



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Facultad de Enfermería de Soria



Facultad de Enfermería de Soria

GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

Enfermería y método hipopresivo

Estudiante: Miriam Somolinos Yagüe

Tutelado por: Estela María Carnicero Gila

Soria, 31 de mayo de 2017

RESUMEN

Introducción: Investigaciones recientes parecen revelar que los ejercicios abdominales clásicos recomendados por especialistas en diferentes ámbitos para tonificar los músculos rectos del abdomen y conseguir una cintura estrecha y un vientre plano, no sólo no consiguen su objetivo sino que, además, pueden dañar a medio/largo plazo la musculatura perineal. Por ello, el Dr. Marcel Caufriez ideó el Método Hipopresivo, nombre que dio a una serie de técnicas que conseguían tonificar la musculatura abdominal y perineal evitando los problemas anteriormente mencionados. Estas técnicas pueden estar contraindicadas para ciertos pacientes, por lo que es importante realizarlas siempre bajo la supervisión de un profesional certificado.

Objetivos: El objetivo general de esta revisión es conocer el Método Hipopresivo y sus utilidades centrándonos en el ámbito de enfermería. Como objetivos específicos, nos planteamos valorar la efectividad del Método Hipopresivo para prevenir y mejorar las disfunciones del suelo pélvico en mujeres en cualquier etapa de su vida.

Metodología: Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos y motores de búsqueda, como SciELO, CUIDEN, Dialnet, Elsevier, Pubmed, ScienceDirect, NNNconsult y Google académico. Los artículos, documentos y libros seleccionados están comprendidos entre el 2006-2017.

Desarrollo del tema/discusión: Los profesionales de enfermería que más habitualmente utilizan técnicas preventivas y terapéuticas del suelo pélvico (SP) son las Matronas y el personal experto en Urología. Se atiende el SP en cualquier etapa de la vida de una mujer, con el fin de evitar las posibles disfunciones o tratarlas si ya están presentes. Las disfunciones del SP provocan un gran impacto sobre la calidad de vida de las mujeres, por lo tanto es importante abordarlo realizando una correcta Educación para la Salud (EpS). La recomendación de utilizar la gimnasia abdominal hipopresiva (GAH) en este ámbito está justificada, ya que aportan beneficios y no se han descrito patologías secundarias asociadas a su práctica.

Conclusiones: Desde el punto de vista enfermero, los ejercicios hipopresivos parecen ser beneficiosos para el periné femenino como método preventivo de las disfunciones del suelo pélvico que pueden provocar el embarazo, el parto y la menopausia. Como método para la reeducación del periné en mujeres que sufren alguna patología, las evidencias científicas aún no son concluyentes.

Palabras clave: “Método Hipopresivo”, “Gimnasia abdominal”, “Incontinencia urinaria”, “Enfermería”.



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

Campus Universitario Duques de Soria



ÍNDICE		Pág.
ÍNDICE		1
LISTADO DE ABREVIATURAS		2
1. INTRODUCCIÓN		3
1.1. Evolución del método		3
1.2. Bases de la técnica		4
1.3. Ámbito de aplicación		4
1.4. Rol de enfermería		6
2. JUSTIFICACIÓN		7
3. COMPETENCIAS A DESARROLLAR EN EL TFG		7
4. OBJETIVOS		7
5. METODOLOGÍA		8
6. DESARROLLO DEL TEMA / DISCUSIÓN		9
6.1. Suelo pélvico y enfermería		10
6.2. Prevención primaria		13
6.3. Prevención secundaria y terciaria		17
7. CONCLUSIONES		20
8. BIBLIOGRAFÍA		21

ÍNDICE DE FIGURAS		Pág.
FIGURA 1: Abdominales clásicos (modificada).....		4
FIGURA 2: Hipopresivos (modificada).....		4
FIGURA 3: Periné femenino. A: Diafragma urogenital; B: Diafragma pélvico.....		10
FIGURA 4: Visión superior de un corte transversal de la pared anterior abdominal.		15

LISTADO DE ABREVIATURAS

AD:	Aspiración Diafragmática.
AEEU:	Asociación Española de Enfermería en Urología.
BF:	Biofeedback.
CV:	Calidad de vida.
EMSP:	Ejercicios de la musculatura del suelo pélvico.
EpS:	Educación para la Salud.
et al:	y colaboradores.
GAH:	Gimnasia Abdominal Hipopresiva.
HD:	Hipopresivos Dinámicos.
HD-RSF:	Reprocessing Soft Fitness.
IF:	Insuficiencia fecal.
IU:	Incontinencia urinaria.
IUE:	Incontinencia urinaria de esfuerzo.
IUU:	Incontinencia urinaria de urgencia.
OMS:	Organización Mundial de la Salud.
POP:	Prolapso de órganos pélvicos.
SP:	Suelo pélvico.
TFG:	Trabajo Fin de Grado.
TFM:	Trabajo Fin de Máster.
TTT:	Técnicas de Transferencia Tensional.

1. INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia, los cánones de belleza (sobre todo la femenina) han ido evolucionando dependiendo de los diferentes factores socioculturales propios de cada época. Desde finales del siglo XX priman los cuerpos delgados y ejercitados ya que representan el éxito personal, social y profesional. De hecho, el culto al cuerpo, con mayor o menor obsesión, es una moda del siglo XXI. En esta sociedad, uno de los aspectos físicos más importantes es poseer una cintura estrecha y un abdomen plano. Para ello, es fundamental combinar una dieta adecuada con la actividad física.

Los primeros ejercicios recomendados en las últimas décadas del siglo XX para obtener una buena figura fueron los ejercicios abdominales. Esta técnica consiste en colocarse en decúbito supino y realizar de forma seriada elevaciones del tronco o de la pelvis con el fin de acercar el esternón al pubis. Los usuarios de estas técnicas (sobre todo mujeres) empezaron a observar que cuando ponían en tensión los músculos del abdomen conseguían tener el vientre duro y plano; pero cuando estaban relajadas, sin tensar voluntariamente el abdomen, notaban que su vientre se abultaba por lo que el diámetro de su cintura era mayor que antes de iniciarse en la práctica del ejercicio físico y que este efecto era el contrario al que buscaban. Esto es debido a que, con este tipo de ejercicios, se trabajan fundamentalmente los músculos rectos abdominales, músculos que por sí solos no son capaces de reducir el diámetro de la cintura. Además, y como se explicará más adelante, la realización de este tipo de ejercicios puede provocar la distensión de los músculos del diafragma pélvico¹.

Siendo consciente de las alteraciones del suelo pélvico que venía observando en sus pacientes, el Dr. Marcel Caufriez (doctor en Ciencias de la Motricidad por la Universidad Libre de Bruselas) empezó a diseñar un nuevo método de ejercitar la musculatura abdominal que no afectara negativamente a la musculatura perineal. Estas nuevas técnicas se conocen en la actualidad como Método Hipopresivo².

1.1 EVOLUCIÓN DEL MÉTODO

El diseño de esta técnica fue ideada en 1980 por el Dr. Marcel Caufriez². Conocedor de que las técnicas de fortalecimiento abdominal utilizadas hasta ese momento en mujeres en el postparto provocaban con frecuencia alteraciones de la estática pelviana, diseñó las denominadas Técnicas de Aspiración Diafragmática (AD). Estas técnicas novedosas de reeducación postparto consistían en una serie de ejercicios, posturas y acciones que contraen los músculos serratos anteriores, lo que provoca una apertura de la caja torácica. Esta acción hace que el diafragma se relaje, que los órganos ubicados en la cavidad abdominopélvica asciendan y que la musculatura del suelo pélvico sufra una contracción refleja.

Fruto de la investigación, de la experiencia y de los resultados obtenidos con la AD, el Dr. Caufriez diseñó en el laboratorio (investigación en ecofisiología), diez años después, una nueva técnica basada en la anterior denominada Gimnasia Abdominal Hipopresiva (GAH). El objetivo inicial de esta nueva técnica, era buscar métodos de fortalecimiento muscular que fuesen beneficiosos para la faja abdominal pero sin efectos negativos sobre el suelo pélvico, como ocurría con las técnicas vigentes a principios del siglo XXI.

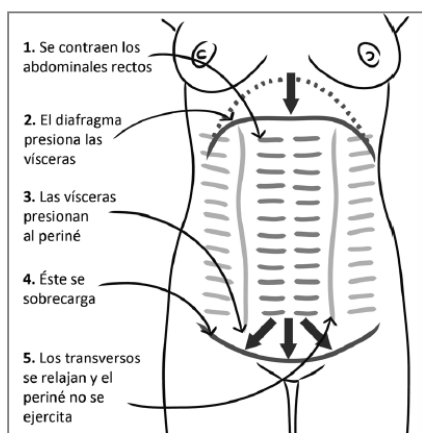
En 2006, basándose en la experiencia obtenida con la GAH, este mismo investigador

crea nuevas técnicas hipopresivas aplicadas a la prevención, a la salud y al rendimiento deportivo, denominándolas Hipopresivos Dinámicos (HD) o Reprocessing Soft Fitness (HD-RSF).

Desde que comenzó el estudio y la aplicación de estas técnicas, numerosos especialistas de diferentes disciplinas a nivel mundial se han formado en ellas ampliando el ámbito de aplicación de las mismas.

