



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

**PROTOCOLO DE VALORACIÓN
PERINEAL POSTPARTO**

Autora: CELIA M. GRACIA ROIG

Tutora: CAROLINA GONZALEZ HERNANDO

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría agradecer a la profesora Dra. Carolina González Hernando, tutora de mi Trabajo Fin de Grado todo su esfuerzo y dedicación por haber dirigido y ayudado en la elaboración de este trabajo. Mediante su orientación he podido avanzar satisfactoriamente y su apoyo emocional han hecho posible la realización del mismo.

A mis profesores tanto en la Facultad de Enfermería como profesores asociados y colaboradores en las prácticas clínicas que han hecho que me enamore de la enfermería y han hecho posible poder compaginar mis estudios con mi trabajo y mi familia.

A mi familia, que por su comprensión y paciencia han “perdido” horas de dedicación como madre y compañera

RESUMEN

Introducción: La patología de suelo pélvico tiene una prevalencia muy elevada; existe evidencia científica que demuestra que el parto es un factor predisponente para padecer disfunciones del suelo pélvico. Se plantea la posibilidad de reducir la incidencia de disfunciones postparto mediante la elaboración de implementación de un protocolo específico de valoración perineal que ayude al profesional de enfermería a prevenir y/o tratar esas patologías de una forma temprana y descender así la morbilidad que provocan.

Objetivo: disminuir la incidencia de las disfunciones producidas por el parto a través de una valoración perineal postparto adecuada que ayude a la prevención precoz y derivación al servicio especializado correspondiente en caso de necesidad.

Metodología: Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en profundidad con el fin de reunir la mayor información posible para la realización del protocolo, a partir de ahí se hizo una propuesta de mejora elaborando un protocolo basado en la evidencia científica específico para la valoración perineal postparto. Se ha añadido información sobre anatomía del suelo pélvico y explicación sobre las patologías más comunes.

Propuesta de mejora: elaborar un protocolo de valoración perineal postparto que permita la prevención de futuras patologías, actuación ante las mismas de una forma temprana y/o derivación al profesional adecuado.

Conclusiones: Un protocolo es una herramienta eficiente para detectar precozmente patologías uroginecológicas postparto asociadas al propio mecanismo lesional del parto. Los profesionales de enfermería y las matronas deben implicarse en la actividades preventivas ya que una pronta actuación podría suponer un descenso en dichas disfunciones, aumentando así la calidad de vida de las pacientes y disminuyendo el gasto sanitario que de estas patologías deriva.

Palabras clave: Suelo pélvico, incontinencia urinaria, Escala Oxford, prevención, episiotomía, prolapsos, patología. Y los descriptores DECS – MESH diafragma pélvico, laceraciones.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
2. OBJETIVOS.....	4
3. METODOLOGÍA	4
4. MARCO TEÓRICO	6
5. PROTOCOLO PARA LA VALORACIÓN PERINEAL POSTPARTO	11
5.1. DEFINICIÓN:	11
5.2. PROFESIONALES A QUIENES VA DIRIGIDO	11
5.3. POBLACIÓN DIANA/EXCEPCIONES	11
5.4. MATERIAL.....	11
5.5. PROCEDIMIENTO.....	12
6. DISCUSIÓN.....	20
7. CONCLUSIONES	21
8. DECLARACIÓN DE CONFLICTOS	21
9. BIBLIOGRAFÍA.....	22
10. ANEXOS	25

1. INTRODUCCIÓN

El parto constituye uno de los factores de riesgo más importantes para desarrollar en el futuro diversas patologías uroginecológicas¹. La tasa de prevalencia de dichas patologías es alta y la calidad de vida de las pacientes baja.

Se refleja que los desgarros perineales producidos en el parto parecen asociarse fundamentalmente con la aparición de la incontinencia urinaria mixta². La maniobra de presión del fondo uterino (Maniobra Kristeller) se asocia a un aumento del prolapso anterior, incontinencia urinaria de urgencia, incontinencia anal y dispareunia³.

