

Módulo 3. Fisioterapia en la mujer durante el posparto



☰ Unidad 3.1 ¿Qué es el posparto o puerperio?

☰ Referencias

☰ Descarga

Unidad 3.1 ¿Qué es el posparto o puerperio?

El posparto, también conocido como puerperio, es el periodo que sigue al parto y se extiende hasta que el cuerpo de la mujer vuelve a su estado previo al embarazo (condiciones pregestacionales). Este periodo tiene una duración variable, como veremos a continuación, y es un tiempo de recuperación y ajuste, tanto físico como emocional. Durante el posparto el cuerpo experimenta una serie de cambios significativos, mientras se adapta a la ausencia del embarazo y a las nuevas demandas de la maternidad.

Etapas del posparto

- Inmediato: comprende las primeras 24 h después del parto.
 - Estabilización hemodinámica: el volumen sanguíneo que aumentó durante el embarazo comienza a reducirse. La vigilancia de los signos vitales es crucial para detectar cualquier complicación, como hemorragias posparto.
 - Entuertos.

- Involución uterina.
- Loquios.
- Mediato: abarca desde el segundo al décimo día posparto.
 - Continuación de la involución uterina (aproximadamente disminuye 2 cm por día).
 - Lactancia materna: la lactancia no solo es importante para el bebé, sino que también ayuda a la madre, ya que la succión del bebé estimula la liberación de oxitocina, una hormona que promueve la contracción uterina.
 - Restauración del sistema urinario y digestivo: empieza a normalizarse la función de la vejiga y el intestino. Algunas mujeres pueden experimentar estreñimiento o dificultad para orinar debido a la inflamación o al dolor perineal.
- Tardío: se extiende aproximadamente hasta los 45 días después del parto, el retorno de la menstruación indica su finalización (la denominada "cuarentena").
 - Finaliza la involución uterina.
 - Reajuste hormonal.
- Alejado: tiene una duración indeterminada, puede llegar hasta los 6 meses posparto, o hasta la recuperación del estado pregestacional de la mujer.

Síntomas comunes del posparto

- Sangrado vaginal (loquios)

Consiste en la eliminación de restos de placenta, mucosa uterina y sangre. Al principio serán rojos, como una menstruación. Generalmente, es más abundante que una regla y durarán unos 3-4 días. Posteriormente, los loquios se tornan sonrosados y son similares a la cantidad de una regla. A partir del sexto día suelen ser marronáceos, y desaparecen comúnmente en los quince días siguientes. Estas pérdidas varían mucho de unas mujeres a otras, lo habitual es tener un manchado irregular durante un periodo de hasta cuarenta días, de ahí el término cuarentena.

Aunque en cada mujer los loquios son diferentes, de manera clásica se habla de:

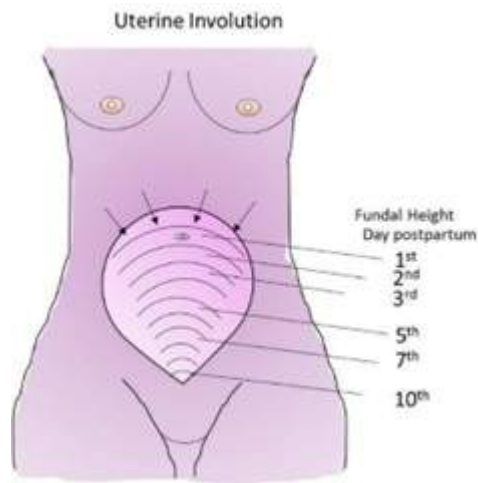
1. Loquios rojos o "loquia rubra": 2-3 primeros días. Compuestos principalmente de hematíes, vermix, lanugo, y restos de membranas.
2. Loquios marrones o "loquia fusca": 4-5 días siguientes. Compuestos por hematíes, leucocitos, células deciduales y exudado rico en proteínas.

3. Loquios amarillos o “loquia flava”: 3-4 días siguientes (piocitos).
4. Loquios blancos o “loquia alba”: hasta el día 20, serosidad blanquecina.

- Contracciones uterinas (entueritos).

Las contracciones uterinas, conocidas como entueritos, son comunes en los días posteriores al parto. Estas contracciones ayudan al útero a volver a su tamaño y posición original (involución uterina), y aunque pueden ser dolorosas, son fundamentales para la recuperación del útero. Los entueritos suelen ser más intensos en las mujeres que han tenido varios partos.

Figura 1. Evolución del tamaño y posición uterina en los días posparto



Fuente: Midwives Revision, s.f., <https://lc.cx/0R1UJf>

- Dolor y sensibilidad mamaria

Durante el posparto, es frecuente que los pechos se sientan hinchados, sensibles y doloridos, especialmente si la mujer está amamantando. Esto se debe a la producción de leche materna, que puede causar congestión mamaria. También pueden presentarse grietas o irritación en los pezones debido al proceso de lactancia, lo que puede causar molestias adicionales.

- Fatiga

La fatiga es uno de los síntomas más reportados en el posparto. El cuerpo ha pasado por un esfuerzo significativo durante el parto, y las exigencias físicas y emocionales del cuidado del recién nacido, junto con la falta de sueño, pueden contribuir a un estado de agotamiento

constante. Esta fatiga puede durar varias semanas y requiere un enfoque en el descanso y la recuperación.

- Dolor perineal

El dolor en la zona perineal es común, especialmente si hubo desgarros o episiotomía durante el parto. Este dolor puede ser leve o intenso, y generalmente se acompaña de inflamación y sensibilidad en la zona. Los cuidados adecuados, como la higiene, el uso de compresas frías (crioterapia) y la aplicación de productos específicos en la zona, recomendados por el médico o la matrona, ayudan a aliviar las molestias.