1.2 BASES DE LA TÉCNICA

Previo al diseño de las técnicas hipopresivas, los ejercicios abdominales recomendados por los especialistas en el puerperio para tonificar la musculatura abdominal y recuperar la figura conllevaban el riesgo de provocar alteraciones en la estática pelviana ya que sólo se trabajan los músculos rectos del abdomen.



Estos ejercicios provocan el descenso de los órganos situados en la cavidad abdominopelviana que, a su vez, presionan la musculatura perineal sobrecargándola (Figura 1). Esta sobrecarga, a la larga, puede provocar una hipotonicidad de los músculos de los diafragmas pélvico y urogenital provocando problemas de incontinencia (urinaria y fecal), disfunción sexual y/o prolapso de los órganos pélvicos (vesical, uterino, vaginal, uretral y/o rectal)³⁻⁵.

Figura 1: Abdominales clásicos (modificada)⁵.

Por el contrario, los ejercicios hipopresivos parece que son capaces de tonificar tanto la musculatura abdominal como la perineal evitando las secuelas observadas en las técnicas abdominales clásicas (Figura 2).

Con esta metodología se trabajan los músculos de la cincha abdominal (oblicuos externos, oblicuos internos y transversos del abdomen) mediante una serie de ejercicios posturales asociados a un ritmo de trabajo respiratorio y propioceptivo en los que se adoptan diferentes posiciones en base a unas determinadas pautas técnicas. Con ello se consigue una disminución de la presión intraabdominal que anula la presión sobre los diafragmas perineales y provocan una contracción refleja del periné⁵⁻⁷.



Figura 2: Hipopresivos (modificada)⁵.

1.3 ÁMBITO DE APLICACIÓN

En la actualidad, el Método Hipopresivo ha derivado en diferentes técnicas dependiendo de las necesidades del paciente y del objetivo a alcanzar. Se pueden practicar como método terapéutico, como método preventivo o como método para mejorar el rendimiento deportivo en atletas de alto nivel^{2,3,7}.

En estudios preliminares se ha observado que la práctica de forma regular de las técnicas hipopresivas:

- Previene y estabilizan las escoliosis idiopáticas torácicas en niños mejorando su función respiratoria³.
- Reducen la posibilidad de nuevos prolapsos de órganos pélvicos en mujeres⁸.
- Disminuyen los síntomas de la incontinencia urinaria en mujeres y del impacto que produce en su calidad de vida^{9,10}.
- Son una herramienta de terapia física y preventiva para el suelo pélvico de mujeres jóvenes (deportistas o no)¹¹⁻¹³.
- Son eficaces en la reeducación postparto: tienen una incidencia positiva sobre la vascularización de los miembros inferiores y sobre el retorno femoral¹⁴; favorecen la recuperación postural³; aumentan el tono del suelo pélvico¹⁵; revierten la incontinencia urinaria/fecal postparto¹⁶.
- Reducen el perímetro abdominal, logrando una faja abdominal eficaz y tonificada^{17,18}.
- Disminuye los dolores menstruales de la dismenorrea primaria¹⁹.
- Mejora la flexibilidad lumbar y de los miembros inferiores en pacientes con lumbalgia mecano-postural y contribuye a bloquear la columna lumbo-sacra durante el tratamiento de las lumbalgias²⁰.
- Mejora la incontinencia urinaria en hombres después de una prostatectomía²¹.
- Mejora la función sexual y el rendimiento durante las relaciones sexuales²².

Este tipo de ejercicios no pueden ser realizados por cualquier persona ya que, en algunos casos, son un riesgo para la salud. Por ello, han de ser dirigidos siempre por un especialista certificado. El Método Hipopresivo es una técnica registrada por el Dr. Caufriez y todos los profesionales que imparten estas técnicas han de obtener una certificación específica mediante la realización de una serie de cursos. De esta forma se especializan en²:

- *Neuromioestática Uro-Ginecológica y Visceral Digestiva*: médicos o fisioterapeutas capacitados para tratar todos los problemas funcionales ginecológicos, urológicos, digestivos, obstétricos, emocionales, sexuales y posturales.
- *Gimnasia Hipopresiva*: médicos o fisioterapeutas capacitados para aplicar tratamientos de prevención de problemas digestivos, ginecológicos, urológicos y posturales por medio de un programa de gimnasia colectiva o individual.
- *Técnicas Preventivas Hipopresivas en Obstetricia*: médicos o matronas capacitados para aplicar técnicas hipopresivas durante el pre-parto y parto, así como prevención en el post-parto.
- *Peri-Parto*: médicos o fisioterapeutas capacitados para aplicar técnicas de preparación al parto, dar asistencia durante el parto con la colaboración de la matrona, y para tratar todas las fases del post-parto.
- *Fisiosexología*: médicos, matronas o fisioterapeutas capacitados para tratar los problemas funcionales sexuales.

- *Reprocessing Soft Fitness*: fisioterapeutas, entrenadores diplomados, licenciados o graduados en Medicina del deporte, en Ciencias de la Actividad Física y Deporte o en Educación física capacitados en el marco de un entrenamiento deportivo.

En ciertas circunstancias, la realización de la GAH está contraindicada y en otros casos, ha de ser aplicada de forma individual previo estudio de la condición física de la persona²:

- Si el paciente sufre hipertensión arterial y ésta es tratada con medicación, el especialista podrá aplicarle un tratamiento hipopresivo individual. Deberá realizar un control óptimo de su tensión arterial y de su variabilidad de frecuencia cardíaca.
- Si se trata de una mujer embarazada, practicar estos ejercicios sin una buena atención individualizada podría desencadenar contracciones del útero y provocar un parto prematuro o un aborto natural. Pero el especialista puede preparar un programa hipopresivo específico de preparación para el parto adaptado a su situación obstétrica, y siempre a partir del cuarto mes de embarazo.
- Durante las seis primeras semanas del puerperio, la práctica de estas técnicas está desaconsejada ya que podrían impedir la involución del útero.
- Si el paciente sufre de problemas articulares de cadera, rodilla u hombro, el especialista deberá prepararle un programa personalizado de ejercicios hipopresivos.
- Los atletas de alto nivel han de ser valorados por el especialista, que deberá realizar de manera individualizada una batería de pruebas que permitan fijar los límites de la práctica hipopresiva y adaptar los programas a cada deportista.

1.4 ROL DE ENFERMERÍA

La Educación para la Salud (EpS) es un proceso educativo dirigido, fundamentalmente, a potenciar, promover y educar aquellos factores que inciden directamente sobre la población general y sobre el ciudadano en particular. Su principal objetivo es conseguir modificar las conductas y comportamientos de los individuos y de las comunidades para lograr que las personas adquieran un compromiso con su salud y puedan dirigir de esta manera sus autocuidados consiguiendo mejorar sus condiciones de vida y de salud²³.

En 1983, la OMS²⁴ definió la educación para la salud como “cualquier combinación de actividades informativas y educativas que llevan a una situación en la que la gente desee vivir sana, sepa cómo alcanzar la salud, haga lo que pueda individual y colectivamente para mantenerse en salud y busque ayuda cuando la necesite”. Posteriormente, en la 6ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud²⁵ la actualizó: “La promoción de la salud consiste en capacitar a la gente para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud y mejorar así ésta. Es una función central de la salud pública, que coadyuva a los esfuerzos invertidos para afrontar las enfermedades transmisibles, las no transmisibles y otras amenazas para la salud”.

Es función de enfermería llevar a cabo una correcta educación para la salud. La intervención de los profesionales de enfermería es importante para conseguir un cambio de actitud en el paciente. Se necesitan habilidades sociales que contribuyan a cambiar la forma en que cada persona cuida de su salud y se compromete a ello²³.

2. JUSTIFICACIÓN

El Método Hipopresivo nace a finales del siglo XX como una técnica alternativa a los ejercicios tradicionales de fortalecimiento abdominal. Fueron diseñados, en principio, para tonificar la faja abdominal sin dañar la musculatura del periné. Posteriormente, empezaron a evidenciarse otras utilidades ya que parecía que su práctica mejoraba sensiblemente la salud del suelo pélvico.

Desde siempre, los problemas de suelo pélvico han sido un problema de salud muy frecuente en las mujeres, originando afectaciones tanto físicas como psicológicas y sociales. Previo al diseño se las técnicas hipopresivas, los ejercicios de fortalecimiento de la musculatura perineal más aceptados por los terapeutas eran los ejercicios de Kegel complementados con técnicas de modificación de conducta, biofeedback y electroestimulación.

En busca de alternativas, descubrimos la posibilidad de utilizar el Método Hipopresivo para mejorar los problemas de suelo pélvico. Estos ejercicios parece ser que, además de fortalecer la faja abdominal, aumentan el tono perineal, reducen los síntomas de la incontinencia urinaria, traen mejoras posturales y favorecen la recuperación postparto, entre otros.

Este método es relativamente novedoso y poco conocido. Es importante que los profesionales de enfermería lo conozcan en profundidad ya que pueden ser útiles y beneficiosos en su campo de trabajo, por lo que veo interesante realizar una exhaustiva revisión bibliográfica para conocer el estado actual del tema.

