



Universidad de Valladolid

Campus de Soria

ESCUELA UNIVERSITARIA DE FISIOTERAPIA

Grado en Fisioterapia

TRABAJO FIN DE GRADO

Programa de

Reeducación Abdómino-Génito-Urinaria

Presentado por

María José Barrientos Gallego

Tutora: Isabel Carrero Ayuso

Soria, 17 de febrero de 2014

TRABAJO FIN DE GRADO

Programa de Reeduación Abdómino-Génito-Urinaria

Índice

| | |
|--|----|
| 1. Resumen | 4 |
| 2. Introducción | 5 |
| 2.1. Anatomía del suelo pélvico | 7 |
| 2.2. Implicación clínica del suelo pélvico | 8 |
| 2.3. Fisioterapia Uro-ginecológica | 10 |
| 2.4. Objetivos: principal y específicos | 14 |
| 3. Material y métodos | |
| 3.1 Tratamiento individual | 15 |
| 3.1.1. Historia clínica | 16 |
| 3.1.2. Exploración general | 19 |
| 3.1.3. Exploración pélvica | 19 |
| 3.1.4. Tratamiento muscular | 22 |
| 3.1.5. Valoración del tono muscular | 23 |
| 3.1.6. Ejercicios | 24 |
| 3.1.7. Segunda valoración individual | 24 |
| 3.1.8. Tercera valoración individual | 24 |
| 3.1.9. Cuarta valoración individual | 24 |
| 3.2 Trabajo en grupo | 25 |
| 3.2.1. Materiales | 26 |

| | |
|------------------------------------|----|
| 4. Resultados y discusión | |
| 4.1 Resultados | 27 |
| 4.2 Discusión | 30 |
| 5. Conclusiones | 32 |
| 6. Gráficas | 33 |
| 7. Bibliografía | 36 |
| 8. Anexos | |
| Anexo I. Consentimiento informado | 40 |
| Anexo II. Historia clínica | 41 |
| Anexo III. Test de Oxford | 44 |
| Anexo IV. Encuesta de satisfacción | 45 |
| Anexo IV. Fotografías | 46 |

PROGRAMA DE REEDUCACIÓN ABDÓMINO-GÉNITO-URINARIA

1. RESUMEN

En este Trabajo Fin de Grado en Fisioterapia se pretende plasmar el desarrollo y la puesta en práctica de un Programa de Reeducción Abdomino-Génito-Urinario en una clínica de Fisioterapia.

Este programa ha sido diseñado para compaginar el trabajo individualizado llevado a cabo en consulta junto con el que se realizará en sala en grupo. El programa incluye 4 sesiones de fisioterapia uroginecológica y 8 clases de ejercicios en grupo.

El objetivo de este programa es conseguir los mejores resultados en el tratamiento de los síntomas, así como introducir conceptos cognitivo - conductuales para que se produzcan cambios que mejoren la calidad de vida de nuestras pacientes en el menor tiempo posible.

El programa presentado en este trabajo se ha llevado a cabo a lo largo de dos años con un total de 102 mujeres. Los resultados obtenidos han sido altamente satisfactorios, se ha conseguido una mejoría en los síntomas físicos (incontinencia, dolor, impotencia funcional...) así como una mayor propiocepción abdomino-pélvica, también se han adquirido unos buenos hábitos digestivos, posturales y sexuales.

Además se ha evidenciado que el formar parte de un grupo afianza a las pacientes en el compromiso de llevar a cabo una estrategia activa en cuanto a su recuperación. El hecho de sentirse integradas junto a otras mujeres de similares características mejora considerablemente su autoestima, hecho que refuerza y mantiene en el tiempo los resultados obtenidos con el tratamiento individualizado de fisioterapia uroginecológica.

2. INTRODUCCIÓN

Se estima que alrededor de un 25% de las mujeres a lo largo de su vida pueden llegar a sufrir algún tipo de patología génito-urinaria, por lo que se puede considerar una cuestión problemática de gran relevancia tanto desde el punto de vista sanitario como por su coste socio-económico (Ramírez et al., 2013).

De todas las afectaciones físicas femeninas, las que afectan al suelo pélvico son las que mayor impacto en su calidad de vida pueden causar, ya que además de la disfunción orgánica, se ven alterados aspectos tan íntimos como la autoestima, la sexualidad y las relaciones sociales (Espuña, 2009).

La pelvis es una estructura anatómica de gran importancia para el ser humano, pero sin plantear una diferenciación sexista, en la mujer mucho más aún que en el hombre, ya que es una zona crucial para la función reproductora. Por ello son las mujeres las que más se ven afectadas por los desequilibrios y daños orgánicos a este nivel. Este complejo óseo se ve influenciado tanto por las estructuras que alberga, como por las que confluyen en ella: miembros inferiores, columna vertebral y abdomen, por lo que para devolverle el equilibrio no nos será suficiente intervenir directamente sobre ella, sino que tendremos que realizar un enfoque terapéutico global sobre la mujer (Calais, 2012).

Debemos tener presente, que un componente esencial en la pelvis es su estructura miofascial, esto es, los músculos que componen el suelo pélvico y el sistema de sostén de los órganos abdominales e intrapélvicos. Este sistema de tejido conectivo es uno de los más particulares de todo el organismo, ya que además de su función músculo-esquelética, también actúa como regulador de la continencia urinaria y fecal, la sexualidad y el parto (Calais, 2013).

En la evolución, desde que el ser humano pasó de cuadrúpedo a bípedo, todas sus estructuras cambiaron y una de las que más sufrió esa modificación fue precisamente el suelo pélvico, ya que de no recibir directamente la presión de las vísceras abdominales, pasó a ser su principal soporte, circunstancia que se ve agravada en los episodios de hiperpresión abdominal, ya sean conductuales

por el mal manejo de la dinámica respiratoria, o por una carga excesiva de pesos o por el embarazo. Todas estas circunstancias aumentan exponencialmente la presión ejercida sobre esa musculatura (Pinsach y Rial, 2013).

Sabiendo todo esto, sería lógico pensar que fortaleciendo estos músculos y corrigiendo malos hábitos, sería fácil prevenir la aparición de síntomas asociados a la disfunción de los mismos. Pero no es así, esta es una zona, como ya se ha mencionado, que tiene asociadas funciones muy vitales e íntimas para el ser humano, que durante mucho tiempo han supuesto un tabú el simple hecho de mencionarlas, así que mucho menos tratarlas o abordarlas desde un punto de vista de prevención, siendo incluso ahora muy complejo hablar de ellas con total naturalidad. Por ello, la principal labor de la fisioterapia uroginecológica suele ser la de tratar los fallos que ya se han producido e intentar paliar sus consecuencias y tratar de mejorar en la mayor medida posible la calidad de vida de las mujeres que acuden a nosotros (Espuña, 2009).

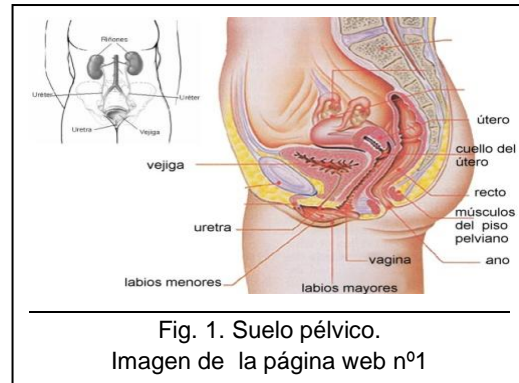
El tratamiento del suelo pélvico es uno de los más claros ejemplos en el tema de la salud en los que se evidencia la necesidad de un abordaje multidisciplinar, ya que son muchos y muy diversos los factores que pueden haber ocasionado el problema, por lo que pretender solucionarlo desde un solo punto de vista es aparte de insuficiente poco integrador (Davis et al., 2003).

Esta región es tan compleja, que ni todas las lesiones musculares van a dar los mismos síntomas, ni los mismos factores de riesgo van a propiciar los mismos daños. Las cargas familiares, las situaciones emocionales, las experiencias vividas, la alimentación, los hábitos diarios, la salud postural... van a ser cruciales a la hora de valorar a la paciente en su globalidad (Elneil, 2009).

Por lo tanto, se entiende que es labor de todos los profesionales sanitarios a los que acude una mujer con disfunción abdomino-génito-urinaria el darle una visión integradora del trabajo del resto y no exclusivista. Cada uno va a llevar a cabo su labor terapéutica, pero sin menospreciar la del resto. Debemos hacer llegar nuestro conocimiento no solo a la mujer, si no al resto de personas que se dedican a la salud, para entre todos realizar un abordaje lo más completo y efectivo posible (Pena et al., 2007).

2.1 ANATOMÍA DEL SUELO PÉLVICO

La pelvis es la región anatómica que continúa la cavidad abdominal (Fig.1). Tiene funciones urogenitales, digestivas, sexuales y reproductivas. Desde la cuadrupedia hasta la bipedestación se produjeron muchos cambios, ya que la presión de las vísceras cambió y el aumento de la masa encefálica dificultó los partos.



El esqueleto pélvico en la especie humana es una región con características muy especiales, ya que es el nexo de unión entre la columna vertebral y los miembros inferiores, produciéndose en ella la distribución de fuerzas ascendentes – descendentes en todas las actividades de nuestro día a día. La pelvis ósea, formada por el sacro, el cóccix y los coxales (isquion, ilion, pubis) se divide en dos partes:

- Pelvis mayor: órganos abdominales
- Pelvis menor: órganos urogenitales

Las principales diferencias entre la pelvis masculina y pelvis femenina es la anchura. La femenina es más delgada y tiene las alas más abiertas y la pelvis menor es más ancha (Calais, 2012).