La incontinencia urinaria así como otras lesiones del suelo pelviano (prolapsos genitales, incontinencia anal y dispareunia , entre otros) presentan una alta incidencia en la población femenina, pareciendo evidente que existe una relación causa-efecto con el parto vaginal⁴; ello implica que dichas patologías hacen acto de presencia en la vida de la mujer a una edad temprana y que con posterioridad, si no se resuelven convenientemente en el postparto, pasan a formar parte de su vida cotidiana con un alto coste para su calidad de vida.

El parto vía vaginal representa el principal factor de riesgo para la aparición de lesiones pelviperineales⁵⁻⁸, y una de las causas más importantes tanto de debilidad del suelo pélvico como de patología urogenital a corto, medio y largo plazo; estas patologías están presentes con una alta incidencia en nuestra sociedad, ocasionando un alto gasto económico sanitario. La prevalencia de incontinencia urinaria en España oscila entre un 25% y un 45%, afectando a un 25% de mujeres mayores de 40 años⁹; la patología en sí no implica gravedad pero genera una gran afectación a nivel físico, psicológico, social y sexual¹⁰.

2. OBJETIVOS

- OBJETIVO GENERAL

Elaborar un protocolo de valoración perineal postparto basado en la evidencia científica.

- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Dotar al profesional enfermero de una herramienta que ayude a determinar posibles indicios de lesiones pelviperineales que ayuden a la pronta resolución de las mismas mediante los diagnósticos enfermeros y educación para la salud.

Reducir la tasa de afectación de patología uroginecológica derivada del parto.

Prevenir patologías, actuar ante las mismas de una forma temprana y/o derivar al profesional adecuado.

Mejorar la calidad de atención a las mujeres postparto unificando criterios de actuación en las consultas de valoración del suelo pélvico a través de un protocolo.

Reducir el gasto sanitario por una tardía detección de estas patologías que conllevaría a cirugías o uso de compresas u absorbentes que en gran medida vienen financiadas por el sistema público sanitario.

3. METODOLOGÍA

Se realizó en dos fases:

- 1) Búsqueda bibliográfica con el fin de reunir la mayor información posible para la realización del protocolo. La búsqueda se realizó en los buscadores científicos: Pubmed, Uptodate, Clinicalkey, Fisterrae, CINAHL, CUIDEN, Pedro, Enfispo, Ibecs, Ime, Cochrane. Además de buscar en las bases mencionadas se consultó el Google académico.

Las palabras claves para la búsqueda fueron “suelo pélvico”, “escala Oxford”, “prevención”, “episiotomía”, “prolapsos”, “patología”, “prolapso”. Y los descriptores DECS – MESH “diafragma pélvico”, “laceraciones”.

El período de búsqueda se realizó entre los meses de Octubre del 2015 y Abril del 2016; posteriormente se comenzó la elaboración del protocolo.

2) Diseño de un protocolo práctico siguiendo las guías metodológicas para la elaboración de protocolos basados en la evidencia científica siguen las siguientes fases^{11,12}:

- Declaración de conflictos de intereses
- Justificación
- Objetivos
- Profesionales a quién va dirigido
- Población diana/Excepciones
- Metodología
- Material
- Procedimiento

Para la realización del protocolo se han incluido aquellos artículos y libros que abarcan un período desde el año 1996 al 2012; no se ha establecido ningún límite lingüístico en las búsquedas realizadas, empleándose principalmente fuentes en inglés, español y, en menor medida, portugués y francés.

4. MARCO TEÓRICO

Descripción anatómica del periné

El suelo pélvico está compuesto fundamentalmente por estructuras musculares y conectivas. Esta región se encuentra delimitada por diferentes estructuras: en la parte superior encontramos el músculo diafragma, a nivel anterolateral tenemos la sínfisis del pubis y la musculatura abdominal, y a nivel posterolateral las costillas, la columna vertebral (sacro y cóccix) y la musculatura espinal.

El suelo pélvico muscular es un conjunto de músculos que se disponen en tres niveles: plano superficial, medio y profundo¹³.

– El plano superficial en su cara anterior está compuesto por los músculos bulbocavernoso e isquiocavernoso, en el centro se encuentra el músculo transverso superficial extendiéndose entre los huesos isquion de la pelvis y en la parte posterior se sitúa el único músculo estriado de esta región, denominado esfínter externo del ano (figura 1).