- Cambios en el estado de ánimo

Durante el posparto, las mujeres sufren cambios emocionales, desde episodios de tristeza o llanto, conocidos como "baby blues", hasta depresión posparto en casos más graves. Estos cambios de humor están relacionados con las fluctuaciones hormonales, la falta de sueño y el estrés del cuidado del recién nacido. Es fundamental el apoyo emocional de la mujer en esta etapa y que, si los síntomas persisten o se agravan, busquen ayuda profesional.

- Dificultades para orinar

Después del parto, algunas mujeres pueden experimentar dificultades para orinar debido, principalmente, a la inflamación de la vejiga y la uretra, al dolor perineal o a los efectos de la anestesia epidural. En algunos casos, puede haber una pérdida temporal de control vesical o sensación de urgencia. Se suele resolver en las primeras horas/días posparto, pero es importante que haya un correcto vaciado vesical para evitar infecciones.

- Estreñimiento

El estreñimiento es otro síntoma común en el posparto. Las mujeres pueden tener dificultad para evacuar debido también a los cambios hormonales, el dolor perineal, la disminución de la actividad física o el miedo a forzar la zona del periné. Aumentar la ingesta de fibra, beber suficiente agua y realizar ejercicios y masajes abdominales suaves puede ayudar a aliviar este síntoma.

- Incontinencia urinaria

Las mujeres, especialmente si han tenido un parto vaginal complicado, pueden tener incontinencia urinaria los primeros días o incluso las primeras semanas posparto. Esto se debe básicamente al debilitamiento de los músculos del suelo pélvico. La incontinencia urinaria suele ser temporal y mejora cuando empieza la recuperación del suelo pélvico con la fisioterapeuta especialista.

- Caída del cabello

Es otro síntoma posparto relativamente común, que se produce debido a los cambios hormonales que ocurren después del parto. Durante el embarazo, los niveles elevados de hormonas prolongan la fase de crecimiento del cabello, pero en el posparto, los niveles hormonales disminuyen, lo que provoca la caída del cabello en mayor cantidad de lo habitual. Este proceso es temporal y suele resolverse en unos meses.

- Dolor de espalda

El dolor de espalda, especialmente en la zona lumbar, también es común durante el posparto debido a la carga física del embarazo y el parto, así como a las posturas adoptadas al cuidar al recién nacido. Las hormonas del embarazo, que siguen presentes las primeras semanas posparto, también pueden contribuir a la laxitud de los ligamentos, lo que aumenta el riesgo de molestias en la espalda. Es importante mantener una buena postura y realizar ejercicios de fortalecimiento (cuando la fisioterapeuta nos dé el visto bueno para ello) para aliviar el dolor.

- Sudoración nocturna

Este síntoma lo presentan algunas mujeres en el posparto, y es debido a la reducción rápida de los niveles hormonales, particularmente de

estrógenos. Aunque este síntoma puede ser incómodo, desaparece en las semanas posteriores al parto.

Aunque estos son los síntomas generales más comunes en el posparto, nos centraremos en los que tienen que ver con el suelo pélvico y con su abordaje desde la fisioterapia.

Tabla 1. Síntomas a nivel de suelo pélvico más comunes durante el posparto

| Síntomas a nivel de suelo pélvico más comunes durante el posparto | |
|--|--|
| ● Abertura vaginal | ● Estreñimiento |
| ● Dispareunia | ● Dolencias musculoesqueléticas |
| ○ Superficial | ○ Síndrome del túnel carpiano y/o tendinitis de Quervain |
| ○ Profunda | ○ Dolor cervical dorsal o lumbar |
| ● Hiposensibilidad sexual | ○ Dolor en la sínfisis del pubis |
| ● Incontinencia | ● Hemorroides, várices vulvares |
| ○ Urinaria | ● Diástasis abdominal |
| ○ Fecal | |

Fuente: elaboración propia

Las disfunciones del suelo pélvico afectan significativamente a las mujeres en el posparto y pueden extenderse más allá de este periodo.

La incontinencia urinaria es uno de los problemas más comunes y puede tener un impacto considerable en la calidad de vida. Los prolapsos de órganos pélvicos también pueden ocurrir poco tiempo después del parto. Es importante que la mujer acuda a la fisioterapeuta especializada en salud pélvica para que haga una correcta valoración y diagnóstico, y se inicie la rehabilitación lo antes posible (siempre respetando los tiempos de curación y cicatrización del inicio del posparto, que luego explicaremos).

La incontinencia fecal, que puede resultar de una lesión en el suelo pélvico durante el parto (OASI, obstetric anal sphincter injuries), a menudo está infradiagnosticada, ya que muchas mujeres no buscan ayuda por vergüenza y lo retrasan. Es crucial que las mujeres que sufren lesiones perineales, especialmente aquellas con daño en el esfínter anal, reciban un seguimiento temprano en el posparto. Este seguimiento debe realizarse dentro de las primeras 2 a 4 semanas, para evaluar la cicatrización y la recuperación funcional.

La disfunción sexual es otro problema común durante el periodo posparto y puede requerir atención y seguimiento adicionales (Meekins y Siddiqui, 2020). La función sexual en esta etapa está influenciada por cambios significativos en la anatomía, el entorno hormonal, la estructura familiar y el apoyo durante la maternidad.

Anatómicamente, el trauma perineal sufrido durante el parto contribuye a la dispareunia (dolor durante las relaciones sexuales), lo que afecta

tanto la reanudación como la calidad de las relaciones sexuales en los primeros meses después del parto. La lactancia materna también puede alterar la función sexual, debido a la sequedad vaginal, que es causada por niveles elevados de prolactina y bajos de estrógenos.