La pelvis menor alberga la vejiga, el recto y los órganos genitales: en el hombre la próstata y en la mujer el útero, los ovarios y las trompas uterinas.

El periné, son los tejidos blandos que se sitúa superficialmente, entre la sínfisis púbica, las ramas isquiopúbicas, el sacro y el cóccix. A nivel caudal lo limita la piel y a nivel craneal el diafragma pélvico (Ricard, 2009).

El diafragma pélvico está formado por el elevador del ano y el isquiococcígeo. Un papel fundamental es el de la fascia endopélvica, ya que es quien mantiene la estática de las vísceras y mantiene una solución de continuidad con la fascia transversal abdominal.

La distribución de las presiones es la clave para un correcto funcionamiento de todas las estructuras abomino-pélvicas. Esta zona está delimitada por el diafragma torácico, la columna vertebral, la musculatura abdominal y el diafragma pélvico. En el interior de la cavidad abdominal ha de darse una presión negativa, para que se produzca el sostenimiento de las vísceras. Para mantenerla, la contracción del diafragma en la inspiración se coordina con la relajación de los abdominales y una ligera tensión del diafragma pélvico. En situaciones extremas como toser, defecar, vomitar o cargar pesos es cuando mayor precaución debemos tener, ya que la presión intra-abdominal aumenta, gracias a la disminución de espacio que provoca el transverso del abdomen, con la consiguiente estabilización de la columna lumbar y el ascenso del diafragma pélvico y la contracción refleja de los esfínteres. Si todas las estructuras están en adecuadas condiciones, éste es el mecanismo de continencia deseado. Pero la debilidad muscular, los daños provocados en los partos, disinerias respiratorias y malos hábitos fisiológicos pueden provocar que este mecanismo reflejo no se active y se produzcan los indeseados cuadros de incontinencias, prolapsos y /o hernias (Laycock y Haslam, 2004).

2.2. IMPLICACIÓN CLÍNICA DEL SUELO PÉLVICO

El suelo pélvico no es una estructura aislada que cierra el orificio inferior de la pelvis menor, sino que a través de los sistemas fasciales tiene una continuidad estructural y funcional con los músculos abdominales, los erectores del tronco y el diafragma respiratorio (Calais, 2010).

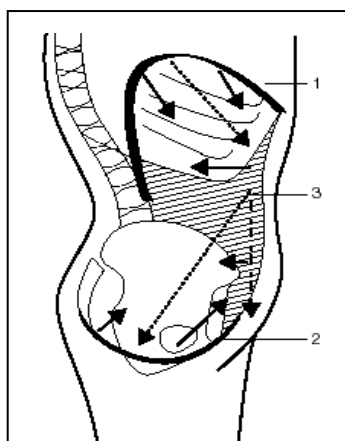


Fig.2. Abdomen – Pelvis
Imagen de la página web nº 2

1. Diafragma torácico
2. Diafragma pélvico

De ahí se entiende que la respiración, la postura y el estado visceral influyen en el mecanismo de continencia y control de los esfínteres en cualquier situación cotidiana (Fig. 2). En el suelo pélvico podemos diferenciar dos estructuras:

- Componente activo: El músculo elevador del ano es el principal responsable activo con cuya contracción se estabilizan los esfínteres uretral y anal.

- Componente pasivo: El sistema suspensorio fascial y los ligamentos que mantienen la vejiga, el útero y los ovarios en una correcta posición.

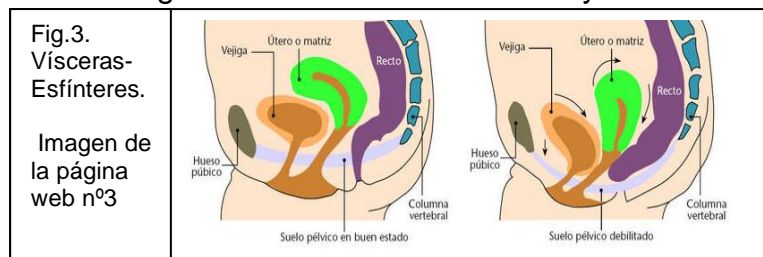
El mantenimiento de un buen tono de los músculos pélvicos puede compensar lesiones fasciales y mantener una buena función de los esfínteres y controlar la evacuación. Por eso es indispensable la reeducación muscular en su conjunto para evitar la aparición de síntomas por lesiones locales y/o la degeneración propia de la edad (Pastjin et al., 2013).

La musculatura y el sistema fascial forman una especie de hamaca que sostiene las vísceras y también abrazan los esfínteres formando unos hiatos que controlan las evacuaciones y en bipedestación las mantienen en una buena posición, manteniendo un ángulo de 90° entre la víscera y su esfínter

(Fig . 3) - Uretra – vejiga

- Vagina – útero

- Ano-recto



No mantener esa angulación va a ser la razón biomecánica que provoca la alteración del mecanismo de evacuación, ya que la contracción muscular va a ser deficitaria y las estructuras fasciales se tensionan y los ángulos se verticalizan (Ramírez et al., 2013).

La Fisioterapia Uroginecológica actual está dando una visión diferente al abordaje terapéutico de la funcionalidad del suelo pélvico ya que no se limita a la visión estática de las estructuras (estática pélvica) sino que integra la visión dinámica, que observa la contracción muscular y la relajación como un componente indispensable para el vaciado y llenado de las vísceras. Con ello contribuye a que la función se mantenga sin necesidad de intervenir y/o mejorar los resultados de la cirugía, pues el buen tono muscular va a compensar las lesiones fasciales y evitar consecuencias indeseables en la falta de control de la evacuación (Zargham et al., 2005).

Aunque la sintomatología más llamativa y alarmante suele venir dada por la disminución del tono muscular, no debemos olvidar patologías derivadas de la hipertonía, ya que aunque de forma más lenta y silente, los problemas que

acarrea un aumento significativo del tono pueden ocasionar graves consecuencias: dificultad para la micción o la defecación, dolor en las relaciones sexuales, dolor irradiado a sacroilíacas, lumbares, ingles, vulva, rodillas... Esta situación puede tener múltiples causas, tanto físicas como emocionales, siendo las más comunes: episiotomías, intervenciones quirúrgicas, partos instrumentalizados, ablaciones, caídas, tratamientos anticonceptivos, estrés, abusos sexuales, relaciones insatisfactorias...

Por lo tanto, para encontrar el equilibrio ideal de esta musculatura es indispensable realizar una buena valoración inicial a las pacientes y establecer un vínculo de confianza entre éstas y el profesional, puesto que se trata de una zona que conlleva muchas sensaciones y emociones asociadas.

Tras esa valoración, se llevará a cabo el tratamiento lo más personalizado posible, pero será el trabajo en grupo, desarrollando ejercicios específicos para potenciar esta zona y explicando la realización correcta de las actividades del día a día, la buena distribución de las cargas y el manejo de las presiones, así como dando consejos para vivir una buena sexualidad, el complemento ideal para esa terapia individualizada inicial en la mayoría de los casos.

2.3. FISIOTERAPIA URO-GINECOLÓGICA

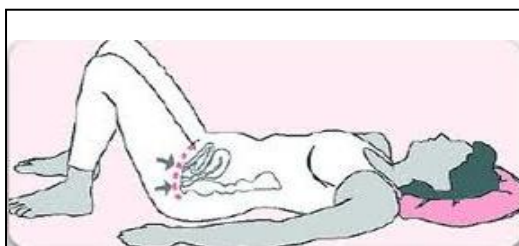


Fig. 4. Ejercicios de Kegel.
Imagen de página web nº 4

En 1948, Kegel (Ramírez et al., 2013) fue el primero en demostrar que el fortalecimiento de la musculatura del suelo pélvico disminuía los efectos de las disfunciones pélvicas (Fig.4).

Cada día son más numerosos, variados y completos los estudios que demuestran a escala mundial que el trabajo de la Fisioterapia en este campo logra grandes beneficios tanto en la hipotonía, como en la hipertonia, consiguiendo normalizar en ambos casos el tono y mejorar su funcionalidad.

Hoy en día ya no es sólo una sensación subjetiva, sino que se pueden demostrar ecográficamente los cambios morfológicos que sufre la musculatura pélvica gracias a su entrenamiento. Ascendiendo la cúpula muscular, se

consigue un mayor control esfinteriano incluso en una situación de hiperpresión intrabdominal. Y también se pueden apreciar radiográficamente la disminución de tensión intrapélvica y corrección de asimetrías estructurales en los casos de hipertonía, cuando el tono se normaliza (Ramírez et al, 2013).

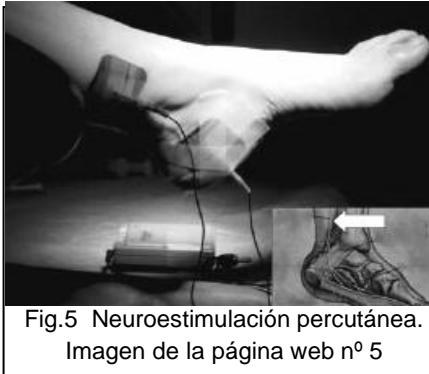
Ya está tan aceptada la efectividad del tratamiento de fisioterapia en el suelo pélvico, que los ginecólogos y los urólogos actualmente ya deciden derivar a las pacientes con sintomatología pélvica a los servicios especializados dentro de los hospitales públicos o bien a centros privados de referencia, para realizar un tratamiento conservador previo a cualquier intervención quirúrgica. Y , a su vez, cada vez son más las mujeres que acuden por decisión propia a las clínicas de fisioterapia solicitando información para realizar un tratamiento específico de las disfunciones perineales (Elneil et al., 2009).