– El plano medio consta de dos músculos estriados: en la cara anterior el esfínter estriado de la uretra, esencial en la continencia urinaria, y en la cara posterior el músculo transverso profundo.

– El plano profundo está compuesto por un conjunto de músculos situados en la región posterior cuya disposición conforma una cúpula convexa hacia abajo que se opone a la concavidad del diafragma, de ahí su denominación: diafragma pelviano. Contiene el músculo elevador del ano, cuya contracción interviene en la continencia anal (activa y pasiva) y que, a su vez, se compone de tres fascículos estriados: pubococcígeo, iliococcígeo, e isquiococcígeo, En la región anterior o periné¹⁴ urogenital profundo se disponen dos músculos: pubovaginal y puborrectal¹⁴ (figura 2).

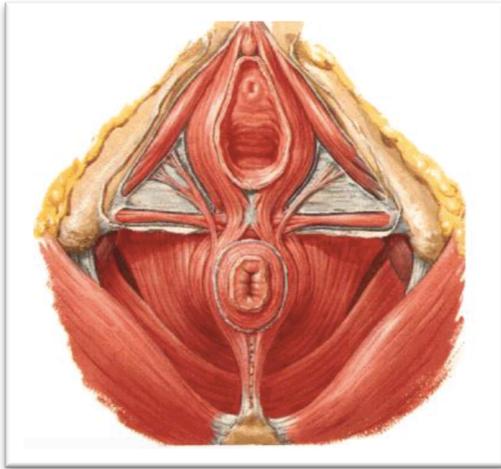


Fig.1. Musculatura superficial periné.
Fuente: Tratado de anatomía Netter.

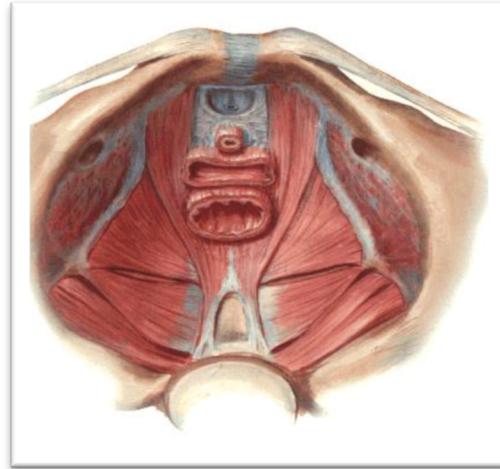


Fig. 2. Musculatura profunda periné.

La función fisiológica normal de los órganos pélvicos va a depender de la integridad de los componentes de soporte de la pelvis.

Conceptos y límites en el puerperio

El puerperio es el período de tiempo que transcurre desde la expulsión del feto y placenta hasta el retorno del organismo femenino a las condiciones normales anteriores al embarazo¹⁵.

Podemos dividir el puerperio en inmediato, clínico y tardío.

- Puerperio inmediato: Su duración es de 24 horas.
- Puerperio clínico: Dura de 5 a 7 días y durante esta fase se producen los fenómenos involutivos más importantes.
- Puerperio tardío: Dura entre 5 y 7 semanas.

Lesiones más frecuentes en el postparto

Existen factores que aumentan la probabilidad de traumatismo perineal. Se estima que más de un 80% de las mujeres sufren algún tipo de lesión perineal.

Lesiones musculares

La afectación de la musculatura del suelo pélvico puede producirse debido a la episiotomía o desgarro, sobreestiramiento y desinserciones.

Episiotomía

Es la incisión quirúrgica realizada sobre la región perineal para facilitar la salida del feto. En función del tipo de episiotomía y de su extensión, la rotura muscular será de mayor o menor grado. La evidencia científica¹⁶ ha demostrado que este tipo de incisiones quirúrgicas no deben realizarse nunca de forma protocolaria, sino que deben llevarse a cabo ante determinadas situaciones. Hay diferentes tipos de episiotomías dependiendo la zona de corte realizada.