Además, otros factores como los cambios en los patrones de sueño y la falta de descanso disminuyen la reanudación de la intimidad sexual de la pareja. También la depresión posparto, que a menudo se asocia con una disminución del deseo sexual, ya sea de manera primaria o secundaria a los tratamientos antidepresivos, es otro factor que puede afectar la función sexual en esta etapa (Leeman y Rogers, 2012).

Otro síntoma habitual que puede afectar al suelo pélvico es la diástasis abdominal posparto. Según Fernandes Da Mota (2015), el 100 % de las embarazadas presentan DRA en la semana 35 de embarazo, el 52,4 % a las 4-6 semanas posparto y el 39 % a los 6 meses posparto.

Todo esto nos lleva a la conclusión de que es muy importante el abordaje durante el embarazo, y de forma precoz en el posparto, con una fisioterapeuta especialista en salud pélvica, para valorar y tratar a la mujer después del parto.

Fisioterapia en el periodo posparto

La fisioterapia del suelo pélvico puede ser un recurso valioso como tratamiento inicial para la mayoría de las disfunciones que pueden

surgir en esta área después del parto. Es recomendable que las mujeres que están en riesgo de experimentar disfunciones del suelo pélvico reciban una evaluación funcional y un seguimiento temprano en el posparto, así como un tratamiento específico. En caso de que el tratamiento conservador no sea efectivo y los síntomas persistan, se debe considerar una derivación adecuada.

La fisioterapia abdominopélvica ofrece diversas opciones de tratamiento para las mujeres en el posparto, con el objetivo de prevenir y mejorar las disfunciones del suelo pélvico.

Tabla 2. Fisioterapia pélvica en la recuperación posparto

FISIOTERAPIA PÉLVICA EN LA RECUPERACIÓN POSPARTO

- Entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico (EMSP)
- Ejercicio físico y reincorporación al deporte
- Tratamiento manual
- Tratamiento instrumental
 - Biofeedback
 - Electroestimulación
 - Pesarios
 - Vibración
 - Diatermia/Radiofrecuencia

Fuente: elaboración propia

En el caso de la mujer posparto, también debemos hacer una valoración abdominopélvica completa, que encontramos detallada en el módulo 1 de este curso 3. Así que no volveremos a repetir los conceptos, simplemente detallaremos los *timings* a seguir.

Una vez pasada la “cuarentena” (esos 40 días, aproximadamente, después del parto) la mujer tiene visita con el/la obstetra o matrona que le ha hecho el seguimiento del embarazo y/o del parto, para hacer la valoración médica posparto. En ella, el profesional médico va a valorar que el útero haya involucionado correctamente, y en el caso de que

haya cicatrices (perineales o de cesárea), que estas también hayan cicatrizado de manera correcta. Si está todo bien, la mujer ya tendrá el “alta posparto”, y ese sería el momento de acudir a fisioterapia pélvica para hacer la valoración posparto en salud pélvica.

Figura 2. Posparto y valoraciones



Fuente: elaboración propia.

Entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico (EMSP)

El entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico después del parto es fundamental para prevenir y tratar la incontinencia urinaria, especialmente cuando es supervisado por un fisioterapeuta. Morkved y Bo (2014) recomiendan un programa de 8 semanas de tratamiento supervisado basado en los principios básicos del entrenamiento de fuerza. En su revisión sistemática, destacan que debido a la alta prevalencia de la incontinencia urinaria en las mujeres y su impacto negativo en la actividad física, los ejercicios del suelo pélvico deberían integrarse rutinariamente en los programas de ejercicio físico dirigidos a mujeres.

Woodley et al. (2017) sugieren que los ejercicios destinados a mejorar la fuerza, resistencia, activación y relajación del suelo pélvico, o una combinación de estos, deberían ser la primera línea de tratamiento para mujeres con incontinencia urinaria posparto.

Según Deffieux et al., en su *Guía de recomendaciones para la práctica clínica de reeducación perineal y abdominal en el posparto* (2015), la fisioterapia del suelo pélvico está indicada para pacientes con incontinencia urinaria persistente durante los primeros 12 meses tras el parto, independientemente del tipo de incontinencia. Se recomiendan al menos tres sesiones guiadas por un terapeuta, complementadas con ejercicios a domicilio. Aunque esta reeducación ha demostrado ser efectiva en el primer año posparto, su efectividad a largo plazo aún no ha sido confirmada, debido a la falta de estudios (6-12 años).

Las mujeres con incontinencia anal posparto y mujeres con síntomas subjetivos y severidad causados por los prolapsos de órganos pélvicos, también se benefician de la reeducación perineal durante el primer año después del parto, aunque se necesitan más investigaciones para evaluar su efectividad en el posparto a medio y largo plazo (Hagen & Stark, 2011; Li et al., 2016; Wu et al. 2018).

En cuanto a la función sexual, una revisión realizada por Hadizadeh-Talasaz et al. en 2019 concluye que los ejercicios del suelo pélvico pueden mejorar la función y calidad de vida sexual de las mujeres en el posparto, ya sean primíparas o multíparas, siendo una estrategia de

tratamiento segura. Las implicaciones de esta revisión en la práctica clínica sugieren que los profesionales de la salud deberían recomendar la reeducación posparto, prestando especial atención a la vida sexual de la mujer durante este periodo (Carrillo Izquierdo, 2013). Además, es fundamental preguntar sobre posibles síntomas de disfunción sexual y su impacto en la calidad de vida (Hadizadeh-Talasaz et al., 2019).

Para mejorar la adherencia y continuidad del tratamiento, se recomienda la implementación de programas de reeducación, más allá de la entrega de folletos informativos.