Se puede concluir, basándonos en todos los estudios evaluados que la fisioterapia uroginecológica es efectiva en los diferentes cuadros sintomatológicos del suelo pélvico (Ayekete et al., 2013).

- *Incontinencia urinaria:*

- El entrenamiento muscular del suelo pélvico es mejor que la ausencia de tratamiento en casos de incontinencia urinaria de esfuerzo, sobre todo en mujeres entre 40-50 años.
- El tratamiento guiado por un fisioterapeuta experto da mejores resultados que cuando se realiza a solas.
- El tratamiento directo, con palpación, es más exitoso que el indirecto.
- El entrenamiento muscular guiado y controlado es más efectivo que la electroestimulación.
- La electroestimulación es más efectiva que la ausencia de tratamiento en los casos de incontinencia urinaria.
- Es útil la combinación de entrenamiento conductual y muscular para tratar las incontinencias de esfuerzo y las de urgencia.

- Los ejercicios posturales, el trabajo abdominal y la hipopresión contribuyen al fortalecimiento del suelo pélvico.
- La inclusión en un programa de reeducación pélvica, facilita la intervención en los hábitos de vida.



- En casos de hiperactividad vesical, el entrenamiento muscular, se ha mostrado como la mejor solución terapéutica, junto a la neuromodulación y la neuroestimulación percutánea (Fig. 5).

- *Prolapsos*

- En los casos de prolapsos urogenitales, la intervención del fisioterapeuta puede ser de prevención, para evitar su aparición o dado el caso, como tratamiento pre y posquirúrgico, pautando el mejor entrenamiento muscular en función de las características personales de cada mujer. Están demostrados los resultados positivos de esta intervención comparándolos con casos en los que no se realizó ningún tipo de tratamiento conservador previo o posterior a la cirugía (Zargham et al., 2012).

- *Disfunciones Ano-rectales*

- La intervención fisioterápica, tanto con el *biofeedback*, la manometría o el entrenamiento muscular logran mejorar las afectaciones del compartimento posterior,
- No hay que olvidar realizar una corrección en los hábitos alimenticios, para lograr buenos resultados con nuestros tratamientos.
- También se ha visto necesaria una revisión de hábitos de higiene, de horarios, de posturas, para poder regularizar el tránsito intestinal.

- *Disfunciones sexuales, dispareunia y vaginismo*

- En estos casos la fisioterapia también se ha visto como una de las herramientas más útiles. Tanto con el tratamiento manual, el

entrenamiento muscular o con ejercicios de desensibilización y propiocepción, como con métodos instrumentales como el TENS (analgésicos) se han visto grandes mejorías de todos los síntomas.

- La relajación general de la paciente, lograda con inducción miofascial, trabajo respiratorio, liberación tensional, desensibilización central y otros métodos globales va a ayudar a la mujer a recuperar una imagen positiva de sí misma y le va a permitir recuperar una vida sexual activa (Stephanie et al.2012).
- La enseñanza de técnicas y posturas sexuales son muy bien acogidas por parte de las mujeres que padecen este tipo de problemas, ya que les permite ir poco a poco recuperando su femienidad y su autoestima (Pessarrodona y Cassadó, 2012).
- La hipertermia se ha confirmado como una forma de tratamiento muy efectiva en los casos de hiperalgesia e hipertonia (Ramírez et al., 2013).
- El tratamiento de los puntos gatillos miofasciales produce una gran mejoría de los síntomas provocados por la hipertonia de la musculatura pélvica, tanto intra- como extrapélvica.

En función a todas estas evidencias científicas, se puede concluir que la fisioterapia uroginecológica tiene un papel significativo y primordial en el tratamiento de las principales patologías que se asientan en el suelo pélvico femenino, independientemente del compartimento que se vea afectado, ya sea por un aumento o por una disminución del tono muscular (Rosenbaum y Owens, 2012).

Así mismo, dentro de las muchas posibilidades terapéuticas de la fisioterapia, se ha demostrado que el entrenamiento muscular y el tratamiento manual intra- y extracavitario son más efectivos que la electroestimulación y el *biofeedback*.

Si sumamos a todos estos datos, el refuerzo positivo que da el formar parte de un grupo, encontramos la base del Programa de Reeduación Abdomino-Génito-Urinario que se presenta en este Trabajo Fin de Grado en Fisioterapia.

2.4. OBJETIVOS: PRINCIPAL Y ESPECÍFICOS

El principal objetivo que me planteo a la hora de desarrollar este programa entre la población femenina es que las mujeres aprendan a sentir y percibir su suelo pélvico y que lo integren dentro de su esquema corporal. En cuanto a esa percepción, cobra principal importancia el aprendizaje de la coordinación abdómino-pélvica a la hora de realizar las actividades de la vida diaria para evitar la hiperpresión intracavitaria responsable del debilitamiento de la zona.

Entre los objetivos específicos, están los que competen a la corrección postural, al patrón respiratorio adecuado y sobre todo a la tonificación muscular abdominal y pélvica.

Dadas las características de estas patologías, hay un gran componente emocional asociado, ya que las afectadas sufren un importante menoscabo en la imagen personal, un aislamiento social, la incompreensión por parte de la pareja o del entorno, pueden llegar incluso, a presentar cuadros depresivos asociados. Por ello, la integración dentro de un grupo de mujeres con sus mismas características, les permite hablar abiertamente de sus sentimientos o de sus síntomas, sin sentirse discriminadas o incomprendidas, hecho que constituye un refuerzo positivo a la hora de adherirse a la terapia, muy superior a cuando el tratamiento se realiza de forma individual.

Por último, pero no por ello menos importante, otro objetivo que me planteo a la hora del diseño de este Programa, es el enseñar a la mujer a descubrir su sexualidad, potenciar su femineidad y a hablar de este tema tan tabú de una forma abierta y con la mayor naturalidad posible. Dentro de las clases en grupo se resuelven dudas, se plantean pautas para despertar la libido, se recomiendan técnicas y posturas para lograr el mayor grado de placer posible que pueda en sus relaciones sexuales, tanto de forma individual como con su pareja. Este es uno de los aspectos que más agradecen la mujeres que se planteen dentro de los talleres, porque son temas de los que no se pueden hablar abiertamente en muchos lugares y hacerlo sin cortapisas ni prejuicios compartiendo experiencias y consejos es una liberación para ellas.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

El Programa de Reeducción Abdómino-Pélvica-Urinaria que se describe en este Trabajo Fin de Grado recibe el nombre comercial: “Céntrate en ti”, que pretende ser una forma de recoger los objetivos que se intentan conseguir con él y así las mujeres entiendan que durante la realización del mismo, necesitan centrarse en ellas y estar especial atención al núcleo de su esquema corporal: su abdomen y su pelvis. En esa denominación se han integrado la percepción física y emocional que se da en este programa.

Se han realizado 7 ediciones de los talleres, con un total de 12 grupos entre los años 2012 y 2013. Han participado en total 110 mujeres, de las cuales 8 no los finalizaron por diferentes razones personales y profesionales. La proporción de participantes por grupo es de 9,1 mujeres. La edad media ha sido 40,5 años.

Este programa integra tanto el tratamiento individual como el trabajo en grupo, que se detalla a continuación.

3.1. TRATAMIENTO INDIVIDUAL

En cuanto a la terapia individual, se realiza en una sala de fisioterapia, cumpliendo la normativa legal vigente, firmando el consentimiento informado (Anexo I), permitiendo la incorporación de los datos personales dentro de la base de datos correspondiente (según la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal, LOPD 15/1999, de 13 de diciembre) y recibiendo el permiso necesario para realizar una valoración inicial para llevar a cabo el tratamiento fisioterápico intra- y extracavitario más adecuado.

Junto a los consentimientos informados firmados, adjuntaremos todos los informes ginecológicos, obstétricos o urológicos que las paciente nos facilite.

Después de estos trámites iniciales, se elabora una Historia Clínica (Anexo II) en la que se recoge la mayor cantidad de información posible, para acceder globalmente a cada paciente.

El tratamiento individual incluido en el Programa consiste en cuatro sesiones individuales, de 45 minutos de duración que se pautan de la siguiente forma:

- La primera, al comienzo del taller.
- La segunda, tras las primeras 4 semanas.
- La tercera, al finalizar las 8 semanas de entrenamiento.
- La cuarta, a los 2 meses de haber acabado el programa.

3.1.1. Historia clínica: Justificación

Datos personales:

- *Nombre*
- *Edad* (es un dato primordial, ya que las mujeres sufren muchos cambios estructurales, físicos y emocionales, dependiendo de su edad)
- *Peso / talla* (un aumento o una pérdida excesiva de peso puede agravar patologías en esta región).
- *Profesión* (se valora la influencia que el trabajo puede tener en su vida; riesgos como cargar pesos, estar periodos prolongados de pie o sentadas, estar sometidas a mucha responsabilidad o vivir momentos de mucho estrés, viajes continuos, tener horarios por turnos, sufrir inestabilidad laboral, acoso y otras situaciones desfavorables en el entorno de trabajo pueden ser causa o desencadente de la patología).
- *Aficiones* (si practica algún deporte o alguna actividad física en su tiempo libre, que pudiera estar influyéndole de forma positiva o negativa).
- *Antecedentes familiares* (la predisposición genética puede condicionar a sufrir determinadas patologías. Se le preguntará a la paciente si sus antecedentes familiares femeninos han padecido incontinencia urinaria y/o fecal, miomas, tumores, endometriosis, trastornos ginecológicos o abdominales, enfermedades hormonales; o sobre la evolución de sus menopausias, etc...nos dan una idea de la carga hereditaria que recibe).