3. COMPETENCIAS A DESARROLLAR EN EL TFG

Competencias transversales: C.T.3. Capacidad de análisis y síntesis. C.T.13. Capacidad de aprender. C.T.17. Capacidad para usar adecuadamente medios informáticos y nuevas tecnologías. C.T.18. Capacidad para demostrar habilidades de investigación. C.T.19. Capacidad para desarrollar habilidades de gestión de la información.

Competencias específicas: Capacidad de integrar las competencias adquiridas en las materias que componen el Plan de Estudios del Título de grado en Enfermería en el diseño, planificación, presentación y defensa de la resolución de un problema o situación de salud determinada.

4. OBJETIVOS

El **objetivo general** de este trabajo es realizar una revisión bibliográfica para conocer el Método Hipopresivo y sus utilidades.

Como **objetivos específicos**, proponemos:

- Conocer el Método Hipopresivo desde el punto de vista enfermero.
- Valorar la efectividad del Método Hipopresivo para prevenir y mejorar las disfunciones del suelo pélvico en mujeres en cualquier etapa de su vida: adolescencia y juventud, embarazo, puerperio y climaterio.

5. METODOLOGÍA

La consecución de los objetivos, previamente planteados, se ha llevado a cabo mediante una profunda revisión bibliográfica de la literatura existente hasta la fecha sobre el tema a tratar en esta memoria. La búsqueda de información necesaria se realizó tanto en internet como en libros de texto y monografías encontrados en la Biblioteca del Campus de Soria y en la Biblioteca de la Universidad de Alcalá en el periodo comprendido desde noviembre de 2016 a mayo de 2017.

En la búsqueda on-line se utilizaron los recursos que ofrece la biblioteca de la Universidad de Valladolid y otros motores de búsqueda y bases de datos. De toda la oferta disponible, nos centramos en la utilización de: Google académico, PubMed, Elsevier, EbscoEDS, Dialnet, SciELO, CUIDEN, Cochrane Library Plus, NNNconsult, ScienceDirect y Repositorio UVadoc. Se encontraron artículos, monografías y libros electrónicos relacionados con el tema en todas ellas, excepto en EbscoEDS y Cochrane Library Plus. Otras fuentes de información utilizadas fueron la página web de la OMS y páginas webs de centros de fitness, centros de fisioterapia y clínicas de atención a la mujer, donde la información disponible estaba debidamente referenciada o su autoría pertenecía a un experto en la materia.

Para realizar la búsqueda on-line se emplearon como palabras clave: “Método Hipopresivo”, “gimnasia abdominal”, “enfermería” y “suelo pélvico” y la combinación de dos o más de ellas mediante los operadores booleanos “AND” & “OR”. Posteriormente, se amplió utilizando estas palabras clave, solas o combinadas, en otros idiomas como francés e inglés.

Se comenzó la búsqueda de manera general con las palabras clave anteriormente especificadas, seleccionando artículos, monografías y libros electrónicos publicados en cualquier año para aumentar los conocimientos. Se obtuvo mucha información general acerca del Método Hipopresivo, obteniendo resultados satisfactorios. Tras una primera lectura de estos documentos, se añadieron nuevas palabras clave, como fueron “incontinencia urinaria”, “prolapso”, “embarazo”, “postparto” y “matronas” obteniendo un gran volumen de información. Tras la lectura de los resúmenes de todos los artículos se seleccionaron aquellos que cumplían los criterios de inclusión y fueran relevantes para la realización del trabajo con el objetivo de hacer una lectura detenida de toda la información.

Los **criterios de inclusión** establecidos fueron: documentos publicados en los últimos 11 años (2006-2017); publicaciones anteriores a 2006, siempre que fueran relevantes para el tema y obtención de texto completo.

Quedaron excluidas todas las publicaciones de las que no se obtuvo el texto completo y que fueran publicadas con anterioridad a 2007 y no tuvieran relevancia para el tema.

De los 98 documentos revisados electrónicos y en papel, se seleccionaron finalmente para la realización de este trabajo 45, de los cuales 30 fueron artículos científicos, 2 libros de texto, 1 manual, 1 documento de la web de la OMS, 2 TFG, 1 TFM, 1 Tesis doctoral y 2 actas de congresos. También se utilizó la información recogida en 5 páginas web de centros de fitness y fisioterapia.

6. DESARROLLO DEL TEMA/DISCUSIÓN

Como se comentó en la introducción, uno de los enfoques del Método Hipopresivo es el terapéutico. Uno de sus fines es conseguir una buena tonificación abdominal y perineal en cualquier etapa de la vida de la mujer para prevenir o recuperar la disfunción del suelo pélvico (SP). En Enfermería, los profesionales que adoptan técnicas preventivas y terapéuticas de SP, son aquellos que han realizado la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matronas) y personal de Enfermería experto en el campo de la Urología.

La Confederación Internacional de Matronas²⁶ revisó y actualizó la definición de Matrona en 2011, estipulando la siguiente definición internacional: “Una matrona es una profesional responsable que trabaja en colaboración con las mujeres, para dar el apoyo, cuidado y consejo necesarios durante el embarazo, parto y posparto, para facilitar nacimientos bajo su propia responsabilidad y para proveer cuidado para el recién nacido y el niño. Este cuidado incluye medidas preventivas, el favorecimiento del parto natural, la detección de complicaciones en madre e hijo, el acceso a asistencia médica u otro tipo de asistencia apropiado y la toma de medidas de emergencia. La matrona tiene la importante tarea de ser consejera en salud y educación, no solo de la mujer, sino también de la familia y la comunidad. Su trabajo debe incluir los cursos de preparación al parto y la preparación para ser padres, y se puede hacer extensivo a la salud de la mujer, salud sexual, salud reproductiva y atención infantil. Una matrona puede ejercer en cualquier entorno, como el hogar, la comunidad, hospitales, clínicas o centros de salud”.

Según la Asociación Española de Enfermería en Urología (Urología, Andrología e Incontinencia Urinaria) (AEEU)²⁷, los profesionales enfermeros expertos en esta especialidad “tienen como fin primordial el estudio, valoración, identificación de problemas, planificación y evaluación de los cuidados del paciente urológico, andrológico e incontinente urinario”.

La Educación para la Salud (EpS) de los profesionales de enfermería, en general, está dirigida a proporcionar información planificada y adecuada a la situación real de los individuos y de las comunidades que permita así una conducta de afrontamiento eficaz frente a las conductas o factores de riesgo y las posibilidades de la prevención primaria, secundaria y terciaria. Además de capacitar a los individuos para que participen en la gestión de los cuidados en todos los niveles²³.

Uniando ambos conceptos, podemos decir que la matrona cumple un rol fundamental en la vida de cualquier mujer. Es esencial que tenga una personalidad empática ya que interactúa directamente con mujeres de cualquier edad y en muchos momentos distintos de su vida escuchando sus dudas, sus inquietudes, sus problemas, sus inseguridades, etc. Debe desarrollar una excelente Educación para la Salud en adolescentes y mujeres jóvenes, en mujeres embarazadas o que quieren estarlo y durante el postparto y el climaterio. La labor de Enfermería en Urología se centra en los cuidados de las incontinencias y de las disfunciones del suelo pélvico en aquellos pacientes (hombres y mujeres) que las padezcan.

En este trabajo nos vamos a centrar en el estudio de los beneficios y contraindicaciones que tiene la Gimnasia Abdominal Hipopresiva en el cuerpo femenino, desde el punto de vista enfermero.

6.1 SUELO PÉLVICO Y ENFERMERÍA

Por lo general, se tiene la impresión de que las matronas son una figura esencial en la vida de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio. Pero su labor es mucho más amplia, ya que no solo se encarga de la salud reproductiva sino también de la salud sexual. Ello conlleva atender el suelo pélvico de las mujeres de cualquier edad y circunstancia personal. Los cuidados del SP por parte de las enfermeras expertas en urología tienen un periodo de actuación mucho más restringido ya que, en la mujer, prestan sus servicios sólo en aquellas que sufren algún tipo de disfunción pélvica relacionada con la incontinencia.

El suelo pélvico (SP) o periné femenino es un conjunto de músculos, fascias y ligamentos que cierran la cavidad abdominopélvica por su parte inferior. Mantienen los órganos pélvicos (vejiga urinaria, uretra, útero, vagina, recto y ano) en posición correcta y en suspensión en contra de la fuerza de la gravedad. Los músculos que lo componen se disponen en tres capas formando los denominados diafragma pélvico (profundo) y diafragma urogenital (superficial). El cierre no es completo ya que algunas estructuras de los sistemas digestivo (recto), urinario (uretra) y genital (vagina) lo deben atravesar. Además es el encargado de formar los esfínteres externos uretral y anal²⁸.