La episiotomía puede realizarse con diversas técnicas. Las más empleadas son las siguientes:

- Central: el corte se dirige desde el centro de la horquilla vulvar hacia el ano por el centro tendinoso del periné.
- Medio-lateral: el corte se inicia en el mismo lugar, pero se dirige oblicuamente hacia atrás, de forma que su ángulo inferior quede siempre fuera del esfínter.
- Lateral: es paralelo al anterior y se inicia en el tercio inferior del labio menor.

Es importante añadir en el protocolo el tipo de episiotomía que se ha realizado para saber que estructuras han sido dañadas para ello se utiliza un dibujo de la zona perineal donde el profesional puede señalar exactamente el lugar de la incisión de episiotomía, lugar de rasgado o alguna otra incidencia.

Desgarro

Los desgarros perineales pueden clasificarse en cuatro grados, siguiendo los criterios aceptados por el RCOG (Real Colegio de Obstetricia y Ginecología).

Tabla 1. Clasificación de desgarros perineales

1^{er} grado	Lesión de piel perineal		
2^o grado	Lesión de músculos del periné sin afectar esfínter anal		
3^{er} grado	Lesión del esfínter anal	3a	Lesión del esfínter externo <50%
		3b	Lesión del esfínter externo >50%
		3c	Lesión de esfínter externo e interno
4^o grado	Lesión del esfínter anal y la mucosa rectal		

Fuente: https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/lesiones%20perineales%20de%20origen%20obst%E9trico.pdf

Esta clasificación aporta un valor pronóstico del desgarro. Los desgarros de grado 3c presentan el doble de riesgo de incontinencia anal posterior que los de grado 3b, y a su vez estos el doble que los 3a.

Prolapso de órganos pélvicos

Según la International Urogynecological Association (IUGA) y la ICS (2010), el POP puede clasificarse en función de los estadios y/o de las zonas anatómicas afectadas:

Tabla 2. Estatificación del sistema pelvic organ prolapse quantification (popq)

Estadio	Descripción
0	No se muestra prolapso.
1	La porción más distal del prolapso es mayor de 1 cm por encima del himen.
2	La porción más distal del prolapso es menor a 1 cm , por encima o por debajo del plano del himen.
3	La porción más distal del prolapso esta a más de 1 cm por debajo del plano del himen.
4	Eversión completa de la longitud total del aparato genital inferior.

Modificado de Bump RC, Mattiasson A, Bo K, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. Am J Obstet Gynecol 1996; 175: 10-17.

Incontinencia urinaria

Según la International Continence Society (ICS), la IU se define como: “la pérdida involuntaria de orina que genera un problema higiénico y social”.

Existen cuatro tipos de IU, clasificados en función de su clínica, duración e intensidad¹⁷:

- IU de esfuerzo (IUE): se define como “la pérdida involuntaria de orina, asociada a un esfuerzo físico, que provoca un aumento de la presión abdominal”.
- IU de urgencia (IUU): se define como “la pérdida involuntaria de orina acompañada o inmediatamente precedida de urgencia miccional”.
- IU mixta (IUM): se define como “la percepción de pérdida involuntaria de orina asociada tanto a urgencia como a esfuerzo”.
- IU por rebosamiento: se define como “la IU que se aprecia en pacientes sin deseo miccional alguno”.

5. PROTOCOLO PARA LA VALORACIÓN PERINEAL POSTPARTO

5.1. DEFINICIÓN

Protocolo: es el documento escrito donde se determina la secuencia a seguir ante una situación determinada para alcanzar un objetivo concreto. Su cumplimiento protege al profesional y al paciente. Se incluye dentro de los Programas de Salud.

5.2. PROFESIONALES A QUIENES VA DIRIGIDO

Este protocolo va dirigido principalmente a la matrona, enfermera comunitaria de Atención Primaria y a todos aquellos profesionales sanitarios que potencialmente puedan realizar valoraciones perineales postparto.

5.3. POBLACIÓN DIANA/EXCEPCIONES

El grupo de población a la que se aplica el protocolo es una mujer puérpera de mínimo 2 meses que haya tenido un parto vía vaginal o abdominal.

En un protocolo de valoración perineal postparto la excepción será mujeres con un postparto menor a 2 meses, ya que antes de este período tiene lugar la fase de recuperación conjuntiva. Un elevado número de incontinencias que se manifiestan en este período son transitorias tal y como evidencian estudios prospectivos de prevalencia^{18,19}.