Datos ginecológicos

- *Menstruación:*
 - Menarquia
 - Última menstruación
 - Síntomas
 - Duración
- *Menopausia:*
 - Edad
 - Síntomas
- *Ovarios, trompas y útero*
 - (Miomas, quistes, endometriosis, tumores, posición uterina, tamaño...)
- *Enfermedades (Cándida Albicans, infecciones víricas, bacterianas...)*
- *Tratamientos anticonceptivos*
- *Última revisión ginecológica*

Datos obstétricos

- *Embarazos* : número (a término o no) / Ectópicos o extrauterinos / Edad / Peso ganado / Síntomas asociados (tensión arterial, diabetes, vómitos, náuseas, cialgias, pubalgias, desprendimiento de placenta, retención de líquidos, ardor, malestar general u otros)
- *Preparación al parto*
- *Partos / cesáreas:* saber si el parto ha sido natural, inducido o programado / Uso de oxitocina y epidural / Instrumental utilizado: ventosas, forceps, espátula / Desgarro o episiotomía.
- *Recuperación posparto*

- *Diátasis abdominal*
- *Tratamientos de fertilidad*

Datos urológicos

Ingesta de líquidos (cantidad total de líquidos ingeridos al día)

Frecuencia miccional (diurna y nocturna)

Sensación de vaciado

Incontinencia (*Esfuerzo / Urgencia / Mixta*)

Infecciones urinarias, cólicos urinarios, etc

Estudio urodinámico

Otros datos de interés

Datos traumatológicos

- Caídas, accidentes, fracturas
- Escoliosis
- Dismetrías

Intervenciones quirúrgicas

- Ginecológicas, abdominales, ortopédicas

Enfermedades

- Oncológicas, reumáticas, autoinmunes...

Síntomas abdominales

- Gases, estreñimiento, gastritis

Motivo de hacer el taller

Prevención / Terapia / Explorar la femineidad / Crecimiento personal / Otros

Cómo conoció este programa

Amigos, familia, redes sociales, médico de cabecera, ginecólogo, urólogo, fisioterapeuta, otros.

3.1.2. Exploración general

Tras recopilar esta información, se realiza la exploración general de la paciente.

- Bipedestación (postura, curvaturas, fisonomía, base de sustentación, cicatrices)
- Apoyo monopodal (equilibrio)
- Esfuerzos (forma de realizarlos y síntomas)
- Decúbito supino (síntomas, estado abdominal, movilidad visceral)
- Decúbito prono (síntomas, movilidad sacra, simetría pélvica)

Se comprueba el tono de la musculatura abdominal, sobre todo de la capacidad de contracción del transverso del abdomen, músculo fundamental para la reeducación abdómino-génito-urinaria. Se ve también la región paravertebral, el diafragma, el psoas iliaco, los aductores, los glúteos y el piramidal.

Se valora la movilidad de raquis, pelvis y caderas, en cuanto a rango, dolor y compensaciones.

Comprobamos finalmente el estado de cicatrices que pudiese haber a nivel abdominal, lumbar o pélvica (longitud, adherencias, dirección, etc.)

3.1.3. Exploración pélvica

- **Extracavitaria**

Valoración de la pelvis y los órganos intrapélvicos desde un acceso externo.

Se realizará la siguiente palpación:

- *Espinas iliacas supero-infero anteriores*
- *Ligamentos inguinales*

- *Zona ovárica derecha / izquierda* (edemas, movilidad, dolor)
 - *Útero* (posición y movilidad)
 - *Vulva*: Vello púbico / Lubricación / Coloración / Mucosidad / Labios mayores / Labios menores / Uretra / Introipo / Núcleo central del periné / Cicatriz episiotomía / Esfínter anal / Hemorroides
 - *Núcleo central del periné -NCP-* (valorar el tono muscular)
- **Intracavitaria**

Se realiza la palpación intracavitaria, siempre con el permiso de la mujer y de forma respetuosa y lo menos agresiva posible. Se lleva a cabo con guantes de vinilo o nitrilo (ya que muchas mujeres suelen ser alérgicas al látex) y para facilitar la penetración se utilizan lubricantes de base acuosa.

Puede ser necesaria una palpación intraanal además de la intravaginal si los síntomas de la paciente lo requisiera.

La posición más recomendada para la exploración intravaginal será en decúbito supino con las piernas sujetas con unas perneras para evitar la fatiga muscular.

Se valora el tono muscular de los diferentes planos que conforman el suelo pélvico:

- Los músculos superficiales son los que se denominan periné pélvico y son los que unen la sínfisis púbicas a las ramas isquiopubianas, al sacro y al pubis.
- El plano profundo está formado por el músculo isquiococcígeo y el elevador del ano, que constituyen el diafragma pélvico.
- La fascia endopélvica tiene un papel fundamental en la estática de las vísceras, ya que es la que las mantiene en su correcta posición si está en buen estado, por lo que su debilidad o su retracción va a modificar la estática visceral, con la consiguiente alteración funcional de correspondientes vísceras. Se palparán los fondos de saco laterales, anterior y posterior.
- Cérnix (hay diferencias entre mujeres nulíparas y las que han dado a luz)

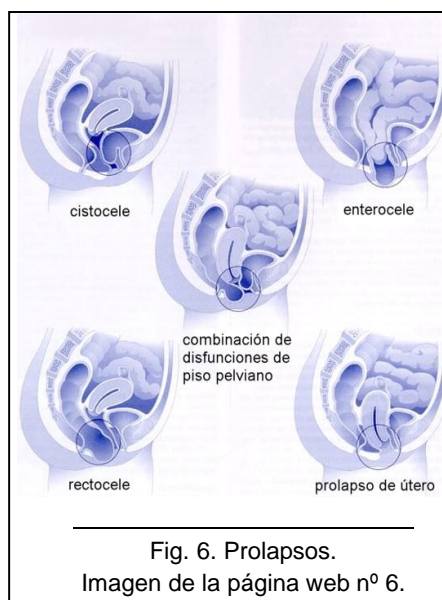
En esta exploración, se puede valorar la posición visceral y graduar su posible descenso en relación al introito vaginal (Fig. 6)

Grado 1: la parte más distal del prolapso está a una más de 1 cm del himen

Grado 2: la parte más distal del prolapso está a menos de 1 cm del himen

Grado 3: la parte distal del prolapso está a más de 1cm por debajo del himen

Grado 4: todo el tracto genital inferior se muestra a través del himen



Y dependiendo del órgano que sea nos encontraremos distintos colpoceles:

- CISTOCELE: La vejiga empuja la pared anterior, es un colpocele anterior.
- HISTEROCELE: El útero es el órgano que ha perdido su posición.
- ENTEROCELE: Parte del intestino delgado asoma por la apertura vaginal.
- RECTOCELE: Es el recto el que está descendido y empuja la pared posterior.

Estos fallos posicionales cambian la orientación que deben mantener las vísceras con sus esfínteres, provocando una alteración funcional. Se ha demostrado que el grado de prolapso no se correlaciona con la incontinencia urinaria, siendo particular esta asociación de nivel de descenso y gravedad sintomatológica para cada mujer. De lo que sí hay constancia es que estos descensos son debidos a una hipotonía muscular y a una distensión del tejido conjuntivo de las fascias endopélvica y transversal abdominal (Zargham et al., 2005).

Todas las mujeres que presentan esta alteración posicional tienen una sensación de peso, de “bulto” que se agrava en situaciones de hiperpresión abdominal a lo largo del día, pudiendo llegar a ser visible a través de la vagina.

En cuanto a la efectividad de la fisioterapia uroginecológica, se ha visto que los grados 1 y 2 son susceptibles de mejoría e incluso de reducción total, sobre todo la combinación del tratamiento manual y del entrenamiento muscular. En el grado 3, la intervención del fisioterapeuta se considera fundamental para evitar la recidiva tras la intervención quirúrgica de recolocación, tanto de forma previa como posterior a la cirugía (Martínez et al. 2012).

Aunque la hipotonía muscular es más común, también se puede encontrar una hipertonía exagerada en los planos estructurales. En estos casos se valorará el grado de contractura, la simetría, la ubicación (superficial, profunda, esfinteriana), síntomas, etc. La retracción de los tejidos o fibrosis consecuencia de cicatrices o desgarros internos son muy comunes en esta patología.

3.1.4. Tratamiento muscular

En relación al estado muscular que nos encontramos, realizaremos la intervención fisioterápica más adecuada para cada anomalía :

- *Hipotonía:* Trabajamos sobre todo el aspecto de la propiocepción, se solicitan diferentes tipos de contracción, se varían los tiempos de actividad y de reposo, se activan diferentes músculos, con la intención de reclutar el mayor número de fibras posible.

- *Hipertonía:* Haremos masaje perineal si el aumento de tono es más superficial, para facilitar la penetración y flexibilizar la entrada vaginal.

El trabajo de inducción miofascial es muy efectivo para normalizar el tono de los músculos más profundos y facilitar la liberación de las diferentes estructuras miofasciales que forman el sistema suspensorio. Se tratarán los puntos gatillo miofasciales, con presión isquémica y con la técnica de Jones, si apareciesen bandas tensas dentro de los vientres musculares.