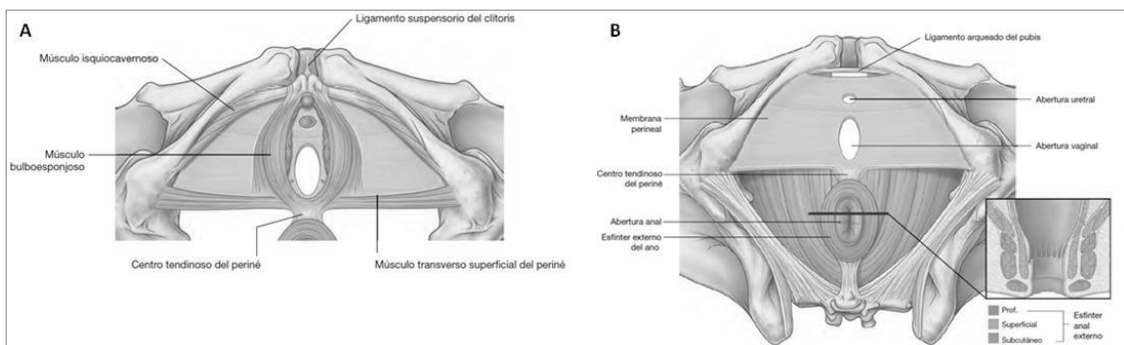


Figura 3: Periné femenino. A: Diafragma urogenital; B: Diafragma pélvico²⁸.

Si esta musculatura es débil o está lesionada, predispone a la mujer a sufrir una serie de patologías (aisladas o combinadas) como incontinencia urinaria y/o fecal, disfunción del vaciado vesical, síndrome de defecación obstructiva, disfunción sexual y prolapso de distintos órganos pélvicos. Para conocer las características y los tipos, a continuación realizamos un breve resumen de cada una de ellas ^{12,29-33}:

- *Incontinencia urinaria (IU)*: se puede definir como la manifestación de cualquier pérdida involuntaria de orina. Existen varios tipos dependiendo de su sintomatología:
 - IU de esfuerzo (IUE): ocasionada por un aumento de la presión abdominal asociado a la realización de un esfuerzo físico (toser, estornudar, reír, practicar ejercicio, coger pesos, etc.).
 - IU de urgencia (IUU): se produce por la contracción involuntaria de la musculatura vesical (detrusor) lo que provoca una emisión involuntaria de orina inmediatamente después de sentir una intensa sensación de urgencia miccional, tanto diurna como nocturna.
 - IU mixta: es la percepción de pérdida involuntaria de orina asociada tanto a

urgencia como al esfuerzo.

- IU por rebosamiento: se manifiesta como un goteo continuo debido a una mala contractibilidad del músculo detrusor que no permite el vaciado completo de la vejiga.
- *Incontinencia fecal (IF)*: esta disfunción conlleva la pérdida involuntaria de gases o heces (sólidas o líquidas). Dependiendo de su sintomatología se pueden dividir en:
 - IF pasiva: provocada por una disfunción del esfínter anal interno, hace que el paciente tenga pérdida de heces sin ser consciente.
 - IF de urgencia: la disfunción del esfínter anal externo hace imposible posponer la defecación.
 - IF mixta: es una combinación de las dos anteriores.
 - IF post-defecación: el paciente es continente excepto después de defecar, pues sufre pérdidas. Sus causas son variadas: evacuación incompleta, enfermedad perianal, hemorroides o lesión en el esfínter anal interno.
 - IF durante la micción: se asocia a lesiones medulares.
- *Síndrome de defecación obstructiva*: los pacientes que la padecen tienen mucha dificultad para defecar y notan una sensación de evacuación incompleta u obstrucción anal. También pueden sentir la necesidad de realizar un excesivo esfuerzo al defecar o dolor. Todos estos síntomas son debidos a alguna alteración anatómica, al síndrome del periné descendente o a una disfunción anorrectal (disinergia del suelo pélvico o defecatoria) que provocan una obstrucción anal.
- *Prolapso de órganos pélvicos (POP)*: se puede definir como el descenso (total o parcial) de uno o más órganos de la cavidad pélvica hacia el exterior provocado por un fallo en su sujeción. Dependiendo del órgano prolapsado, se clasifican en:
 - Cistocele: se produce cuando la vejiga cae hacia la vagina, formando un bulto en la pared anterior de la misma. Con frecuencia, tanto vejiga como uretra se prolapsan en conjunto. Como síntomas más frecuentes se encuentran la urgencia urinaria y las pérdidas de orina durante las relaciones sexuales.
 - Rectocele: en este caso, es el recto el que cae sobre la pared posterior de la vagina. Esta modificación de la posición del recto afecta al movimiento intestinal provocando obstrucción intestinal, estreñimiento, hemorroides, vaciado incompleto de las heces y sensación de presión.
 - Enterocel: en este tipo de prolapso, las asas intestinales descienden por el espacio existente entre el recto y la parte posterior de la vagina. Puede ocurrir de forma aislada o asociarse a rectocele o al prolapso uterino.
 - Prolapso uterino: provocado por el descenso del útero por la vagina.
 - Prolapso de la cúpula vaginal: ocurre en mujeres histerectomizadas y consiste en el descenso del fondo vaginal.

Los POP uterovaginales se clasifican en cuatro tipos dependiendo de su gravedad. En el

Grado I (leve) se produce un ligero descenso en el interior de la vagina, al menos 1 cm por encima de los restos del himen; en el Grado II (moderado), el descenso es mayor llegando a la altura de los restos del himen; en el Grado III (grave), el descenso se sitúa al menos 1 cm por debajo de los restos del himen; en el Grado IV (total), la eversión es total.

- *Disfunción sexual*: cualquiera de las disfunciones anteriores suelen afectar negativamente a la calidad de las relaciones sexuales porque son molestas/dolorosas o por el impacto psicológico que provocan haciendo que sientan vergüenza de su propio cuerpo.

El impacto que provocan estas patologías en la calidad de vida de las mujeres es nefasto, ya que afectan notablemente en sus actividades rutinarias, de pareja y laborales. Suelen deprimirse, se sienten ansiosas y estresadas; las incontinencias provocan alteraciones del sueño debido a la frecuencia con la que tienen que orinar/defecar o a la molestia del pañal; restringen la ingesta de líquidos y están pendientes de tener cerca un baño, lo que limita su actividad social; las relaciones sexuales son molestas o dolorosas y la satisfacción sexual disminuye notablemente; y los prolapsos provocan sensaciones de vergüenza, se sienten cohibidas, poco atractivas sexualmente^{30,31,34}.

Las causas que provocan la disfunción del SP son diversas y se pueden producir a cualquier edad: ejercicios abdominales clásicos¹, embarazo, parto, ejercicios precoces en el puerperio, menopausia, intervenciones quirúrgicas del SP, herencia, obesidad, estreñimiento, tos crónica, ropa muy ajustada, hábito de retener la orina, deportes de impacto (correr, aeróbic, levantamiento de pesos, etc.) y ciertas profesiones (cantantes, trompetistas, flautistas, etc.)^{29,35}.

Enfermería debe conocer todos estos factores de riesgo para poder ejercer su labor educadora preventiva y terapéutica.

Debido a que las causas son de índole muy variada, el abordaje terapéutico será diferente. Siempre habrá que estudiar cada caso de manera individualizada y por el facultativo correspondiente^{29,32-34,36-38}. Éste comenzará actualizando detalladamente la historia clínica de la paciente y, a continuación, realizará una completa exploración física. Si el diagnóstico es dudoso, hay una enfermedad asociada a la disfunción, si el tratamiento inicial no es efectivo o van a ser sometidas a un tratamiento quirúrgico, ordenará la realización de pruebas adicionales (estudios urodinámicos, manometrías rectoanales, ecografía endoanal y/o estudios neurofisiológicos del suelo pélvico). Los tratamientos adecuados para estas patologías se pueden englobar en tres grandes grupos: conservador, quirúrgico y global:

- Tratamiento conservador: requiere reeducación del SP mediante técnicas de fortalecimiento, adecuación de la dieta, estudio de la ingesta de líquidos y/o tratamiento farmacológico. Es el primero en aplicarse.
- Tratamiento quirúrgico: esta opción se utiliza si la primera no ha sido efectiva. Habitualmente estos pacientes presentaban al inicio del abordaje terapéutico una sintomatología grave asociada a anomalías anatómicas diagnosticadas.
- Tratamiento global: indicado para mujeres con múltiples disfunciones y que abarca los dos tratamientos anteriores.

Este tipo de patologías (diagnosticadas o no) son muy frecuentes hoy en día. Es necesario mejorar las técnicas investigando e innovando tanto los métodos preventivos como los terapéuticos.

La implicación de Enfermería en este tipo de disfunciones se encuadra dentro de los tratamientos conservadores ejerciendo su labor como educadora para la salud. Actúa en *Prevención primaria* ya que conoce la anatomofisiología del suelo pélvico y es capaz de ayudar a las mujeres a prevenir, en la medida de lo posible, las patologías anteriormente mencionadas. Para ello, debe conocer las técnicas de fortalecimiento del SP adecuadas para cada circunstancia así como las actividades físicas que son dañinas para la integridad pélvica por provocar un aumento importante de la presión intraabdominal. Su labor también es fundamental en *Prevención secundaria y terciaria* dado que si por cualquiera de las razones anteriormente mencionadas el suelo pélvico de una mujer es disfuncional, ha de conocer las técnicas de reeducación del suelo pélvico que mejor se adaptan a su circunstancia³⁹.