Ejercicio físico y reincorporación al deporte

Existen diversas guías de práctica clínica que establecen recomendaciones generales para orientar a las mujeres en la reanudación de la actividad física después del parto (Castellanos-Garrido et al., 2021; Evenson et al., 2014).

La “Guía canadiense de ejercicio físico durante el embarazo” recomienda realizar al menos 15 minutos de ejercicio aeróbico de 3 a 5 días a la semana. Sin embargo, algunas mujeres podrían necesitar reducir la intensidad y duración de las sesiones debido al cansancio y la fatiga asociados al parto y al cuidado del bebé. Además, aquellas que han tenido un parto por cesárea deben ajustar sus ejercicios aeróbicos y de fuerza en función de las molestias en la cicatriz abdominal y otras

posibles complicaciones, como la anemia o infecciones en la herida (Mottola et al., 2019).

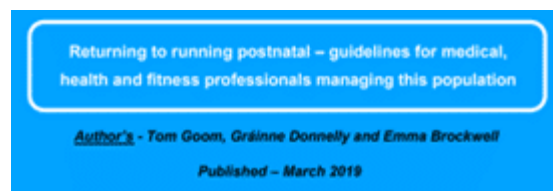
Por otro lado, la “Guía americana sobre ejercicio físico durante el embarazo y en el posparto” sugiere que las mujeres sanas que no practicaban ejercicio de alta intensidad antes del embarazo deberían acumular al menos 150 minutos de ejercicio aeróbico de intensidad moderada a la semana en el posparto. Aquellas que deseen retomar el ejercicio vigoroso o de alta intensidad deben consultar a un profesional de la salud para adaptar progresivamente el volumen y la carga de ejercicio a su condición física posparto, permitiendo una readaptación gradual a su nivel previo de actividad. Los ejercicios recomendados incluyen actividades como: ejercicios de suelo pélvico, tonificación, estiramientos y caminar (Minguela Antón, 2020).

La guía australiana añade una serie de precauciones al retomar actividades que generan una alta carga gravitacional sobre el suelo pélvico, como correr. Todas las guías coinciden en recomendar ejercicios de suelo pélvico en el posparto inmediato y desalientan un estilo de vida sedentario (Brown et al., 2022; Evenson et al. 2014).

En el 2019, expertos desarrollaron la guía *Returning to Running Postnatal*, la cual ofrece recomendaciones específicas para mujeres que deseen volver a correr tras el parto. Se destaca la importancia de recibir asesoramiento individualizado y guiado por un fisioterapeuta especializado en suelo pélvico para prevenir y tratar prolapsos de

órganos pélvicos, manejar la incontinencia urinaria y mejorar la función sexual en el posparto. Según esta guía, no se recomienda retomar la carrera antes de los tres meses después del parto o más si se presentan síntomas de disfunción del suelo pélvico (Goom et al., 2019).

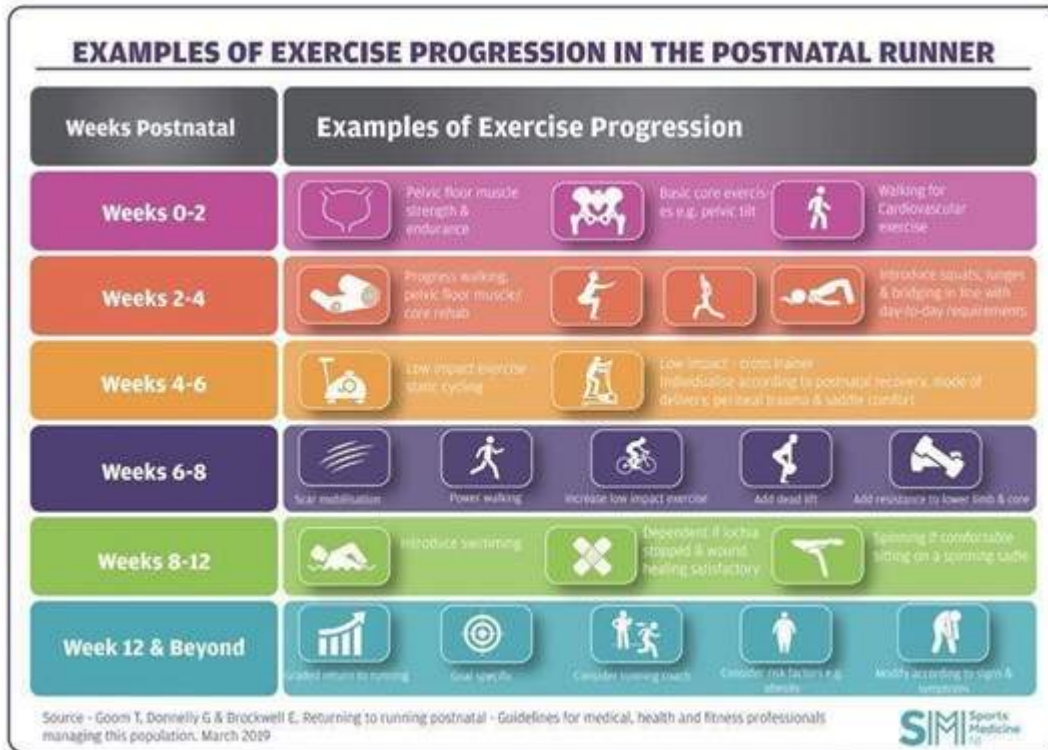
Figura 3. *Returning to running postnatal*



Fuente: Goom et al., 2019, <https://lc.cx/Jkp8Tp>

La fisioterapeuta especializada guiará a la paciente en la recuperación del suelo pélvico, la gestión de cargas y presiones a nivel abdominal, y evaluará la fuerza necesaria para determinar el momento adecuado para reanudar la carrera (Minguela Antón, 2020). Además, se deben considerar factores adicionales como el peso, estado físico, respiración, estado psicológico, presencia de diástasis de rectos abdominales, lactancia materna, sobreentrenamiento, y la posibilidad de correr con el cochecito del bebé (Goom et al. 2019).

