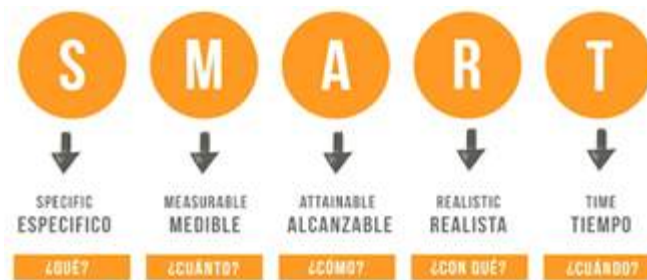
Estableceremos:

- Objetivos a corto plazo:
 - Alivio/disminución del dolor.
 - Mejora de la conciencia corporal y perineal.
 - Educación sanitaria de la paciente.
- Objetivos a mediano plazo:
 - Mejorar la fuerza y resistencia de la MSP.

- Mejorar la sinergia: lograr una correcta sincronización entre contracciones y relajaciones musculares.
- Objetivos a largo plazo
 - Control de la sintomatología a largo plazo, reducir o eliminar episodios de incontinencia, dolor u otros síntomas.
 - Mejora de la calidad de vida.
 - Prevención de recaídas (mantenimiento).

Metodología SMART

Figura 18. Metodología SMART



Fuente: Tropea, 2017, <https://lc.cx/YOw6a2>

Los objetivos deben ser:

- Específicos: objetivos claramente definidos y concretos.
- Medibles: para poder cuantificar el progreso.

- Alcanzables: objetivos realistas y factibles para la paciente.
- Relevantes: significativos para las necesidades de la paciente.
- Temporales: establecer un marco temporal definido para alcanzarlos.

Importante: se debe involucrar a la paciente en el proceso de establecimiento de objetivos, para asegurar que los objetivos sean relevantes y motivadores. Es necesario fomentar la comunicación abierta sobre expectativas y preocupaciones, y buscar la adherencia al tratamiento de la paciente.

Se deben realizar evaluaciones periódicas para medir el progreso hacia los objetivos establecidos y ajustar los objetivos, si es necesario, para adaptarnos a la evolución de la paciente.

CONTINUAR

Referencias

Alvergne, A., & Lummaa, V. (2010). Does the contraceptive pill alter mate choice in humans? *Trends in Ecology & Evolution*, 25(3), 171–179.

<https://doi.org/10.1016/J.TREE.2009.08.003>

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2020).

Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period (Committee Opinion No. 804). *Obstetrics & Gynecology*, 135(4), e178-e188.

<https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003772>

Bane, S. M. (2015). Postpartum Exercise and Lactation. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 58(4), 885–892.

<https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000143>

Barakat Carballo, R. (2006). Ejercicio físico y los resultados del embarazo.

Progresos de Obstetricia y Ginecología: Revista Oficial de La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, ISSN 0304-5013, Vol. 49, No. 11, 2006, Págs. 630-638, 49(11), 630–638. [https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?](https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2169788)

[codigo=2169788](https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2169788)

Barakat, R., Díaz-Blanco, A., Franco, E., Rollán-Malmierca, A., Brik, M., Vargas, M., Silva, C., Sánchez-Polan, M., Gil, J., Perales, M., Mottola, M., de Roia, G., & Medina, T. P. (2019). Clinical guidelines for physical exercise during pregnancy. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 62(5), 464–471.
<https://doi.org/10.20960/j.pog.00231>

Bass, S., Pearce, G., Bradney, M., Hendrich, E., Delmas, P. D., Harding, A., & Seeman, E. (1998). Exercise before puberty may confer residual benefits in bone density in adulthood: Studies in active prepubertal and retired female gymnasts. *Journal of Bone and Mineral Research*, 13(3), 500–507.
<https://doi.org/10.1359/jbmr.1998.13.3.500>

Brenner, J. S., LaBella, C. R., Brooks, M. A., Diamond, A., Hennrikus, W., Weiss Kelly, A. K., LaBotz, M., Logan, K., Loud, K. J., Moffatt, K. A., Nemeth, B., Pengel, B., Gregory, A. J. M., Halstead, M. E., Kluchurosky, L. K., Benjamin, H., Jayanthi, N. A., Zaslów, T., & Emanuel, A. (2016). Sports Specialization and Intensive Training in Young Athletes. *Pediatrics*, 138(3).
<https://doi.org/10.1542/PEDS.2016-2148>

Calais-Germain, B. (2009). *Respiration, anatomie geste respiratoire* (1^a ed.). Editions Désiris. ISBN: 978-2-907653-98-5

Carmichael, M. A., Thomson, R. L., Moran, L. J., & Wycherley, T. P. (2021). The Impact of Menstrual Cycle Phase on Athletes' Performance: A Narrative Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1–24. <https://doi.org/10.3390/IJERPH18041667>

Champignon, P. (2007). *Respir-Actions* (2ª ed., corregida). Editions Frison-Roche. ISBN: 978-2-87671-494-6

Enns, D. L., & Tiidus, P. M. (2010). The influence of estrogen on skeletal muscle: sex matters. *Sports Medicine (Auckland, N.Z.)*, 40(1), 41–58. <https://doi.org/10.2165/11319760-000000000-00000>

Faraone, J., & Weiss, C. A. (2015). *The Athletic Mom-To-Be* (Author House, Ed.).