6.2. PREVENCIÓN PRIMARIA

La prevención primaria se puede definir como aquellas actividades preventivas (poblacionales o individuales) realizadas en individuos aparentemente sanos cuyo fin es el potenciar hábitos saludables que eviten o disminuyan significativamente los factores de riesgo de una enfermedad o patología²³.

Aplicada al tema a tratar en esta memoria, las actividades a realizar por las matronas estarían todas relacionadas con la Educación para la Salud, en mujeres de cualquier edad y que no presentan síntomas de disfunción del suelo pélvico.

En **adolescentes y mujeres jóvenes que aún no han estado embarazadas**, además de realizar las exploraciones físicas pertinentes para comprobar que no existen disfunciones pélvicas, la matrona debe reflejar en la historia clínica el estilo de vida que llevan y sus antecedentes familiares. Con esta información, puede asesorarles de las malas prácticas que debilitan a la larga un suelo pélvico sano como son llevar ropa muy ajustada, mantener el hábito de retener la orina, dietas inadecuadas que conllevan obesidad y/o estreñimiento, ingesta inadecuada de líquidos, mala higiene corporal, malas posturas en bipedestación y en sedestación, ausencia o mínima actividad física y las profesiones de riesgo. Si son deportistas habituales debe informarse del tipo de actividad física que realizan, puesto que los deportes de impacto que conllevan la realización de saltos o levantamiento de pesos y los ejercicios de tonificación abdominal hiperpresivos, provocan con el tiempo distensiones del suelo pélvico^{1,15,29,35}.

Una característica propia de este grupo poblacional es el olvido crónico hacia esta región corporal, ya que creen que las disfunciones del suelo pélvico son cosas de mujeres más mayores¹². Consideran que su juventud les previene de cualquier patología. No son conscientes de que ciertos hábitos de vida pueden afectar a la integridad de su SP a medio o largo plazo. Muchas de ellas están pendientes de su salud llevando una dieta saludable y realizando ejercicio físico con regularidad desconociendo que, algunas actividades físicas, son perjudiciales para los músculos del periné. No conocen ni el significado ni las diferencias existentes entre hiperpresivo e hipopresivo. La matrona ha de explicarles que:

- Un ejercicio hiperpresivo es aquel que genera una presión intraabdominal mayor de lo normal (presión positiva). La metodología de entrenamiento hiperpresiva más habitual son los abdominales tradicionales y sus variantes, históricamente recomendados para la obtención de un abdomen plano. En ellos, se trabajan exclusivamente los rectos abdominales. Estos ejercicios provocan el descenso de las vísceras situadas en la cavidad abdominopélvica presionando la musculatura perineal. La sobrecarga que producen en el SP pueden provocar, a medio o largo plazo, hipotonicidad de los músculos de los diafragmas pélvico y urogenital generando problemas de incontinencia urinaria (Figura 1). Últimamente han aparecido algunas publicaciones en las que, por experiencia profesional o por estudios clínicos, se desaconseja realizar este tipo de actividades porque no son tan efectivos a nivel abdominal como se pregona y, además, parece ser que son dañinos para el suelo pélvico si se realizan con frecuencia^{1,2}.
- Un ejercicio hipopresivo es aquel que genera una presión negativa en las cavidades torácica y abdominopélvica. La técnica más novedosa es la gimnasia abdominal hipopresiva. Según su creador y otros autores^{2,3,5,7,11-13,17,18}, estos ejercicios son los más indicados para conseguir un abdomen plano y una cintura estrecha sin dañar el SP, ya que se trabajan los músculos de las paredes laterales del abdomen (oblicuos externos, oblicuos internos y transversos del abdomen) mediante una serie de ejercicios posturales asociados a un ritmo de trabajo respiratorio y propioceptivo en los que se adoptan diferentes posiciones en base a unas determinadas pautas técnicas (Figura 2). Con ello se consigue una disminución de la presión intraabdominal que anula la presión sobre los diafragmas perineales y provocan una contracción refleja del periné. Recientes estudios preliminares parecen indicar que la práctica de este tipo de técnicas tiene beneficios añadidos como son la mejora postural y el alivio de algunos problemas lumbares y cervicales^{3,20}, el alivio del dolor de la dismenorrea primaria¹⁹ y mejora de la función sexual²².

No todos los autores consultados están de acuerdo con que los ejercicios abdominales clásicos sean perjudiciales para el suelo pélvico ni que la GAH sea la panacea para conseguir una buena figura^{40,41}, aunque no se ha encontrado ningún artículo, publicación o comentario en página web que indique que la GAH sea dañina en ningún sentido. En vista de todas estas evidencias, consideramos que la recomendación de realizar ejercicios hipopresivos en este grupo poblacional está más que justificada debido a las bondades que presenta la técnica.

En **mujeres en periodo de riesgo (embarazo, puerperio y climaterio)** se sigue un protocolo similar al anterior. Es cierto que los cambios físicos y hormonales que se producen en estos periodos hacen de la prevención una labor mucho más urgente que en el grupo poblacional anteriormente tratado. La información sobre los factores de riesgo externos es prácticamente la misma pero, en estas mujeres, el asesoramiento debe ser mucho más profundo y completo^{32,36,37}. Al contrario que en los casos anteriores, estas mujeres sí están pendientes de la salud de su suelo pélvico y son muy receptivas al asesoramiento profesional ya que conocen, al menos, los problemas de incontinencia urinaria que podrían sufrir si no se cuidan. Estos problemas podrían ser debidos a:

- Embarazo: cuando una mujer acude a la consulta de una matrona porque está pensando quedarse embarazada o ya es gestante, ha de informarle de que va a sufrir una serie de modificaciones pelvi-perineales propias de su estado: el aumento de los niveles de progesterona hacen que disminuya el tono muscular del SP y las vísceras pierden parcialmente su sostén; el incremento de los niveles de relaxina provocará que las fascias y ligamentos sean más laxos y será propensa a sufrir hiperlordosis lumbar; a medida que el útero crece, desplaza la vejiga y elonga la uretra provocando en muchas mujeres incontinencia urinaria de esfuerzo y/o polaquiuria y urgencia miccional; y que el hierro adicional que han de tomar puede provocar estreñimiento. A todo esto hay que añadir la diástasis abdominal (Figura 4) que se produce en los últimos meses de embarazo y que es más evidente en mujeres multíparas^{15,16}.
- Parto y postparto: debe explicarle la anatomofisiología del proceso tanto si es vaginal como por cesárea. En los partos vaginales, la dilatación y la expulsión del feto provocan distensiones musculares y desgarros del SP, sobre todo en primíparas. Si fuera necesario realizar una episotomía o en partos instrumentales con fórceps, los daños son mayores. Todo ello afecta a la recuperación del SP durante el postparto^{15,16}.
- Climaterio: los cambios hormonales que se producen en esta etapa no son un factor determinante en el deterioro del suelo pélvico aunque sí lo es la edad, por lo que de ahora en adelante debe cuidar y fortalecer su suelo pélvico⁴².

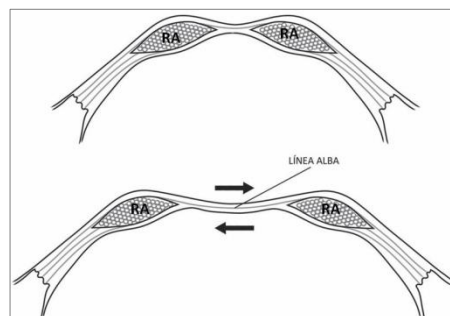


Figura 4. Visión superior de un corte transversal de la pared anterior abdominal (RA: músculo recto abdominal). Imagen superior: condiciones fisiológicas; imagen inferior: diástasis abdominal¹⁵ (modificada).

Los ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico durante el *embarazo* están encaminados a preparar el periné para el parto (educación maternal). Una musculatura pélvica bien tonificada podría evitar o disminuir las distensiones, los desgarros o la necesidad de realizar una episotomía en el SP durante el parto. Como consecuencia, se evitarían la incontinencia urinaria y/o fecal, la disfunción del vaciado vesical, el síndrome de defecación obstructiva, la disfunción sexual y el prolapso de distintos órganos pélvicos. Las técnicas más habituales son los ejercicios de la musculatura del SP (EMSP) o ejercicios de Kegel complementados con los ejercicios asistidos por biofeedback (BF). El primero requiere de un breve periodo de aprendizaje en consulta pero después estas mujeres los pueden realizar en su domicilio con la recomendación de ser constantes y de consultar cualquier duda sobre el procedimiento. El segundo ha de realizarse siempre en consulta ya que utiliza electrodos para monitorizar la correcta realización de los EMSP. Para que esta rutina sea efectiva, la matrona debe pactar con la gestante una serie de técnicas de modificación de conducta: llevar un diario miccional, realizar los pujos defecatorios en la posición adecuada (extremidades inferiores

flexionadas y pies elevados y apoyados en un reposapiés) y realizar masajes perineales. A partir del 5º-6º mes de embarazo, la gestante deberá empezar a asistir a las clases de preparación al parto donde la matrona le enseñará a realizar los pujos fisiológicos y las posturas adecuadas para la fase de dilatación y expulsión^{16,32,35,38}.