La hipertermia, es muy efectiva en los casos de neuralgias del nervio pudiendo, de la hipertonía muscular y de la falta de vascularización superficial, ya que consigue aumentar el trofismo local al facilitar la microcirculación sanguínea en la zona, muy deteriorada en estos casos, consiguiendo así una mejoría de los síntomas en muy poco tiempo.

3.1.5. Valoración del tono muscular

Se continúa con la palpación interna y se solicita a la paciente una contracción intensa y mantenida de la musculatura intrapélvica, aislada de contracciones asociadas de musculatura abdominal, glútea o aductores. En relación a la escala Oxford (Anexo III), se valora el tono inicial para utilizarlo como referencia (Ramírez et al., 2013)

(0-contracción ausente / 5-contracción contrarresistencia).

Para la valoración muscular, se utiliza el número PERF que Laycock definió en 2002 (Laycock y Haslam, 2004):

P (*Power*) - Fuerza: fuerza muscular según escala Oxford.

E (*Endurance*) - Resistencia: tiempo que se mantiene fuerza máxima.

R (*Repetitions*) - Repeticiones: número de repeticiones de contracción máxima.

F (*Fast*) - Rápidas: número de contracciones rápidas de forma seguida.

Este será el indicador para ponderar la evolución del tratamiento realizado.

3.1.6. Plan de ejercicios

En función de los resultados de la valoración inicial se le elabora a cada mujer la pauta de ejercicios que debe realizar en su domicilio, que a pesar de las variaciones individuales, básicamente van a consistir en realizar dos veces al día durante las ocho semanas que dura el programa lo siguiente:

Ejercicios tónicos: Realizar 10 contracciones máximas mantenidas, sin perder el 100% de tensión. Se descansará el mismo tiempo que dure la contracción.

Ejercicios fásicos: Se realizarán 3 ciclos de 10 contracciones suaves rítmicas y mantenidas. Se descansará 1 minuto entre cada ciclo.

Trabajo respiratorio: La paciente va a realizar los esfuerzos más comunes de sus actividades de la vida diaria con la contracción combinada del suelo pélvico y la activación del transverso del abdomen sinérgicamente.

Esas son las recomendaciones generales, pero pueden darse más específicas, adaptadas a las características de cada mujer. Pueden ser ejercicios de estiramiento de aductores, del obturador interno, masaje perineal, tratamiento con vibrador para desensibilizar la vagina, baños de asiento, posturas hipopresivas, etc.

3.1.7. Segunda valoración

En la segunda valoración tras las primeras cuatro semanas de trabajo en grupo, se llevará a cabo una revisión general de la postura, de la movilidad articular y de la liberación de las cicatrices, si las hubiera.

Se comprobará la evolución de la contracción (en cantidad y en calidad) del transverso del abdomen y de la musculatura intracavitaria.

Se corregirán los posibles fallos en la ejecución de los ejercicios, se resuelven las dudas surgidas y se planteará una nueva pauta de trabajo.

Si se ha conseguido la evolución deseada, puede ser el momento de recomendar utensilios como las bolas chinas para reforzar el entrenamiento muscular; se utilizarán siempre bajo supervisión y siguiendo las indicaciones pautadas en esta segunda sesión individual.

3.1.8. Tercera valoración individual

A las ocho semanas se realizará la tercera valoración, en la que se vuelve a comprobar el tono muscular de los músculos mencionados anteriormente.

Se valorará el grado de coordinación de la contracción abdómino-pélvica a la hora de realizar esfuerzos y también la capacidad de diferenciación y percepción de la zona pélvica. Se considerará la pertinencia o no de continuar con el entrenamiento muscular aprendido o de realizar más sesiones terapéuticas de refuerzo si las características de la patología lo precisaran.

En esta sesión se reforzarán los consejos dados y las pautas a seguir para mantener un estado óptimo de todo el sistema abdómino-génito-urinario.

3.1.9. Cuarta valoración individual

Para valorar los efectos del trabajo realizado a medio plazo, se recomienda a la mujeres una cuarta cita ocho semanas después de la finalización del programa. Se analizarán posibles recaídas, progresiones, dudas, complicaciones y se revisará de nuevo la coordinación de las funciones respiratoria y pélvica, la ejecución de los esfuerzos y de la corrección de disfunciones viscerales, así como la mejoría de los síntomas presentados inicialmente.

3.2. TRABAJO EN GRUPO

El trabajo en grupo se lleva a cabo en una sala acondicionada de 45 m² , con espejos en la paredes para reforzar la corrección postural.

La secuencia de las clases será semanal de una hora de duración.

Los ejercicios los realiza la fisioterapeuta, explicando la ejecución para que las alumnas los repitan a continuación, realizando las repeticiones que sean adecuadas, con indicaciones puntuales para que la ejecución sea lo más correcta posible.

La evolución de los ejercicios será, primero en suelo, luego progresivamente en sedestación, en bipedestación, en apoyo monopodal y en carga y por último contra resistencia.

Los ejercicios pautados pretenden:

- Reforzar la contracción tónica de los músculos pélvicos
- Reforzar la contracción fásica
- Movilizar la pelvis: Adiestrar en la ejecución de la báscula pélvica anterior y posterior.
- La contracción del transverso del abdomen
- El cierre pélvico, asociado a la movilización de las caderas.
- Corregir la postura, gracias a la contracción de la musculatura antero-posterior

- Mejorar el equilibrio, para reforzar la estabilidad global.
- Dar elasticidad a la columna vertebral
- Lograr la aspiración diafragmática, consiguiendo la hipopresión abdominal.
- Enseñar el gesto siguiente de forma refleja: Espiración prolongada + elongación vertebral + contracción del transverso.
- Adoptar posturas hipopresivas para restar tensión abdominal.
- Ejecutar correctamente diversos ejercicios hipopresivos.
- Reeducar la biomecánica respiratoria.
- Conseguir la realización de esfuerzos del tren superior e inferior en cadena cinética abierta / cadena cinética cerrada sin aumentar las presión abdominal.

Además en las clases se resolverán dudas que vayan surgiendo a lo largo del programa, se planteará un cambio de hábitos alimenticios, higiénicos, sexuales y se darán recomendaciones generales en estos ámbitos para con ellos reforzar la imagen personal femenina y mejorar su esquema corporal y su autoestima.

3.2.1 Materiales

Como materiales de trabajo empleados en las clases de grupo se utilizan:

- Para trabajar la movilidad pélvica y la corrección postural: pelotas Suizas
- Para trabajos contra-resistencia: *pelotas Gym-Tonic* y Aros de Pilates
- Para corrección postural y adecuación a las actividades de la vida diaria: sillas, pesos, utensilios diversos.

Se enseña y se explica el uso de: bolas chinas, conos vaginales, vibradores, dildos, estimuladores clitorianos, lubricantes, pesarios, "*Pelvic stabilizers*", "*Control activ guard*", etc.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

De los datos recogidos tanto en la Historia Clínica como en la encuesta que se les pasa a las participantes al final del trabajo en grupo, se recogen los siguientes datos:

- De los “*motivos para hacer el taller*” (pregunta realizada en la historia clínica) los resultados fueron los siguientes (Gráfica1):
 - El 65% presentaba incontinencia urinaria de esfuerzo y lo realizaban para mejorar sus síntomas.
 - El 2% presentaba incontinencia urinaria de urgencia.
 - El 8% manifestaba dispareunia y vaginismo.
 - El 3% venía diagnosticado de rectocele e incontinencia del compartimento posterior.
 - Un 10% quería conocer su cuerpo y mejorar su coordinación abdómino-génito-urinaria y no presentaba ningún síntoma.
 - Otro 10% venía para aliviar la sequedad vaginal y mejorar su función sexual.
 - Y un 4% acudió por causas traumatológicas y aliviar el dolor pélvico crónico.
- En la última clase de grupo se pasa una encuesta (Anexo IV) para que las mujeres valoren por sí mismas la evolución de su cuerpo, de su suelo pélvico y de la integración de este programa de reeducación abdómino-génito-urinario en su vida. Entre los epígrafes que se recogen están los síntomas más frecuentes: incontinencia, escozor, dolor, lubricación, sensación de caída, menstruación, menopausia, líbido, orgasmos clitorianos, orgasmos vaginales.

También se incluyen en la encuesta varios epígrafes para que valoren el programa en su conjunto y para que puntuen las sesiones individuales y las grupales.

Se les pregunta por último si hablarán el taller a sus amigas, familia, pareja, médico de cabecera, ginecólogo.

- Según los datos obtenidos en estas encuestas (Gráfica 2), la percepción general de las mujeres que han participado en las distintas ediciones celebradas hasta el día de hoy es altamente satisfactorio y *el nivel de mejoría en los síntomas* y en las funciones abdomino-génito-urinarias es muy alto (valoraciones de 0 a 5) :

- Un 5% mejoró totalmente los síntomas iniciales (5/5)
- Un 75% consiguió mejorar mucho su sintomatología previa (4/5)
- Un 18% sintió alguna mejoría (3/5)
- Un 3% sólo sintió una pequeña variación (2/5)
- Un 4% no sintió nada (1/5)

- En cuanto a la *valoración global del taller*, éstas son sus opiniones (Gráfica 3) :

- Un 90% lo puntúa 5/5
- Un 6% otorga 4/5
- Un 2% da un 3/5
- Un 2% no sabe / no contesta

- En cuanto a la puntuación que dan a *las sesiones individuales y las clases en grupo*, también es muy positiva (Gráfica 4) :

- Sesiones individuales:
 - Un 90% las valora con la máxima puntuación 5/5
 - Un 6% les da un 4/5
 - Un 4% otorga un 3/5
- Clases en grupo:
 - El 96% da un 5/5
 - El 2% puntúa un 4/5
 - El 2% otorga un 3/5

- En cuanto a la *difusión* que darán en su entorno del Programa de Reeducción Abdomino-Génito-Urinaría que acaban de realizar, contestan (Gráfica 5) :

- Un 99% se lo recomendaría a sus parejas, amigas y familiares
- Un 70% se lo comentará a sus médicos de cabecera
- Un 68% informará de ello a sus especialistas (urólogos, ginecólogos, matronas ...)
- Sólo un 1% se lo ocultará a todo su entorno.