5.4. MATERIAL

- Camilla ginecológica de exploración
- Lubricante de base acuosa
- Guantes
- Sabanillas desechables

5.5. PROCEDIMIENTO

El protocolo para la valoración perineal postparto consta principalmente de un documento en formato papel DIN-A4 con un cuestionario de preguntas a realizar por el profesional y que serán contestadas la mayoría de ellas con una respuesta cerrada Si o No. Es un cuestionario simple que sigue una línea de valoración muy concreta y concisa de esta manera se recoge toda aquella información necesaria para llegar a una última conclusión, el tiempo de realización del protocolo completo se estima en alrededor de diez minutos. Las órdenes verbales que se piden a las pacientes son sencillas, fáciles de comprender y realizar incluso en aquellas pacientes cuya lengua materna no sea el castellano.

- **Datos de filiación**

Se recogerán los datos de filiación básicos de la paciente así como su profesión ya que algunas profesiones, por estar constantemente implicada la hiperpresión abdominal o la bipedestación continuada, constituyen de manera intrínseca un factor predisponente para el debilitamiento progresivo de la musculatura del suelo pélvico, lo cual supone un mayor factor de riesgo perineal.

Nombre:

Apellidos:

Fecha Nacimiento:

Profesión

Ejercicio físico NO SI ¿Cuál?

- **Antecedentes médicos y quirúrgicos previos**

Se anotará todas aquellas patologías o cirugías que estén directa o indirectamente implicadas con el aparato urogenital y nos pueden orientar a un mayor factor de riesgo perineal.

Cirugías previas NO SI

Tratamiento farmacológico actual:

- **Datos Obstétricos anteriores:**

Los datos obstétricos anteriores darán información del estado del periné previo al parto; se sabe que en un parto instrumental con fórceps o espátula las lesiones maternas que pueden ocurrir tras su aplicación son: heridas y desgarros de periné, vulva, vagina y cuello uterino; desgarros de esfínter y mucosa rectales; hematomas de fosas isquiorrectales y paracolpos; infección de hematomas; lesiones pélvicas óseas; lesiones neurológicas, parestesias y lesiones vesicouretrales. En el uso de ventosa obstétrica las lesiones maternas que pueden producirse son las mismas que con el fórceps (excepto las lesiones óseas), aunque su frecuencia y gravedad suelen ser menores ya que no incrementan los diámetros ni la rigidez de la cabeza fetal.

Por todo ello se debe de realizar la historia obstétrica anterior al postparto actual; la primiparidad y neonatos macrosómicos se encuentran asociados al aumento de la probabilidad de la lesión pelvipereineal^{20,21}; al igual que episiotomías previas aumentan la probabilidad de desgarros en partos posteriores. Valorar las posibles patologías postparto que han acontecido entre los partos anteriores así como en el actual y la rehabilitación postparto anterior, ayudará a situarse en cómo evolucionó el suelo pélvico y cómo se encontraba en la siguiente gestación y parto.

Nº de partos anteriores: Vía vaginal n° Cesárea n°

Nº de partos distócicos: Fórceps Ventosa Espátula

Nº partos con neonato con peso superior a 3,500 gr:

Rehabilitación en el postparto: NO SI Duración: Tipo:

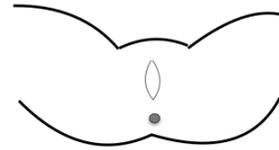
I.U entre embarazos: NO SI IUU IUE IUM

- **Datos clínicos postparto actual:**

Este apartado será el más importante ya que dará información sobre el daño posible que se ha producido en el parto. Incluye un dibujo de la zona perineal para señalar la posible episiotomía o rasgado que se haya podido producir.

Semana de gestación del parto:

Peso neonato:



Parto: vía vaginal cesárea

Anestesia: NO SI Epidural Raquídea

Episiotomía: SI NO

Desgarro perineal: Grado 1 Grado 2 Grado 3 Grado 4

Maniobra Kristeller: SI NO

Postura en el pujo: Litotomía Lateral Sentada Libre

Incontinencia Urinaria: NO SI IUU IUE IUM

- **Exploración Pélvica:**

El objetivo de la exploración pélvica es valorar de forma objetiva la anatomía del suelo pélvico y de sus órganos.