El *periodo postparto o puerperio* dura unas 6-8 semanas y vuelve a ser una etapa donde el cuerpo de la mujer sufre cambios hormonales, físicos y psicológicos. En este apartado hablaremos sobre la recuperación del suelo pélvico y de la figura en mujeres que tuvieron un parto sin complicaciones o por cesárea.

Aunque no hubiera complicaciones durante el parto, se producen lesiones perineales de bajo/medio impacto dependiendo de la duración del periodo de dilatación y de expulsión, del número de partos previos, de la postura adoptada durante el expulsivo y del tipo de pujo. Durante este periodo, las puérperas pueden sufrir las denominadas incontinencias urinarias transitorias que, si no se tratan, pueden derivar en incontinencia urinaria (IU) de carácter más perenne a medio plazo. En los partos por cesárea, estos daños no se producen. En esta etapa se produce el proceso de involución del útero y de los tejidos pero, debido a la diástasis de los rectos abdominales que se produjo durante la gestación, el abdomen tiende a quedarse laxo. Es labor de la matrona continuar con la educación maternal e informar de los tipos de ejercicios que se pueden realizar para recuperar ambas zonas y el momento oportuno para empezar. Está completamente desaconsejado realizar ningún ejercicio de tonificación abdominal (hipopresivo o hiperpresivo) ni cargar pesos. En cambio, la recuperación de la tonicidad del suelo pélvico ha de iniciarse cuanto antes, realizando los ejercicios de Kegel y caminar. Como complemento a esta técnica, se puede sugerir la utilización de bolas chinas y conos vaginales, sobre todo si la vagina está demasiado distendida después del parto, aunque la utilización de estos dispositivos intracavitarios está desaconsejada durante el periodo de sangrado. Si la vagina presenta heridas, habrá que esperar a que cicatricen^{2-4,15,16,19,22,32}.

Posterior al puerperio, la matrona debe evaluar el nivel de recuperación del suelo pélvico y de la diástasis abdominal. En esta etapa, puede aconsejar a la mujer el tipo de ejercicios que le van a ayudar a recuperar la figura y la utilización de bolas chinas o conos vaginales, si procede. Por un lado tenemos los ejercicios aeróbicos de bajo impacto como caminar, nadar y bicicleta que, además de ayudar a bajar peso, mejoran la circulación sanguínea y el tránsito intestinal; por otro, los ejercicios hipopresivos que no solo van a fortalecer la cincha abdominal sino que, al provocar un ascenso visceral y una contracción refleja del periné, ayudarán al fortalecimiento del periné y al mantenimiento de un suelo pélvico sano^{2-4,6,14-16,22,37,43}.

El *climaterio* es otro periodo crítico en la disfunción del suelo pélvico debido a la edad en la que se presenta e incrementada en los casos de mujeres que han gestado y que no han cuidado su periné. Otros factores de riesgo que la pueden potenciar son la tendencia a engordar que tienen muchas de estas mujeres por los cambios hormonales y la poca actividad física que realizan. La Educación para la Salud que aplican las matronas en esta etapa de la vida de la mujer es similar a la del periodo postparto tardío, aunque adaptado a la edad y a la condición física de la mujer. En estas mujeres, la GAH parece ser que es muy beneficiosa puesto que no solo mejora la tonicidad abdominal sino que previenen la IU y mejoran sensiblemente las relaciones sexuales ya que, con su práctica, se incrementa la vascularización

pélvica y genital y se aumenta la producción de endorfinas relacionadas con el bienestar y el placer^{2,3,22}.

Como en el primer grupo poblacional, existe cierta controversia respecto a si los ejercicios hipopresivos son mejores que otras actividades para la recuperación de la figura y del suelo pélvico en mujeres en periodo de riesgo⁴⁴. Tampoco hemos encontrado ninguna publicación o comentario en página web que indique que la GAH sea dañina en ningún sentido. En vista de todas estas evidencias, consideramos que la recomendación de realizar ejercicios hipopresivos en este grupo poblacional (postparto tardío y climaterio) está más que justificada debido a las bondades que presenta la técnica.

6.3. PREVENCIÓN SECUNDARIA Y TERCIARIA

La prevención secundaria se puede definir como aquellas actividades preventivas (individuales) encaminadas a la detección precoz de una patología y a las acciones necesarias para disminuir su progresión y duración. La prevención terciaria consiste en aplicar aquellas actividades (individuales) destinadas a disminuir la prevalencia de las incapacidades crónicas que pueden producir una enfermedad, reduciéndolas al mínimo. Son actividades encaminadas a evitar complicaciones, a controlar el avance de la enfermedad intentando retrasarlo al máximo y evitar posibles secuelas²³.

Aplicada al tema a tratar en esta memoria, las actividades a realizar por Enfermería estarían todas relacionadas con la reeducación del suelo pélvico, en mujeres que presentan uno o varios síntomas de disfunción del suelo pélvico durante el puerperio.

Habitualmente, todas estas disfunciones son patologías secundarias a un parto vaginal con complicaciones: por la distensión muscular producida durante periodo expulsivo, por los desgarros que se producen en las paredes vaginales, por una episiotomía y/o por una lesión de los nervios pudendos (compresión u elongación excesiva y prolongada). Las incontinencias y los prolapsos, en menor medida, pueden aparecer durante la menopausia por los cambios en el tejido conjuntivo que se producen en este periodo; por estreñimiento patológico, debido a los pujos defecatorios excesivos, prolongados y repetitivos que deben hacer estas pacientes o por una histerectomía. Existen otros factores que agravan su estado y que ya han sido referidos con anterioridad: ejercicios hiperpresivos, obesidad, tos crónica, ropa muy ajustada y profesiones de riesgo^{29,33,35,38}.

El diagnóstico de estas disfunciones no siempre es precoz ya que muchas de las mujeres que padecen IU o IF suelen sentir vergüenza y no consultan su sintomatología con ningún profesional sanitario o bien consideran que sus síntomas no son lo suficientemente graves como para comentarlo en consulta. En cambio, las consultas por POP son mucho más frecuentes debido, probablemente, a que suelen venir asociados a incontinencias, a defecación obstructiva y/o a disfunciones sexuales molestas o dolorosas²⁹.

El diagnóstico de las disfunciones pélvicas en este estadio requiere de la participación de un equipo sanitario multidisciplinar (servicio de obstetricia, urología, gastroenterología) ya que, en muchas ocasiones, las patologías no se presentan de forma aislada. En el caso de las mujeres que no consultan su problema, el diagnóstico suele producirse en una consulta rutinaria con la matrona. Si la mujer sí acude a un servicio de ginecología para relatar sus

síntomas, el diagnóstico lo realizará el equipo ginecólogo-matrona. En ambos casos, la anamnesis debe ser muy detallada ya que se deben identificar todos los síntomas, cómo afectan a su calidad de vida (CV) y el tiempo de evolución. La historia clínica debe complementarse con los hábitos de vida, higiénicos y posturales, y los antecedentes familiares. En los estadios iniciales, este tipo de disfunciones suelen ser asintomáticos o dispersos en el tiempo. En las disfunciones pluripatológicas, es habitual que alguna de ellas sea silenciosa. Por ello, es esencial que la exploración física sea exhaustiva efectuando inspecciones y exploraciones de los genitales externos e internos y ano-rectales, evaluando el tono del SP y realizando diferentes test de esfuerzo. Si el diagnóstico es dudoso o hay una enfermedad asociada a la disfunción, se derivará al paciente al servicio médico correspondiente y se pedirán pruebas complementarias como ecografía ginecológica y/o endoanal, analítica de orina, estudios urodinámicos, manometrías rectoanales y/o estudios neurofisiológicos del suelo pélvico)^{29,33}.

Una vez realizado el diagnóstico, el abordaje terapéutico será diferente dependiendo del tipo, del número y de la gravedad de los síntomas. En los casos leves o moderados de IU, IF y/o POP, se suelen adoptar técnicas conservadoras de reeducación del suelo pélvico y de hábitos de vida, higiénicos y posturales encaminadas a revertir los síntomas. En los casos graves o muy graves (aislados o combinados) el abordaje es global, combinando técnicas conservadoras, farmacológicas y quirúrgicas reconstructivas. Las técnicas conservadoras en este caso van encaminadas a fortalecer el SP antes y después del abordaje quirúrgico y evitar recaídas posteriores^{29,33-35}.

Uno de los profesionales sanitarios capaz de aplicar las técnicas conservadoras en ambos casos, es Enfermería (obstétrico-ginecológica y urológica). Antes de iniciar el tratamiento conservador, debe explicar a la paciente los conceptos básicos de la anatomía perineal y su función. Posteriormente, ha de hacerle entender qué tipo o tipos de disfunciones anatomofisiológicas presenta. A continuación, elaborará junto con la paciente un plan de trabajo que incluya las técnicas de reeducación del SP más adecuadas a su patología y los cambios que debe realizar en sus hábitos de vida para evitar los factores de riesgo externos que impedirían o retrasarían su recuperación (relatados en apartados anteriores). Todo ello en un clima de confianza y con explicaciones claras y comprensibles^{29,31,32,34-37,39}. En la práctica clínica actual, las técnicas utilizadas por estos profesionales para el tratamiento conservador de las incontinencias y los POP son varias^{34,35}: técnicas de modificación de conducta, ejercicios de Kegel, biofeedback (BF) y electroestimulación. Las tres primeras (ver apartado 6.2) se utilizan con todas las pacientes. La cuarta, pretende potenciar de forma pasiva los músculos del SP mediante la aplicación de estímulos eléctricos o magnéticos y se aplica en mujeres cuyo suelo pélvico tiene un tono perineal muy deficitario.