Figura 4. Infografía guía de referencia rápida de progresión de ejercicios de bajo impacto recomendados a corredoras posparto



Fuente: Goom et al., 2019, <https://lc.cx/Jkp8Tp>

Figura 5. Recomendaciones para diseñar un plan de entrenamiento para volver a correr después del parto



Fuente: Deering et al., 2024, <https://lc.cx/Gobplc>

Las investigaciones y el consenso de los profesionales clínicos y del ejercicio respaldan la recomendación de que la actividad física y el ejercicio deben iniciarse a un nivel bajo (es decir, de bajo impacto y de intensidad baja a moderada) después del parto y progresar gradualmente, mientras se monitorea constantemente lo siguiente:

(1) síntomas de salud pélvica

(2) dolor musculoesquelético

(3) sueño

(4) problemas de salud mental (incluidos, entre otros, ansiedad, depresión y vínculo materno infantil)

(5) disponibilidad de energía.

Es necesario que la orientación para volver a correr basada en evidencia sea de libre y fácil acceso para el público, de modo que las mujeres posparto puedan estar informadas y empoderadas para realizar un autoexamen básico si es necesario, debido a la falta de proveedores de atención médica locales disponibles y asequibles.

Además, existe una necesidad urgente de mejorar el interés y la accesibilidad de los cursos y/o la literatura basados en evidencia para garantizar que los médicos y los profesionales del fitness estén actualizados con las mejores prácticas actuales.

También existe una necesidad crítica de apoyar la licencia parental protegida, para permitir la recuperación y la progresión segura y gradual de la actividad física y el ejercicio, así como un mejor apoyo social para las mujeres en el posparto.

Se necesita más investigación en todos los aspectos acerca de este tema, con una necesidad concurrente de aumentar la financiación disponible para investigar el ejercicio posparto. Esto permitirá la creación de pautas basadas en evidencia.

Figura 6. Pautas para el retorno a la actividad física y el deporte posparto



Fuente: Schulz y Thornton, 2024, <https://lc.cx/0u6Qj6>

Las pautas para el retorno a la actividad y al deporte después del parto deben crearse en un marco biopsicosocial para evaluar la preparación física y mental.

Los profesionales de la salud desempeñan un papel crucial en el fomento de la actividad física y el apoyo a las mujeres en el posparto, y deben proporcionar recomendaciones individualizadas basadas en la evidencia y un seguimiento constante.

Además, las organizaciones deportivas nacionales e internacionales deben desarrollar políticas que permitan un retorno a la actividad y al deporte más seguro y saludable (Hospital Ramón Sarda, 2021).

Por último, los investigadores deben realizar estudios primarios de alta calidad para fundamentar recomendaciones basadas en la evidencia. Se deben establecer pautas basadas en la evidencia para ayudar a un retorno seguro y constante a la actividad y al deporte, y para mejorar los niveles de actividad física después del parto y promover la longevidad en el deporte (Hospital Ramón Sarda, 2021).

Figura 7. Regreso a la actividad posparto: hitos recomendados



Fuente: Schulz y Thornton, 2024, <https://lc.cx/0u6Qj6>

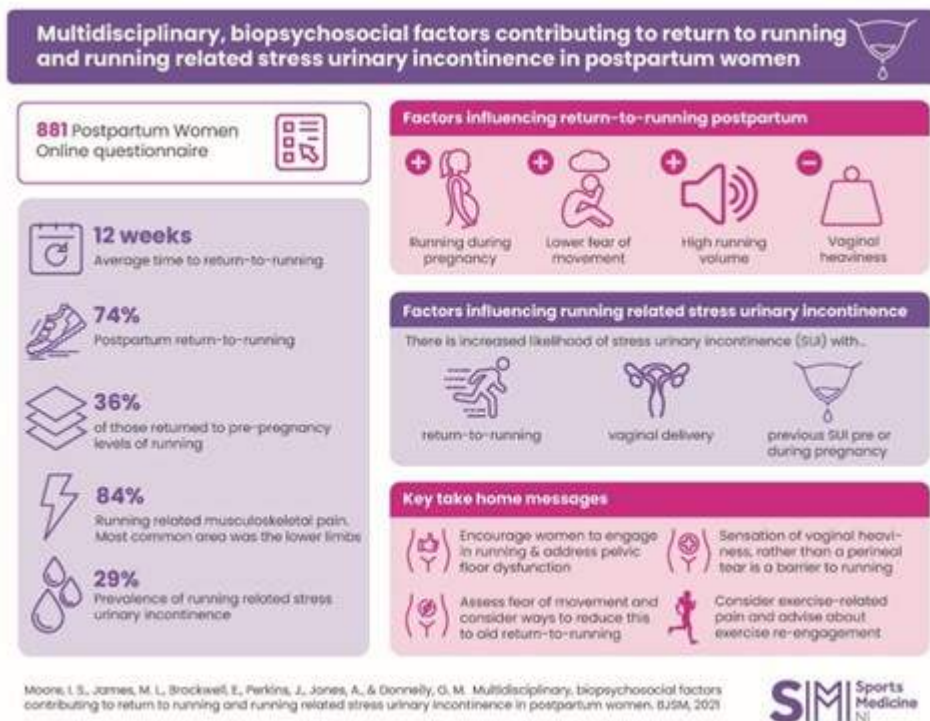
- **Vuelta a la actividad** (semanas 0-6):
 - EMSP (posparto inmediato).
 - Vuelta gradual a caminar.
 - Monitorizar signos y síntomas (IU, dolor pélvico, sangrado, fatiga excesiva) que podrían indicar factores de riesgo (DSP, REDs, depresión posparto).