Feeley, B. T., Agel, J., & Laprade, R. F. (2016). When Is It Too Early for Single Sport Specialization? *The American Journal of Sports Medicine*, 44(1), 234–241. <https://doi.org/10.1177/0363546515576899>

Gallo, M., Díaz, M., & Gallo, J. (2015). Efectos del embarazo y parto sobre el suelo pélvico. Ed. AMOLCA. ISBN-13: 978-9588871233

Gallo-Galán, L. M., Gallo-Vallejo, M. Á., & Gallo-Vallejo, J. L. (2023). Recomendaciones prácticas sobre ejercicio físico durante el embarazo basadas en las principales guías de práctica clínica. *Aten Primaria*, 55(3), Article 102553. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102553>

Guillarem, L. (2002). *Rééducation thoraco-abdomino-pelvienne par le concept ABDO-MG* (2ª ed.). Editions Frison-Roche. ISBN: 2-87671-447-7

Gustafsson, H., DeFreese, J. D., & Madigan, D. J. (2017). Athlete burnout: review and recommendations. *Current Opinion in Psychology*, 16, 109–113.
<https://doi.org/10.1016/J.COPSYC.2017.05.002>

Hodis, H. N., & Mack, W. J. (2022). Menopausal Hormone Replacement Therapy and Reduction of All-Cause Mortality and Cardiovascular Disease: It Is About Time and Timing. *Cancer Journal (Sudbury, Mass.)*, 28(3), 208–223.
<https://doi.org/10.1097/PPO.0000000000000591>

Ji, M., Li, R., & Xu, Y. (2024). Meta-analysis of the effect of different exercise modalities in the prevention and treatment of perinatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 350, 442–451. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.01.076>

Maïmoun, L., Paris, F., Coste, O., & Sultan, C. (2016). [Intensive training and menstrual disorders in young female: Impact on bone mass]. *Gynécologie, Obstétrique & Fertilité*, 44(11), 659–663.
<https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2016.09.001>

Molina, M. T. (2009). Desarrollo puberal normal. Pubertad precoz. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 11 (16), 127–142.
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322009000600002#:~:text=La%20escala%20de%20Tanner%20describe,\(figuras%20%20y%203\).](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322009000600002#:~:text=La%20escala%20de%20Tanner%20describe,(figuras%20%20y%203).)

Morales, J. S. (2024). El entrenamiento de fuerza para plantar cara a la menopausia | Fissac. <https://fissac.com/el-entrenamiento-de-fuerza-para->

[plantar-cara-a-la-menopausia/](#)

Mottola, M. F., Davenport, M. H., Ruchat, S.-M., Davies, G. A., Poitras, V. J., Gray, C. E., Jaramillo Garcia, A., Barrowman, N., Adamo, K. B., Duggan, M., Barakat, R., Chilibeck, P., Fleming, K., Forte, M., Korolnek, J., Nagpal, T., Slater, L. G., Stirling, D., & Zehr, L. (2019). 2019 Canadian guideline for physical activity throughout pregnancy. *British Journal of Sports Medicine*, 52(21), 1339–1346. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2018-100056>

Pablo A. López Cáceres. (2011). Enfoque nutricional en la triada de la atleta femenina. *Trastornos de La Conducta Alimentaria*, 13, 1461–1480.

Paulsen, C. P., Bandak, E., Edemann-Callesen, H., Juhl, C. B., & Händel, M. N. (2023). The effects of exercise during pregnancy on gestational diabetes mellitus, preeclampsia, and spontaneous abortion among healthy women: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(12), Article 6069. <https://doi.org/10.3390/ijerph20126069>

Perales, M., Luaces Méndez, M., Barriopedro Moro, M. I., Montejo Rodríguez, R., & Barakat Carballo, R. (2012). Efectos de un programa de ejercicio físico supervisado sobre la estructura cardiaca durante la gestación. Ensayo clínico aleatorizado. *Progresos de Obstetricia y Ginecología: Revista Oficial de La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*, ISSN 0304-5013, Vol. 55, No. 5, 2012, Págs. 209-215, 55(5), 209–

215. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3926543&info=resumen&idioma=SPA>

Pivarnik, J. M., Chambliss, H. O., Clapp, J. F., Dugan, S. A., Hatch, M. C., Lovelady, C. A., Mottola, M. F., & Williams, M. A. (2006). Impact of physical activity during pregnancy and postpartum on chronic disease risk. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 38(5), 989–1006.
<https://doi.org/10.1249/01.MSS.0000218147.51025.8A>

Preguntas frecuentes sobre lactancia materna | Asociación Española de Pediatría. (2019). [Aeped.es. https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/lactancia-materna/preguntas-frecuentes-sobre-lactancia-materna](https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/lactancia-materna/preguntas-frecuentes-sobre-lactancia-materna)

Ramirez, I., Blanco, L., & Kauffmann, S. (2013). Rehabilitación del suelo pélvico femenino. Práctica clínica basada en la evidencia. Ed. Panamericana. ISBN-13: 978-8498354645

Ramos, M. (2015). Relación directa entre chicas, ejercicio y ciclo menstrual. <https://www.hsnstore.com/blog/mujer/ejercicio-ciclo-menstrual/>

Redondo-Delgado, P., Blanco-Giménez, P., López-Ortiz, S., García-Chico, C., Vicente-Mampel, J., & Maroto-Izquierdo, S. (2025). Effects of strength training on quality of life in pregnant women: A systematic review. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 104(7), 1231–1243.
<https://doi.org/10.1111/aogs.15122>

Rocha-Rodrigues, S., Sousa, M., Reis, P. L., Leão, C., Cardoso-Marinho, B., Massada, M., & Afonso, J. (2021). Bidirectional Interactions between the Menstrual Cycle, Exercise Training, and Macronutrient Intake in Women: A Review. *Nutrients*, 13(2), 1–20. <https://doi.org/10.3390/NU13020438>

Romero-Parra, N., Cupeiro, R., Alfaro-Magallanes, V. M., Rael, B., Rubio-Arias, J., Peinado, A. B., & Benito, P. J. (2021). Exercise-Induced Muscle Damage During the Menstrual Cycle: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Strength and Conditioning Research*, 35(2), 549–561. <https://doi.org/10.1519/JSC.0000000000003878>

Rossich, M. (2022). *Somos cíclicas: Aprende a entrenar y alimentarte respetando tu ciclo menstrual*. Editorial Planeta.

Ryhtä, I., Axelin, A., Parisod, H., Holopainen, A., & Hamari, L. (2023). Effectiveness of exercise interventions on urinary incontinence and pelvic organ prolapse in pregnant and postpartum women: Umbrella review and clinical guideline development. *JBIC Evidence Implementation*, 21(4), 394–408. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000391>

Sung, E., Han, A., Hinrichs, T., Vorgerd, M., Manchado, C., & Platen, P. (2014). Effects of follicular versus luteal phase-based strength training in young women. *SpringerPlus*, 3(1). <https://doi.org/10.1186/2193-1801-3-668>

Takahashi, T. A., & Johnson, K. M. (2015). Menopause. *The Medical Clinics of North America*, 99(3), 521–534. <https://doi.org/10.1016/J.MCNA.2015.01.006>

Tenan, M. S., Peng, Y. L., Hackney, A. C., & Griffin, L. (2013). Menstrual cycle mediates vastus medialis and vastus medialis oblique muscle activity. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 45(11), 2151–2157.
<https://doi.org/10.1249/MSS.0B013E318299A69D>

The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. (2023). Exercise during pregnancy.

Theodorsen, N. M., Bø, K., Fersum, K. V., Haukenes, I., & Moe-Nilssen, R. (2024). Pregnant women may exercise both abdominal and pelvic floor muscles during pregnancy without increasing the diastasis recti abdominis: a randomised trial. *Journal of Physiotherapy*, 70(2), 142–148.
<https://doi.org/10.1016/J.JPHYS.2024.02.002>

Troy, K. L., Mancuso, M. E., Butler, T. A., & Johnson, J. E. (2018). Exercise Early and Often: Effects of Physical Activity and Exercise on Women’s Bone Health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(5).
<https://doi.org/10.3390/IJERPH15050878>

Wu, Y. M., McInnes, N., & Leong, Y. (2018). Pelvic floor muscle training versus watchful waiting and pelvic floor disorders in postpartum women: A systematic review and meta-analysis. *Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery*, 24(2), 142–149.
<https://doi.org/10.1097/SPV.0000000000000513>

CONTINUAR

Descarga

Descarga el contenido en PDF



Módulo 1. Valoración abdomino pelviperineal en la mujer 1.pdf

4.6 MB