Hemos de resaltar que, en los centros dónde existe una unidad específica de suelo pélvico, el equipo multidisciplinar que lo compone cuenta además con fisioterapeutas especializados en obstetricia y uroginecología que son los encargados de aplicar todas estas técnicas en la prevención y tratamiento de las disfunciones del suelo pélvico.

En la última década, algunos equipos de fisioterapeutas y de entrenadores físicos (diplomados, licenciados, graduados) han empezado a estudiar los posibles beneficios del Método Hipopresivo en la recuperación del suelo pélvico. Caufriez² relata en su página web

que, una de las variantes del Método Hipopresivo llamada Técnicas de Transferencia Tensional (TTT) pueden ser utilizadas en la rehabilitación de disfunciones tónicas musculares como las disinergias vesico-esfinterianas y ano-rectales. En este método, “todos los ejercicios se realizan en postura hipopresiva en apnea espiratoria, asociados a una puesta en tensión postural de grupos musculares antigravitatorios mediante la técnica del bombeo energético, con oxigenoterapia, bajo control manométrico abdominal y opcionalmente, utilizando simultáneamente la electroestimulación o la estimulación vibratoria neuromuscular”. Bernardes *et al*⁸ concluyen que los ejercicios hipopresivos son igual de efectivos que los de Kegel en la mejora del tono del SP en mujeres con POP. Caizaguano¹⁵, en su tesis doctoral, recomienda la GAH como técnica de fortalecimiento del SP en mujeres que sufren IUE. Rial *et al*⁹ consideran que la GAH reduce la sintomatología de la IU y sugieren que “la técnicas hipopresivas pueden ser una alternativa complementaria para mejorar la calidad de vida relacionada con la IU”. Costa *et al*¹⁰, conocedores de que muchas mujeres, con y sin disfunción del suelo pélvico, tienen grandes dificultades para realizar una contracción adecuada de los músculos perineales proponen la realización de GAH para facilitar la comprensión correcta de la contracción ya que ésta promueve la contracción refleja de los músculos del suelo pélvico. Resende *et al*⁴⁵, conocedores de los posibles beneficios del Método Hipopresivo en la rehabilitación del suelo pélvico en mujeres con POP, quisieron averiguar si la técnica combinada de Kegel+GAH era más efectiva que la realización única de los ejercicios de Kegel. Sus resultados indican que con la técnica mixta no se mejoran los resultados obtenidos con las técnicas clásicas de fortalecimiento del SP.

Hemos encontrado muy pocos artículos en los que se estudie o se revise la eficacia del Método Hipopresivo en cualquiera de sus variantes, en la reeducación del SP en mujeres con disfunciones pélvicas diagnosticadas. En cambio, en las páginas web de numerosos centros de fisioterapia o de Fitness y de clínicas de atención a la mujer, si se encuentra información pero raramente referenciada. Los especialistas capacitados para impartir estas técnicas en cualquiera de los ámbitos mencionados en la introducción no publican con frecuencia los resultados que obtienen en sus pacientes en revistas científicas, congresos, etc. Además, estos estudios están realizados a una pequeña muestra poblacional y no se pueden comparar entre ellos ya que la población de estudio y/o la metodología empleada es diferente.

Centrándonos en Enfermería, en toda su labor como educadora y promotora de la salud del suelo pélvico femenino, podemos concluir que el Método Hipopresivo se presenta como una técnica alternativa o complementaria a los ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico sobre todo en mujeres nulíparas como método preventivo y durante el postparto tardío y el climaterio como método fortalecedor del SP. Consideramos que los beneficios como técnica rehabilitadora de disfunciones del SP, no está debidamente estudiada por lo que se hace necesario incrementar el número de estudios clínicos.

Como última reflexión, animamos al personal de enfermería especialista en suelo pélvico a realizar los cursos de capacitación del Método Hipopresivo y a realizar estudios clínicos controlados en mujeres de distintas edades y en las diferentes etapas expuestas en esta memoria, con el fin de comprobar científicamente las posibles bondades de estas técnicas.

7. CONCLUSIONES

- Son muchos los autores que consideran que los ejercicios hiperpresivos son perjudiciales para la musculatura perineal, sobre todo la femenina.
- Los ejercicios hipopresivos, en cambio, se presentan como técnicas de fortalecimiento de las paredes abdominales y de la musculatura perineal en el ámbito preventivo y terapéutico.
- En la práctica clínica enfermera, estas técnicas hipopresivas empiezan a ser utilizadas como método de fortalecimiento del periné femenino en prevención primaria.
- La reeducación del suelo pélvico en prevención secundaria y terciaria depende, fundamentalmente, de fisioterapeutas especializados en obstetricia y uroginecología.
- La calidad y rigor científico de los estudios clínicos sobre la validez del Método Hipopresivo no siempre es la adecuada.
- Alentamos al personal de enfermería que trabaja con mujeres que sufren algún tipo de disfunción del suelo pélvico a capacitarse en el Método Hipopresivo y a realizar estudios clínicos que aporten una buena evidencia científica sobre la utilidad de estas técnicas.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Piti Pinsach. Ejercicios abdominales: pasado, presente y futuro [Internet] [Actualizado 10 de abril de 2012; acceso 29 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://sporthealthzone.com/esp/woman/articulosentrenamiento.php>.
2. Método Hipopresivo m. caufriez [Internet]. Tempera & Wordpress; [sin fecha, acceso 16 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://metodohipopresivo.com/>.
3. Caufriez M. La méthode hypopressive. Profession kiné [Internet] 2015; Nº 47 (acceso 24 de febrero de 2017). Disponible en: http://ch-lannion.centredoc.fr/opac/doc_num.php?explnum_id=2324.
4. Valancogne, G. (2008). La rééducation dans le post partum. 31ème Congrès de la SIFUD PP. 18-21 junio 2008, Biarritz, France.
5. Rial T y Pinsach P. Low Pressure Fitness: Manual práctico (Nivel 1). Vigo (España): International Hypopressive & Physical Therapy Institute; 2016.
6. Sánchez MM, González R y Hernández E. Importancia de las técnicas hipopresivas en la prevención de la incontinencia urinaria postparto. RECIEN Revista Científica de Enfermería [Internet]. 2014 (acceso 16 de noviembre de 2016); 8: 1-13. <http://dx.doi.org/10.14198/recien.2014.08.05>.
7. Rial T, Villanueva C y Fernández I. Aproximación conceptual y metodológica al método hipopresivo. EFDeportes.com, Revista Digital [Internet]. 2011 (acceso 7 de diciembre de 2016); Nº 162. Disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd162/aproximacion-al-metodo-hipopresivo.htm>.
8. Bernardes BT, Resende APM, Stüpp L, Oliveira E, Castro RA, Jármy di Bella ZIK et al. Efficacy of pelvic floor muscle training and hypopressive exercises for treating pelvic organ prolapse in women: randomized controlled trial. Sao Paulo Med J [Internet]. 2012 (acceso 10 de febrero de 2017); 130(1): 5-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-31802012000100002>.
9. Rial T, Chulvi-Medrano I, Cortell Tormo JM y Álvarez Sáez M. ¿Puede un programa de ejercicio basado en técnicas hipopresivas mejorar el impacto de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de la mujer? Suelo pélvico [Internet]. 2015 (acceso 10 de febrero de 2017); 11(2): 1-6. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/60929>.
10. Costa TF, Resende APM, Seleme RM, Stüpp L, Castro RA, Berghmans B et al. Hypopressive Gymnastics as a Resource for Perineal Proprioception in Women with Urinary Incontinence. Fisioterapia Brasil [Internet] 2011 (acceso 12 de marzo de 2017); 5: 365-369. Disponible en: <https://static1.squarespace.com/static/55229420e4b07056fd93dab4/t/558314fee4b02eb5f7138b3d/143465395022/LPF+Propriozeptisch+A3.pdf>.
11. Álvarez Sáez MM, Rial Rebullido T, Chulvi Medrano I, García Soidán JL y Cortell Tomo JM. ¿Puede un programa de ocho semanas basado en la técnica hipopresiva producir cambios en la función del suelo pélvico y composición corporal de jugadoras de rugby? Retos [Internet]. 2016 (acceso 15 de diciembre de 2016); 30: 26-29. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3457/345744747005.pdf>.