- **Vuelta al ejercicio** (semanas 4-8):
 - Empezar con ejercicios con el propio peso corporal y progresar a ejercicios con peso de grupos musculares grandes.
 - Ejercicio cardiovascular de bajo impacto monitorizado.
- **Vuelta a la práctica de actividades específicas y ejercicios funcionales.** Aumentar la capacidad aeróbica, progresando primero la duración antes que la intensidad.

Deténgase aquí si el objetivo es la actividad física recreativa. Si progresa para objetivos deportivos más específicos:

- **Vuelta al deporte** (semanas 10-14):
 - Empezar con entrenamientos y prácticas deportivas específicas, progresando en intensidad.
- **Vuelta a la competición** (semana 12 en adelante):
 - Prestar atención a la preparación física y mental para la competición.
 - Realizar seguimiento si presenta signos y síntomas.

Figura 8. Factores biopsicosociales multidisciplinares que contribuyen al retorno a la carrera y a la incontinencia urinaria



Fuente: Moore et al., 2021, <https://lc.cx/1XfhvB>

Este estudio pretendía examinar los factores que contribuyen al retorno a la carrera posparto y al nivel de carrera previo al embarazo, además de los factores de riesgo de incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) relacionada con la carrera posparto.

Los factores que aumentaron las probabilidades de volver al nivel de carrera previo al embarazo fueron: un bajo volumen semanal de carrera, tener más de un hijo, menor miedo al movimiento, ser más joven y menor tiempo hasta correr después del parto. La sensación de peso vaginal es una barrera en la vuelta al running. Los factores de riesgo para la IUE relacionada con correr fueron: haber vuelto a correr, y sufrir

IUE relacionada con correr antes y durante el embarazo. Tener un parto por cesárea disminuyó las probabilidades.

Correr durante el embarazo puede ayudar a las mujeres a volver a correr de forma segura después del parto. El miedo al movimiento, la sensación de pesadez vaginal y la incontinencia urinaria de esfuerzo relacionada con correr antes o durante el embarazo deben ser abordados de forma temprana por los profesionales de la salud.

Reformulando el retorno al deporte después del parto: el marco de las 6 R

Figura 9. El marco de las 6 R



El marco de las 6 R sirve para orientar a los equipos multidisciplinarios en la preparación, el retorno y la optimización de las atletas perinatales para su deporte. El marco de las 6 R alienta a los profesionales a reformular la evaluación de las atletas perinatales dentro de un modelo de atención biopsicosocial de sistemas integrales.

También respalda un enfoque basado en criterios para facilitar el retorno al rendimiento a través de fases individualizadas, basadas en evidencia, sistemáticas y planificadas. La implementación de este marco requiere que la seguridad de la madre y el bebé sea la consideración principal, y se recomienda la consulta con un equipo multidisciplinario, incluido el equipo de atención médica obstétrica. Esto garantiza que se consideren todos los aspectos del rendimiento de las atletas perinatales, incluidos los plazos adecuados e individualizados para la curación de los tejidos y la recuperación posparto.

Los plazos sugeridos para las 6 R, que se muestran a continuación, servirán como guía para que los equipos multidisciplinarios que apoyan a las atletas perinatales los apliquen y modifiquen según sea necesario. El regreso al deporte después del parto no debe apresurarse y las atletas pueden avanzar y retroceder entre fases, según sus necesidades de rehabilitación individuales.

El marco de las 6 R se basa en los modelos existentes de retorno al deporte y utiliza un enfoque proactivo en lugar de reactivo para la gestión perinatal de las atletas. Al comprender las consideraciones perinatales individualizadas, las organizaciones deportivas pueden educar y apoyar la preparación de las atletas para los cambios biopsicosociales y de sistemas completos esperados durante y después del embarazo. Esto optimizará posteriormente su retorno al deporte después del parto. También permitirá salvaguardar el éxito deportivo y la longevidad de la atleta femenina más allá de la maternidad.

1. **Ready** → **Preparar** (prenatal – posparto temprano)

Preparar a la atleta para los cambios biopsicosociales y de sistemas completos previstos, educándola de manera proactiva sobre las consideraciones de salud perinatal durante la transición al embarazo y la maternidad (p. ej. aumento de peso, función del suelo pélvico, salud mental perinatal). Tratar de mantener el ejercicio durante todo el embarazo (cuando sea seguro hacerlo para la madre y el bebé), limitar el desacondicionamiento y optimizar la recuperación posparto con una planificación anticipada.

2. **Review** → **Revisión** (6-8 semanas)

Revisar y evaluar a la atleta posparto y abordar las necesidades agudas de rehabilitación musculoesquelética y de salud pélvica. Evaluar las consideraciones biopsicosociales y de sistemas completos.

3. **Restore** → **Restaurar** (8-16 semanas)

Restaurar el bienestar físico y psicológico según las necesidades individuales y preparar a la atleta perinatal para regresar a entornos de entrenamiento estructurados.

Incluir la rehabilitación del suelo pélvico y otras consideraciones biopsicosociales y de sistemas completos relevantes.

4. **Recondition** → **Reacondicionamiento** (16 semanas o +)

Reacondicionar al atleta perinatal para sus demandas deportivas físicas y psicológicas requeridas. Comenzar una exposición gradual según los requisitos de carga de entrenamiento específicos del individuo. Revisar las consideraciones biopsicosociales y de sistemas completos y controlar los síntomas a medida que aumenta el entrenamiento.