- Por último se les pregunta si considerarían oportuno realizar un *taller de clases de mantenimiento*, únicamente con las sesiones en grupo, con un secuencia semanal y el 96% dijo que Sí estaría interesada y sólo un 2% contestó que NO y el restante 2% no contestó (Gráfica 6) :

En cuanto a la asistencia a las ocho clases en grupo, más del 85% de las mujeres asistió a la totalidad de ellas, un 10% al menos a 6 y un 5% a menos de la mitad, alegando causas profesionales.

En base a estos resultados considero oportuna la intervención que se ha llevado a cabo con este Programa, que combina el tratamiento individual y las clases en grupo para reeducar todo el sistema Abdómino-Génito-Urinario.

Al finalizar las clases se les entrega a todas las participantes un dossier con un resumen de los ejercicios realizados, consejos para la vida diaria y pautas para integrar en su día a día y así mantener los logros conseguidos durante el programa.

En la sesión individual que se realizó a las ocho semanas después de haber concluido los talleres, se pudo apreciar la desvinculación que se produce a un tratamiento cuando no se forma parte de un grupo, ya que el 27% de las mujeres no acudió a esa sesión y de las que asistieron, el 70% manifestó que no había continuado con los ejercicios pautados, el 22% dijo que los había realizado una vez a la semana, un 5% dijo que los había hecho una vez al día y sólo el 3% los realizaba dos veces al día como labor de mantenimiento.

También se apreció una leve recaída (un 10% de las pacientes), sobre todo en las pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo, el resto se mantuvo e incluso mejoró.

4.2. DISCUSIÓN

Entre la población femenina se está dando una alta incidencia a presentar algún tipo de patología asociada al sistema uroginecológico y la fisioterapia se ha evidenciado como una solución muy eficaz para la mayoría de esos problemas. Entre las múltiples estrategias terapéuticas que se pueden aplicar se ha demostrado que el entrenamiento muscular y el tratamiento manual son las más efectivas para conseguir los mejores resultados (García et al., 2005).

Teniendo en cuenta las características de las estructuras de sujeción, los hábitos diarios, las situaciones de riesgo (embarazos y partos) y la disfunción en la distribución de la presión intrapélvica, es lógico que la mayor prevalencia

de lesiones sean debidas a la hipotonía muscular y a una distensión de la fascia endopélvica. En estas circunstancias se evidencia un descenso de las vísceras y un trastorno en el control de los esfínteres por el aumento de la presión que se ejerce sobre ellos. El compartimento anterior será mucho más susceptible a lesionarse que el posterior, por lo que los prolapsos vesicales y uterinos son más frecuentes que los rectales. Así mismo, el síntoma más común es la incontinencia urinaria de esfuerzo (Arcas et al., 2007). Pero también pueden darse casos de hipertonia del diafragma endopélvico que den síntomas como dolor, dispareunia y tensión que también provoquen disfunción en los esfínteres o en la vagina (Pessarrodona y Cassadó, 2012).

Al ser trastornos de origen estructural, la fisioterapia tiene un papel fundamental en su recuperación. Pero esta zona de nuestro cuerpo no está aislada, se encuentra vinculada directamente con la columna vertebral, el abdomen y los miembros inferiores. Por ello, para una solución total de los síntomas que presentan las mujeres, es indispensable realizar un programa integral de Reeduación Abdómino-Génito-Urinario que incluya *sesiones individuales* para tratar fijaciones viscerales, liberar fibrosidades, relajar puntos gatillo miofasciales, reequilibrar el sistema miofascial y enseñar a realizar los ejercicios de tonificación del suelo pélvico correctamente y por otro lado se incluirán *varias clases en grupo*, con mujeres de variada sintomatología y de diferentes edades, para estimular el hecho de la integración, de compartir experiencias y de obligarse a realizar las pautas aconsejadas regularmente. El hecho de formar parte de una comunidad, además está evidenciado como un estimulador de la autoestima y del refuerzo psicológico del ser humano.

En esta combinación de trabajo individual y trabajo en grupo quedan integradas las estrategias más útiles que la fisioterapia plantea para solucionar las disfunciones uroginecológicas de cualquier origen y sintomatología (Berghams et al., 1998).

5. CONCLUSIONES

Se puede concluir que, en el programa de reeducación abdomino-génito-urinaria planteado, al pautar las sesiones individuales intercaladas a lo largo de la duración del taller sirve para valorar la evolución de los síntomas, resolver dudas que vayan surgiendo y corregir fallos en la ejecución de los ejercicios recomendados.

El trabajo en grupo es muy bien acogido entre las mujeres, porque lo consideran un refuerzo para continuar con el entrenamiento domiciliario. Al finalizar las clases se les entrega a todas las participantes un dossier con un resumen de los ejercicios realizados, consejos para la vida diaria y pautas para integrar en su día a día y así mantener en el tiempo los logros conseguidos.

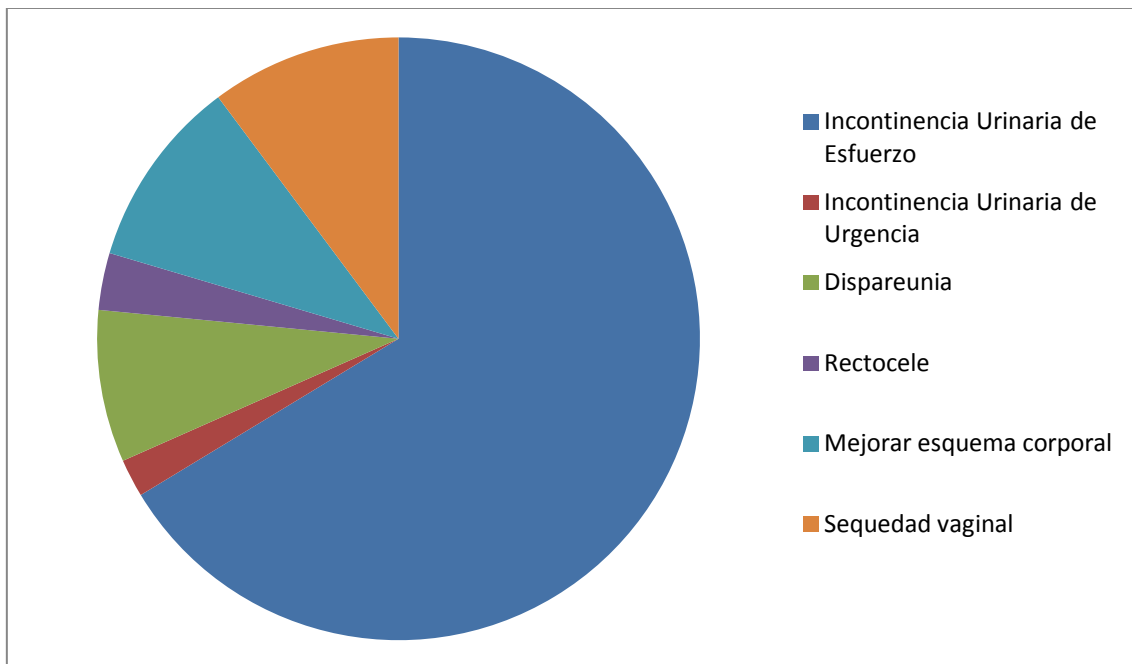
Por último se ve que al abandonar el programa se produce un desapego a la rutina de tonificación muscular, por lo que se deja abierta la posibilidad de realizar periódicamente sesiones de refuerzo, o bien formar un grupo de mantenimiento con un frecuencia semanal para que las mujeres puedan integrar lo aprendido en su rutina diaria.

El trabajo sobre el sistema abdómino-génito-urinario es, además de una solución efectiva para la sintomatología física, un refuerzo en la autoestima ya que mejora la imagen personal, la integración social y las relaciones de pareja.