12. Vélaz Azcoiti V. Salud del Suelo Pélvico: fortalecimiento y prevención en mujeres jóvenes. Trabajo Fin de Grado. Universidad Pública de Navarra; 2015. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2454/18609>.
13. Lorié Cruz TM. Técnicas hipopresivas como método preventivo de las disfunciones del suelo pélvico para mujeres vinculadas a la actividad física y deportiva: revisión bibliográfica. Trabajo Fin de Grado. Universidade da Coruña; 2013. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2183/11530>.
14. Snoeck T, Philipot A, Caufriez M, Balestra C. Incidence de l'aspiration diaphragmatique associée à une apnée expiratoire sur la circulation de retour veineuse fémorale: étude par échographie-doppler. Kinésithérapie scientifique [Internet]. 2009 (acceso 10 de enero de 2017); 502: 27-30. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/222090475>.
15. Caizaguano Chacón, BM. Fortalecimiento de la musculatura del suelo pélvico mediante gimnasia abdominal hipopresiva en el período posparto de 3 a 6 meses en mujeres de 20 a 45 años en el Instituto de la Mujer durante el período junio-diciembre del 2012. Trabajo de Investigación. Universidad Técnica de Ambato (Ecuador); 2014. Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/6612>.
16. Ferri Morales A y Amostegui Azkúe JM. Prevención de la disfunción del suelo pélvico de origen obstétrico. Fisioterapia. 2004; 26(5): 249-65. DOI: 10.1016/S0211-5638(04)73110-7.
17. Soriano L, González-Millán C, Salinero JJ. Efecto de un programa de gimnasia abdominal hipopresiva (gah) sobre el principal predictor de riesgo cardiovascular en una población de jóvenes sanos, sedentarios y nulíparas. AGON Int J Sport Sci [Internet]. 2014 (acceso 10 de enero de 2017); 4(1): 36-45. Disponible en: http://agonjournal.com/wp-content/uploads/2014/07/6_Soriano_4_1_AGON_36_45.pdf.
18. Rial T, Sousa L, García E, Pinsach P Efectos inmediatos de una sesión de ejercicios hipopresivos en diferentes parámetros corporales. Cuestiones de Fisioterapia [Internet]. 2014 (acceso 12 de febrero de 2017); 43(1): 13-21. Disponible en: http://media.wix.com/ugd/534b88_1244453417814dc59eba069a37ac956b.pdf.
19. García Hurtado B, Chillón Martínez R, Rebollo Roldán J y Orta Pérez M. Dismenorrea primaria y Fisioterapia. Fisioterapia. 2005; 27(6): 327-42. DOI: 10.1016/S0211-5638(05)73458-1.
20. Galindo Torres GA y Espinoza Salido AS. Programas de ejercicio en lumbalgia mecanopostural. Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación [Internet] 2009 (acceso 5 de febrero de 2017); 21: 11-19. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2009/mf091c.pdf>.
21. Santa Mina D, Au D, Alibhai SMH, Jamnicky L, Faghani N, Hilton WJ et al. A pilot randomized trial of conventional versus advanced pelvic floor exercises to treat urinary incontinence after radical prostatectomy: a study protocol. BMC Urol. 2015; 15: 94. doi: 10.1186/s12894-015-0088-4.

22. Serra N. Función sexual, ejercicio físico e hipopresivos [Internet]. Bilbao: Fisioterapiaonline.com; (sin fecha; acceso 1 de mayo de 2017). Disponible en: <https://www.fisioterapia-online.com/articulos/funcion-sexual-ejercicio-fisico-e-hipopresivos>.
23. Darías Curvo S. Educación para la salud: evolución histórica y conceptos básicos. En: Darías Curvo S (ed). Enfermería comunitaria vol. II (Colección Enfermería S21). 2ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2009. p.600-607.
24. WHO Expert Committee on New Approaches to Health Education in Primary Health Care. Nuevos métodos de educación sanitaria en la atención primaria de salud [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS); 1983 [acceso 28 de abril de 2017]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/38777>.
25. The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. Health Promot Int. 2006; 21(suppl_1): 10-14. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapro/dal046>.
26. 29th Triennial Congress of the International Confederation of Midwives. Durban (South Africa); 19-23 June 2011. Disponible en: <http://internationalmidwives.org/global/esp%C3%B1ol/definici%C3%B3n-internacional-de-matrona-de-la-icm.html>.
27. Asociación Española de Enfermería en Urología [Internet]. TecnoSoc; 2010 (acceso 13 de mayo de 2017). Disponible en: <http://enfuro.es/>.
28. Drake, Vogl & Mitchell. Gray, Anatomía básica. Barcelona: Elsevier; 2013.
29. Lacima G y Espuña M. Patología del suelo pélvico. Gastroenterol Hepatol 2008; 31: 587-95. DOI: 10.1157/13128299.
30. Flores C y Pizarro J. Calidad de vida en mujeres con alteraciones del piso pélvico: revisión de la literatura. Rev chil obstet ginecol. [Internet]. 2012 (acceso 3 de mayo de 2017); 77(3): 175-182. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262012000300002&script=sci_arttext.
31. Suárez Serrano CM, Medrano Sánchez E, Díaz Mohedo E, de la Casa Almeida M, Chillón Martínez R y Chamorro Moriana G. Afectación de la calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria. Fisioterapia. 2013; 35: 18-23. DOI: 10.1016/j.ft.2012.05.003.
32. Sánchez Perruca MI, Fernández y Fernández Arroyo M, López Sáez y López de Teruel A, Martínez Berreido I, Hoyos Martínez I y Gallardo Díez Y. Influencia de la actuación de la matrona ante la IUE durante el embarazo, parto y puerperio. Matronas profesión [Internet]. 2001 (acceso 3 de mayo de 2017); 2(6): 23-29. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7590/173/influencia-de-la-actuacion-de-la-matrona-ante-la-iue-durante-el-embarazo-parto-y-puerperio>.
33. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Prolapso genital (actualizado junio de 2013). Prog Obstet Ginecol. 2015; 58(4):205-208. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pog.2014.11.004>.

34. Quintanilla Sanz A. Enfermería y continencia. Una reflexión. *Enfuro* [Internet]. 2008 (acceso 3 de mayo de 2017); 107: 14-18. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2932323>.
35. García Martín AI, del Olmo Cañas P, Carballo Moreno N, Medina Varela M, González Lluva C y Morales de los Ríos Luna P. Reeducción del suelo pélvico. *Enfuro* [Internet]. 2005 (acceso 3 de mayo de 2017); 94: 19-22. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3099456>.
36. Carrasco García, MA. Ejercicio físico y recuperación postparto. *Matronas hoy* [Internet]. 2016 (acceso 5 de mayo de 2017); 4(3): 33-38. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/articulo/98/>.
37. Sebastiá Gracia G. Cuidado del suelo pélvico en el postparto. *Matronas profesión* [Internet]. 2001 (acceso 3 de mayo de 2017); 2: 12-15. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7642/173/cuidado-del-suelo-pelvico-en-el-posparto>.
38. Palacios López A y Díaz Díaz B. Fisioterapia en incontinencia urinaria de embarazo y posparto: una revisión sistemática. *Clin Invest Gin Obst*. 2016; 43(3): 122-131. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gine.2015.05.005>.
39. Gómez Carvajal M, Torregrosa Tomás MD, Rondón Ramos A y Blanco Pérez A. Incorporación de la Promoción de la Salud y la Prevención de las Disfunciones de Suelo Pélvico en Atención Primaria. *Enfermería Docente* [Internet]. 2012 (acceso 9 de mayo de 2017); 96: 22-25. Disponible en: <http://www.index-f.com/edocente/96/r96-022.php>.
40. Stüpp Liliana, Resende APM, Petricelli CD, Nakamura MU, Alexandre SM y Zanetti MRZ. Pelvic floor muscle and transversus abdominis activation in abdominal hypopressive technique through surface electromyography. *Neurourol Urodyn*. 2011; 30(8): 1518–1521. DOI: 10.1002/nau.21151.
41. Pintar JA, Learman KE y Rogers R. Traditional exercises do not have a significant impact on abdominal peak force in healthy young adults. *J Strength Cond Res*. 2009; 23(7): 2083-9. doi: 10.1519/JSC.0b013e3181b3e121.
42. Trutnovsky G, Guzmán-Rojas R, Martín A y Dietz HP. Pelvic floor dysfunction-Does menopause duration matter? *Maturitas*. 2013; 76: 134-138. <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.06.012>.
43. Olcoz Ruiz A. Implantación de un programa de ejercicios de suelo pélvico como estrategia de prevención de la incontinencia urinaria. Trabajo Fin de Máster. Universidad Pública de Navarra; 2013. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2454/7845>.
44. Moral S, Heredia Elvar JR, Donate FI, Mata F y da Silva Grigoletto ME. Revisión de Tendencias en el Entrenamiento Saludable de la Musculatura de la Zona Media (CORE): La Gimnasia Abdominal Hipopresiva® y el Método Pilates®. *PubliCE Standard* [Internet]. 2011 (acceso 5 de mayo de 2017). Disponible en: <http://g-se.com/es/salud-y-fitness/articulos/revision-de-tendencias-en-el-entrenamiento-saludable-de-la-musculatura-de-la-zona-media-core-la-gimnasia-abdominal-hipopresiva-y-el-metodo-pilates-1395>.

45. Resende AP, Stüpp L, Bernardes BT, Oliveira E, Castro RA, Girão MJ, Sartori MG. Can hypopressive exercises provide additional benefits to pelvic floor muscle training in women with pelvic organ prolapse? *Neurourol Urodyn*. 2012; 31(1): 121-5. doi: 10.1002/nau.21149.