Para una correcta exploración pélvica la paciente se encontrará tumbada en postura de litotomía dorsal, con piernas en los estribos de la camilla de exploración o pies apoyados en camilla con flexión de cadera y rodilla; es importante dar soporte a las piernas o rodillas para la máxima relajación de la musculatura perineal y evitar la contracción de los músculos aductores.

Inspección externa:

En condiciones normales el introito vaginal se encuentra cerrado en estado de reposo y ligeramente abierto en la multípara; en debilidades del suelo pélvico éste se encuentra anormalmente abierto, al igual que la distancia ano-vulvar es un indicador del estado de la musculatura. Esta distancia ano-vulvar mide la longitud del centro tendinoso del periné, cuya longitud normal se sitúa entre los 2,5 y los 3,5 cm.

La vulva se encuentra: Normal Anormalmente abierta Anormalmente cerrada

Longitud ano-vulvar: < 2,5 cm 2,5-3,5 cm > 3,5 cm

Coloración labios menores: Normal Rojo, edematoso Blanquecino

Introito vaginal: Normal Se observa bulto

Al solicitar Tos- Valsalva:

Normal, existe ligero descenso Se exterioriza órgano

Evaluación neurológica:

Debido a la prevalencia del daño neurológico que produce el parto vaginal se debe de realizar una exploración de la misma mediante la valoración de los dermatomas lumbosacros que darán información sobre las alteraciones sensitivas (Fig.3).

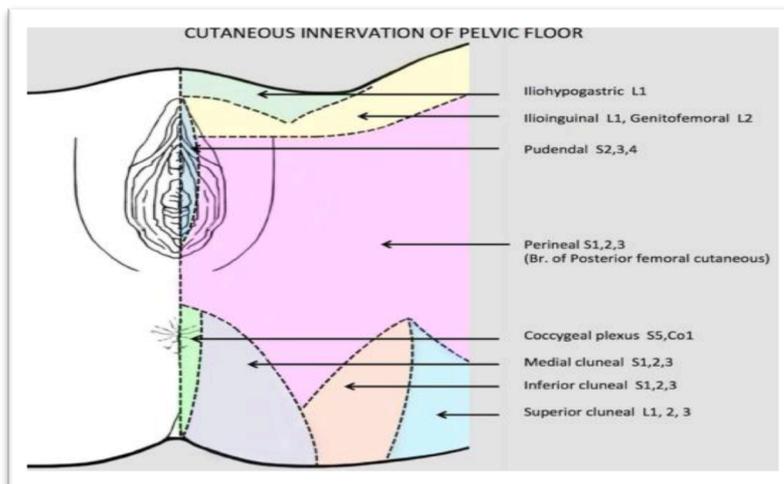


Fig. 3. Dermatomas lumbosacros. Fuente: <https://pelvicguru.com/2013/01/12/the-ultimate-pelvic-anatomy-resource-articles-links-and-videos-oh-my/>.

Para explorar la función sensorial de los dermatomas usaremos un algodón o una torunda y una gasa mojada en agua, para discriminar entre el tacto ligero, pinchazo y sensación de frío. La afectación con mayor prevalencia es la integridad del nervio pudendo; para valorarlo usaremos el reflejo anal (guiño anal) y el reflejo bulbocavernoso²².

El reflejo anal se realiza golpeando ligeramente la piel perianal, lo que causa una contracción ligera del esfínter anal externo valorando así la actividad refleja sacra S₃-S₄.

El reflejo bulbocavernoso se realiza dando unos toques ligeros o apretando el clítoris; de esta forma valoraremos la rama S₃.

Dentro de la valoración también incluiremos el reflejo perineal a las tos (S₃); el suelo pélvico muscular se contrae previamente a una presión intraabdominal y es por ello que pediremos una tos a la paciente y observaremos la contracción del esfínter anal simultánea al gesto de toser.