5. **Return** → **Regresar**

Regresar al deporte a través de una exposición individualizada, basada en evidencia y guiada al entorno competitivo, y reevaluar regularmente.

6. **Refine** → **Perfeccionar**

Perfeccionar las estrategias biopsicosociales y de sistemas completos (p. ej. optimizar la calidad del sueño, controlar los signos del síndrome de deficiencia energética relativa) para mejorar la

disponibilidad del atleta para el entrenamiento y la competición, retener a la atleta en su deporte y optimizar el rendimiento.

Figura 10. Preparación para volver a correr después del parto



Fuente: Christopher et al., 2023, https://lc.cx/P_13wG

Se llegó a un consenso para definir a las corredoras posparto como cualquier persona que se autoidentifique como corredora, en cualquier momento después del parto, independientemente de las distancias o frecuencia.

Determinar la preparación para correr después del parto es un proceso de toma de decisiones multifactorial, que debe ser individualizado e incluir los siguientes componentes:

(1) Evaluar el sistema musculoesquelético, incluido SP, extremidades inferiores y zona lumbopélvica, tanto en fuerza como en equilibrio biomecánico.

(2) Evaluación de carga e impacto.

(3) Evaluación de factores biopsicosociales.

(4) Consideraciones de elementos de apoyo, si es necesario (pesarios, dispositivos para la continencia, sujetador de alto impacto, ropa de compresión o calzado).

(5) El historial de entrenamiento de la corredora, la capacidad actual, los objetivos de carrera y las preferencias de entrenamiento.

Debido a la complejidad de la experiencia posparto, se recomienda un enfoque de equipo multidisciplinario (por ejemplo, médicos de AP, asesoras de lactancia, fisioterapeutas de salud pélvica, especialistas de salud mental, profesional de medicina deportiva, especialistas en ortopedia, fisioterapeutas, obstetras/ginecólogos, uroginecólogos, etc.) siempre que sea posible.

La educación de las corredoras perinatales sobre la recuperación posparto y el inicio gradual del ejercicio es crucial. Se requieren más investigaciones en corredoras posparto para identificar pruebas y medidas específicas que permitan determinar la preparación para volver a correr y, al mismo tiempo, mitigar el riesgo de lesiones o la provocación de síntomas en esta población.

Técnicas manuales

Aunque se necesitan estudios de mayor calidad para respaldar este tratamiento, se ha demostrado que la terapia manual y las técnicas de liberación miofascial son efectivas en el alivio del dolor perineal y la dispareunia (dolor en la penetración) en el posparto, provocados por la episiotomía y los desgarros perineales que pueden ocurrir durante el parto (Ajimsha et al.,2015; Trahan et al., 2019; van Reijn-Baggen et al., 2022).

Además, la terapia manual ha demostrado beneficios clínicamente significativos para las mujeres que experimentan dolor lumbopélvico durante el embarazo y el posparto, según una revisión sistemática realizada por Franke en 2017 (Minguela Antón, 2020).

Técnicas instrumentales

- Crioterapia en el posparto inmediato

La crioterapia es una intervención no farmacológica que puede ser eficaz para aliviar el dolor perineal en el posparto inmediato. Se recomienda su uso desde las primeras 24 horas hasta los dos días después del parto (Kim et al., 2020; Minguela Antón, 2020).

- *Biofeedback*

La electromiografía, tanto con electrodos de superficie como intracavitarios, puede ser útil para mejorar las disfunciones del suelo pélvico en el posparto, así como en cualquier otro momento de la vida de la mujer (Minguela Antón, 2020; Wu et al., 2021).

La ecografía musculoesquelética funcional es una herramienta valiosa que ayuda a las mujeres a aprender a activar correctamente la musculatura del suelo pélvico, así como los músculos abdominales y realizar ejercicios de control motor, todos fundamentales para la recuperación en el posparto (Valera-Calero et al., 2021).

Según Dietz, el aprendizaje de la correcta activación del suelo pélvico mediante la ecografía funcional como biofeedback puede lograrse en un máximo de 5 minutos. Además, esta técnica permite cuantificar la actividad del músculo elevador del ano y ofrecer a la paciente un biofeedback visual que es fácilmente comprendido y aceptado (Dietz et al., 2001).

- Electroestimulación del suelo pélvico

La electroterapia aplicada al suelo pélvico puede ser beneficiosa en el posparto para mejorar la incontinencia urinaria y anal, así como los prolapsos de órganos pélvicos.

Varios estudios también han demostrado que la combinación del entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico supervisado por un profesional, junto con la electroestimulación del suelo pélvico es más efectiva para mejorar la incontinencia urinaria de esfuerzo en el posparto (Deffieux et al., 2024; Gonzales et al., 2021).

Figura 11. Electroestimulación del suelo pélvico



Fuente: Dh Material Médico, s.f., <https://lc.cx/LsGJD3>

- Pesarios

Los pesarios son dispositivos médicos que se insertan en la vagina para brindar soporte a los órganos pélvicos. Se utilizan comúnmente en el tratamiento de prolapsos de órganos pélvicos, como el útero, la vejiga o el recto, y para manejar la incontinencia urinaria, especialmente la incontinencia de esfuerzo.

Están hechos de materiales flexibles como silicona o caucho, y vienen en diversas formas y tamaños, lo que permite personalizarlos según las necesidades específicas de cada paciente. Los pesarios pueden ser una opción efectiva y no quirúrgica para las mujeres que experimentan disfunciones del suelo pélvico, especialmente aquellas que no son candidatas para cirugía o que prefieren evitarla.