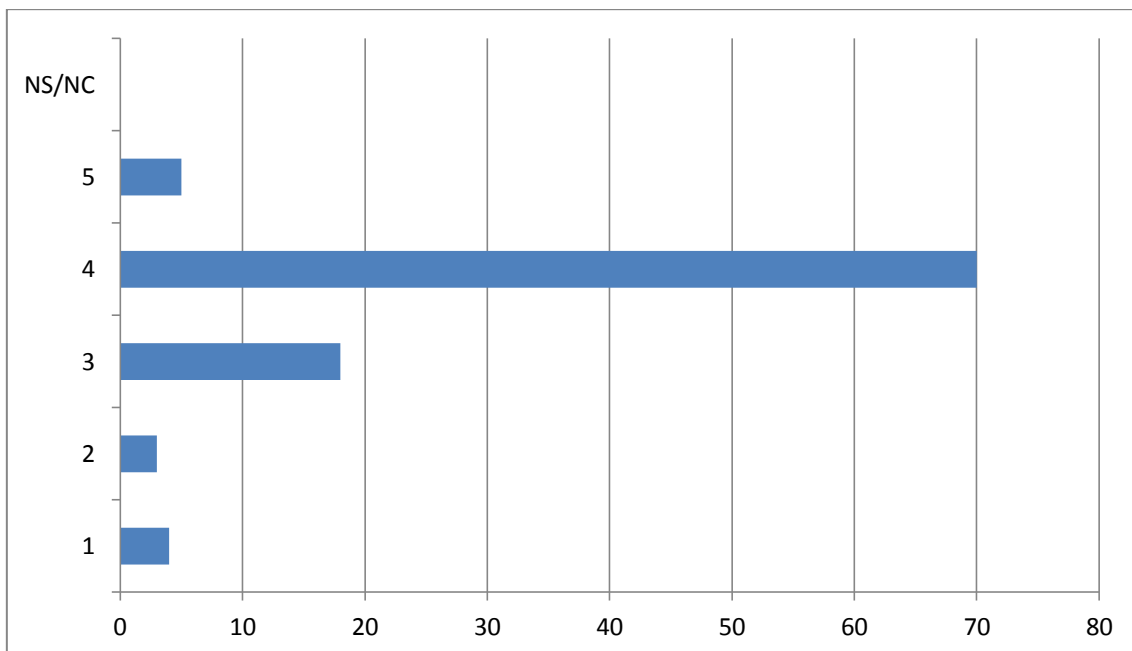
En base a la mejoría obtenida en los síntomas y a la percepción de las participantes, considero oportuna la intervención que se ha llevado a cabo con este programa que combina el tratamiento individual y las clases en grupo para reeducar todos los aspectos afectados en este tipo de problemática.

Queda abierta la posibilidad de desarrollar un programa de mantenimiento e intensificar los ejercicios realizados en los talleres de iniciación, ya que se comprueba que el hecho de formar parte de un grupo facilita la integración de pautas saludables en el día a día.

6. GRÁFICAS

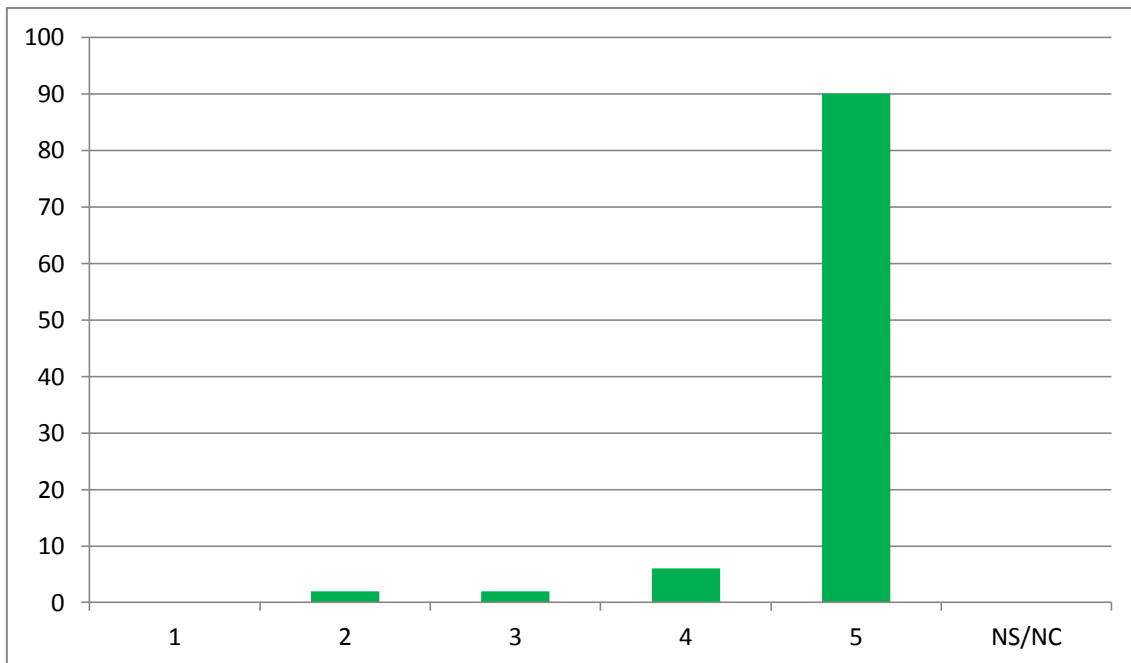


Gráfica 1. Motivos para hacer el Programa de Reeducción Abdomino-Génito-Urinario



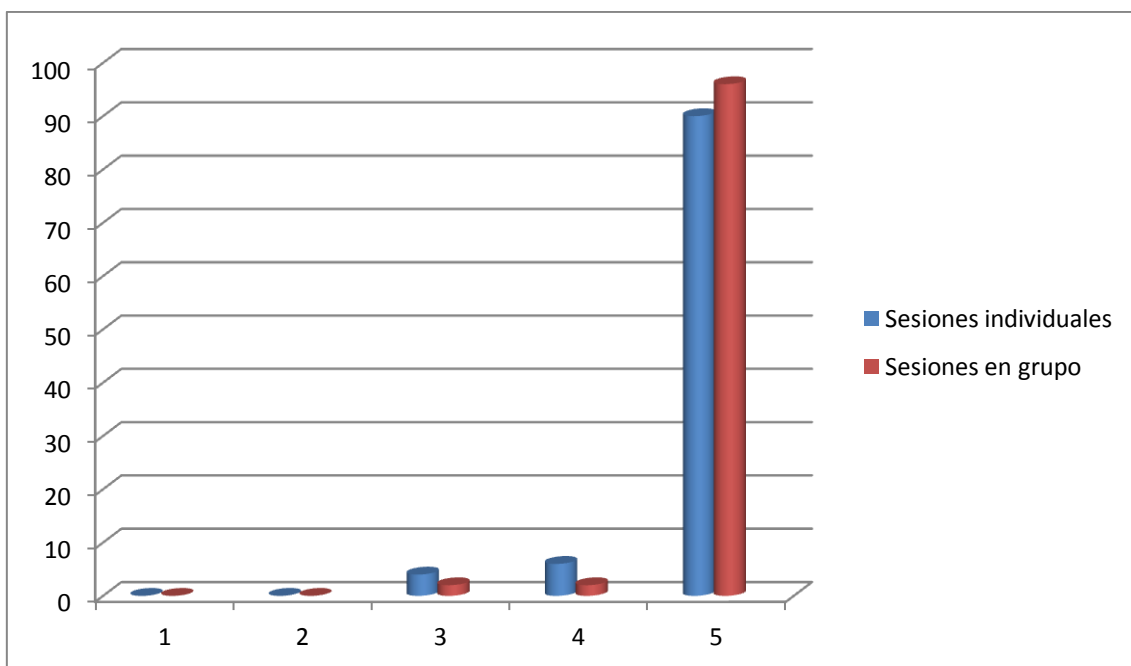
Gráfica 2. Evolución de los síntomas

1: Ningún cambio / 5: Mejoría total



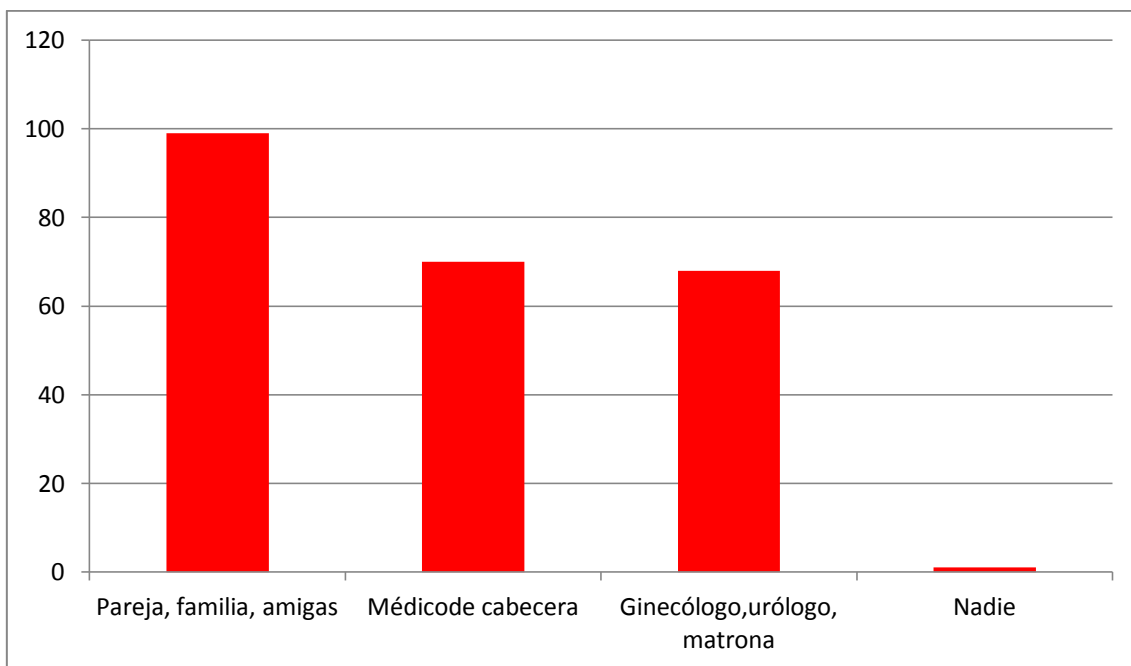
Gráfica 3. Utilidad del Programa de Reeducción Abdómino-Génito-Urinario