El uso de pesarios en el posparto ha sido escasamente investigado en la literatura científica. No obstante, se recomienda su empleo como tratamiento conservador para los prolapsos de órganos pélvicos y la incontinencia urinaria de esfuerzo, ya que el parto es uno de los principales factores de riesgo para estas disfunciones (Bugge et al., 2020).

Existen muchos tipos de pesarios, cada uno más adecuado para un tipo u otro de POP. Es tarea de la fisioterapeuta especialista determinar si es necesario y el tipo de pesario requerido, así como enseñar a la mujer a colocárselo y quitárselo.

Figura 12. Pesario



Fuente: Asister, s.f., <https://lc.cx/Lspg1d>

Comparativa de pesarios para el prolapso de órganos pélvicos:
<https://lc.cx/ZKpU6Q>

- Vibración

Los estímulos vibratorios también se consideran una opción de tratamiento conservador para las disfunciones del suelo pélvico. La vibración mecánica focal permite la estimulación de grupos musculares específicos, activando de manera selectiva las fibras de tipo Ia y IIb, así como los órganos del tendón de Golgi. Sin embargo, existen discrepancias sobre los parámetros óptimos de las vibraciones a aplicar.

Un estudio piloto muy reciente (Dubinskaya et al., 2024) ha demostrado cómo los vibradores pueden ser una excelente herramienta para mejorar y mantener la salud sexual, pélvica y general. El uso regular de vibradores puede mejorar las funciones sexuales y genitourinarias femeninas, así como la salud mental y la calidad de vida. Por lo tanto, se debe considerar la posibilidad de recomendar vibradores como herramientas de rehabilitación para mejorar la salud general.

- La función sexual mejoró significativamente con el tiempo, mientras que la tasa de síntomas molestos de prolapso de órganos pélvicos y las puntuaciones de dolor disminuyeron significativamente.
- Las tasas de incontinencia urinaria de urgencia disminuyeron, aunque esto no fue estadísticamente significativo.
- Se observó una mejora significativa en el aspecto macroscópico de las lesiones de liquen escleroso y en la gravedad de la atrofia vaginal.
- Las tasas de depresión disminuyeron significativamente.

En una revisión sistemática (Rodrigues et al., 2017) se encontró que la estimulación vibratoria a nivel perineal era eficaz para reducir la pérdida urinaria, mejorar la fuerza muscular y, en consecuencia, la calidad de vida de las pacientes con IUE.

Anteriormente, en 2009, Lauper et al. concluyeron que las vibraciones aleatorias de todo el cuerpo en un rango entre 6 y 12 Hz son las

vibraciones "buenas" para el suelo pélvico.

- Diatermia/Radiofrecuencia

La diatermia o radiofrecuencia se usa a nivel terapéutico en fisioterapia y la rehabilitación del suelo pélvico. Se basa en la aplicación de corrientes eléctricas de alta frecuencia para generar calor en los tejidos profundos, lo que facilita la recuperación de la función muscular y mejora los síntomas asociados con las disfunciones del suelo pélvico, como la incontinencia urinaria, los prolapsos de órganos pélvicos y el dolor pélvico crónico (FisioClinics, s.f.).

El mecanismo de acción de la diatermia implica la generación de un campo eléctrico que provoca la oscilación de las moléculas dentro de los tejidos, lo que produce un aumento de la temperatura en las capas más profundas. Este calentamiento controlado tiene varios efectos terapéuticos: mejora la circulación sanguínea local, aumenta la elasticidad de las fibras de colágeno, reduce el espasmo muscular y acelera los procesos de reparación tisular.

En el contexto del suelo pélvico, la diatermia se utiliza para fortalecer los músculos debilitados, mejorar la tonicidad y la función muscular, y reducir el dolor asociado con las disfunciones pélvicas. Este tratamiento puede ser particularmente útil en mujeres que han experimentado cambios en el suelo pélvico debido al embarazo y al parto, así como en

personas que padecen condiciones como la dispareunia (dolor durante las relaciones sexuales) o la incontinencia urinaria.

El tratamiento con diatermia para el suelo pélvico se realiza mediante la aplicación de electrodos específicos en la región pélvica o mediante dispositivos intracavitarios diseñados para alcanzar los músculos del suelo pélvico de manera directa. El procedimiento es generalmente bien tolerado y se adapta a las necesidades individuales de cada paciente, tanto en términos de intensidad como de duración de las sesiones (Carrillo Izquierdo, 2017).

Aunque la diatermia es considerada una opción segura y eficaz para la rehabilitación del suelo pélvico, su uso debe ser guiado por un profesional de la salud capacitado, como un fisioterapeuta especializado en salud pélvica. Este profesional evaluará la condición del paciente, determinará la idoneidad de la diatermia en su plan de tratamiento, y ajustará los parámetros del equipo para optimizar los resultados terapéuticos.

Según un estudio, (Elhosary et al., 2023) la radiofrecuencia resistiva capacitiva monopolar de 448 kHz, en combinación con los ejercicios del suelo pélvico, son métodos más eficaces para el tratamiento de la IUE que solo los ejercicios del suelo pélvico en mujeres con IUE.

También se han visto beneficios con el uso de radiofrecuencia INDIBA® 448 kHz en combinación con terapia manual para el tratamiento del

dolor pélvico crónico de origen inflamatorio a los 4 meses del tratamiento (Fernández et al., s.f.).

Figura 12. Radiofrecuencia



Fuente: Innova Pro, s.f., <https://lc.cx/nlo43p>

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



Módulo 3. Fisioterapia en la mujer durante el posparto.pdf

5.2 MB