1: Inútil /5: Muy Útil

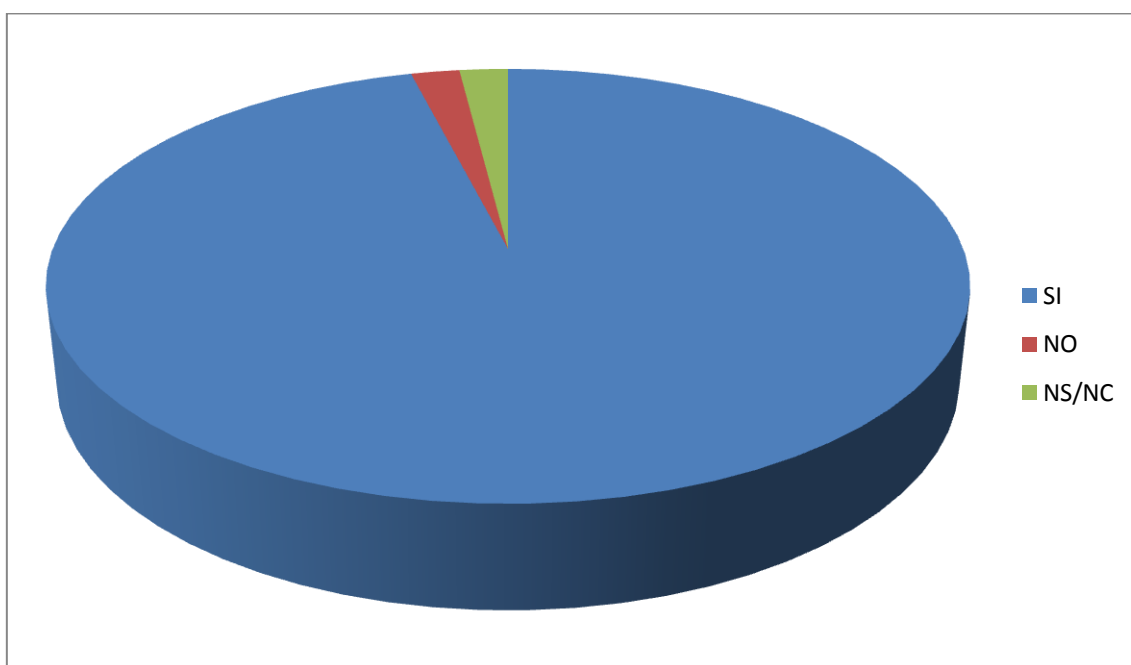


Gráfica 4. Valoración de las sesiones individuales / grupo

1: Muy en desacuerdo / 5: Muy de acuerdo



Gráfica 5. Difusión del Programa en su entorno



Gráfica 6. Interés en realizar taller de Mantenimiento

Todas las gráficas han sido realizadas por M^a José Barrientos, en base a los datos recogidos en los Talleres "Céntrate en ti". Ponferrada, 2012-2013.

7. BIBLIOGRAFÍA

LIBROS

- Arcas Patricio MA, Gálvez Domínguez D, León Castro JC, Paniagua Román SL, Pellicer Alonso M, Ania Palacio JM. Fisioterapia en las incontinencias y en las disfunciones sexuales.1º Ed. Alcalá de Guadaíra (Sevilla): Editorial MAD, 2007
- Calais Germain B. Abdominales sin riesgo.1ª Ed. Madrid: Editorial La Liebre de Marzo; 2010
- Calais Germain B. Anatomía para el movimiento: El Periné femenino y el parto: Elementos de anatomía y Bases de ejercicios. 2ª Ed. Madrid: Editorial La Liebre de Marzo; 2012
- Calais Germain B. Anatomía para el movimiento: Introducción al análisis de técnicas corporales.11ª Ed. Madrid: Editorial La Liebre de Marzo; 2013
- Laycock J, Haslam J. Tratamiento de la incontinencia urinaria y disfunción del suelo pélvico. Enfermedades de los órganos pélvicos. 1ª Ed. Madrid. Editorial Mayo; 2004
- Martínez JC, Rodríguez EA, García JA. Tratamiento rehabilitador de las disfunciones del suelo pélvico: Rehabilitación de incontinencias, prolapsos urogenitales y dolor pélvico crónico. 1ªEd. Madrid: Editorial Académica Española 2012
- Pinsach P, Rial T. El método hipopresivo. 2ª Ed. Vigo: Ediciones Cardeñoso; 2013
- Ramírez I, Blanco L, Kauffman S. Rehabilitación del Suelo Pélvico Femenino. Práctica Clínica Basada en la Evidencia. 1ª Ed. Barcelona: Editorial Médica Panamericana; 2014
- Ricard F. Tratado de Osteopatía Visceral y Medicina Interna. Sistema Génito-urinario. 1ªEd. Buenos Aires, Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2009
- Walker C. Fisioterapia en obstetricia y uroginecología.1ª Ed. Barcelona: Editorial Masson S.A.; 2006

ARTÍCULOS

- Anger JT, Scott VC, Kiyosaki K, Khan AA, Weinberg A, Connor SE, Roth CP, Wenger N, Shekelle P. Development of quality indicators for women with urinary incontinence. *Neurourol Urodyn*. 2013 Nov;32(8):1058-63.
- Ayeleke RO, Hay-Smith EJ, Omar MI Pelvic floor muscle training added to another active treatment versus the same active treatment alone for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Nov 20;11:CD010551.
- Berghmans LC, Hendriks HJ, Bo K, Hay-Smith EJ, de Bie RA, van Waalwijk van Doorn ES. Conservative treatment of stress urinary incontinence in women: a systematic review of randomized clinical trials. *Br J Urol*. 1998 Aug;82 (2):181-91.
- Davis K, Kumar D. Pelvic floor dysfunction: a conceptual framework for collaborative patient-centred care. *J Adv Nurs*. 2003 Sep;43(6):555-68.
- Elneil S. Complex pelvic floor failure and associated problems. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2009;23(4):555-73.
- España Pons M. Sexual health in women with pelvic floor disorders: measuring the sexual activity and function with questionnaires--a summary. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2009 May;20 Suppl 1:S65-71.
- García Martín AI, Del Olmo Cañas P, Carballo Moreno N, Medina Varela M, González Lluva C, Morales de los Ríos Luna, P. Reeducación del suelo pélvico. *Asociación Española de Enfermería en Urología* 2005;Jun (94):19-22
- Kammerer-Doak D. Assessment of sexual function in women with pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2009 May;20 Suppl 1:S45-50.
- Mohktar MS, Ibrahim F, Mohd Rozi NF, Mohd Yusof J, Ahmad SA, Su Yen K, Omar SZ. A quantitative approach to measure women's sexual function using electromyography: a preliminary study of the Kegel exercise. *Med Sci Monit*. 2013 Dec 13;19:1159-66.
- Pastijn A, Caillet M, Deniz G, Deneft F. The treatment of female urinary incontinence. *Rev Med Brux*. 2013 Sep; 34 (4):229-31.

- Pena Outeiriño JM, Rodríguez Pérez AJ, Villodres Duarte A, Mármol Navarro S, Lozano Blasco JM. Tratamiento de la disfunción del suelo pélvico. Actas Urol Esp.2007;31(7):719-731.
- Pessarrodona A, Cassadó J. Dolor pélvico crónico. Suelo Pélvico 2012;8(3):49-50.
- Rosenbaum TY, Owens A. The role of pelvic floor physical therapy in the treatment of pelvic and genital pain-related sexual dysfunction (CME). Mayo Clin Proc. 2012 Feb;87(2):187-93.
- Stephanie S, Faubion MD; Lynne T, Shuster MD , Adil E, Bharucha, MD. Recognition and Management of Nonrelaxing Pelvic Floor Dysfunction. Mayo Clin Proc. February 2012;87(2):187-193.
- Zargham M, Alizadeh F, Moayednia A, Haghdani S, Nouri-Mahdavi K. The role of pelvic organs prolapse in the etiology of urinary incontinence in women. J Womens Health (Larchmt). 2005 Mar;14 (2):128-36.

SITIOS WEB FUENTE DE LAS IMÁGENES

- Página web nº 1: The American Congress of Obstetricians and Gynecologist [internet] Washington: The American Congress of Obstetricians and Gynecologist; 2014 [acceso 9 de febrero de 2014] Disponible en: <http://www.acog.org>
- Página web nº 2: Elsevier España S.L. [internet] Barcelona: Elsevier España S.L. Libros y revistas de Medicina y Ciencias de la Salud; 2014 [acceso 9 de febrero de 2014] Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/fisioterapia>
- Página web nº 3: Lía Soler Notario [internet] Tarragona: Lía Soler Notario; 2013 [acceso 9 de febrero de 2014] Disponible en: <http://liasolfisio.files.wordpress.com>
- Página web nº 4: Fisioterapia Maritim [internet] Valencia: Lirios Dueñas; 2014 [acceso 8 de febrero de 2014] Disponible en: <http://www.fisioterapiavalencia.es>

- Página web nº 5: Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia [internet]
Providencia: Sociedad Chilena de Ginecología y Obstetricia; 2013 [acceso 9 de febrero de 2014] Disponible en: <http://www.revistasochog.cl>
- Página web nº 6: The American Congress of Obstetricians and Gynecologist [internet] Washington: The American Congress of Obstetricians and Gynecologist; 2014 [acceso 9 de febrero de 2014] Disponible en: <http://www.acog.org>