Contracción del Suelo Pélvico: Grado 0 1 2 3 4 5

Duración de la contracción mantenida:

Existencia de prolapsos: NO

SI Cistocele Grado 1 2 3 4

Histerocele Grado 1 2 3 4

Rectocele Grado 1 2 3 4

Otro: Grado 1 2 3 4

Palpación del tono perineal en el núcleo fibroso del periné:

Elástico (Normal) No resistencia (Hipotono) Mucha resistencia (Hipertónico)

- **Exploración de la pared abdominal:**

Es importante la valoración de la pared abdominal para determinar que no exista diástasis de los músculos abdominales. La dimensión de la diástasis abdominal es siempre un reflejo del grado de hipotonía de la cincha abdominal ya que si existe una faja abdomino/subumbilical competente (principalmente Transverso Profundo Abdominal) y una lordosis lumbar fisiológica, los vectores de fuerza que se producen en las hiperpresiones abdominales se dirigen al periné posterior y al sacro (Fig.4,5).

Si por el contrario la cincha abdominal se encuentra hipotónica o existe una hiperlordosis lumbar con la consiguiente anteversión pélvica, los vectores de fuerza se dirigirán al periné anterior, más frágil por ser la región de la uretra y la vagina (hiato urogenital). Este mecanismo favorece una hipotonía de la musculatura del suelo pélvico, la aparición de prolapsos pélvicos y un problema de incontinencia urinaria potencial.

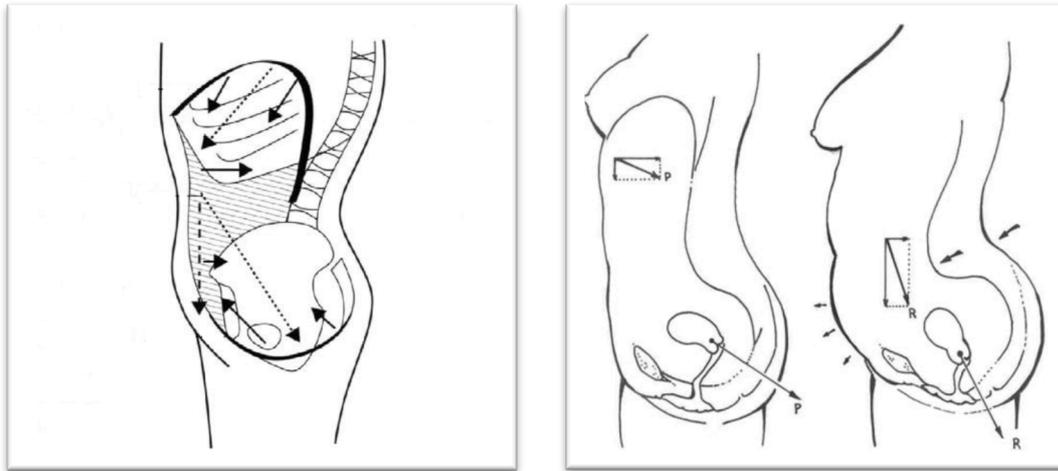


Fig.4 y 5. Vectores de fuerza intraamdominales. Fuente: Martínez Bustelo S, Ferri Morales A, Patiño Nuñez S, Martínez Rodríguez A. Clinical interview and functional assesment of pelvic floor. Revista de fisioterapia. 2004; 26(5): 266-80.

Para valorar el tono de la cincha abdominal solicitaremos a la paciente una inspiración abdominal profunda y palparemos el grado de resistencia que ofrece este músculo al estiramiento.

Para valorar el grado de diástasis abdominal situaremos los pulpejos de los dedos índice y medio a nivel umbilical e invitaremos a la paciente a realizar una flexión anterior de cabeza y cuello. El test será positivo cuando la separación entre los vientres musculares de los rectos anteriores supere los 2,5 cm. Este test se realizará a continuación a nivel supra e infraumbilical.

Tono cincha abdominal: Normotono Hipotono

Diástasis abdominal: NO SI Umbilical Supraumbilical Infraumbilical

6. DISCUSIÓN

Para la realización del protocolo que se propone se busca mediante revisión bibliográfica información relacionada con la patología o disfunción que provoca el parto. Dentro de esta información cabe destacar la alta morbilidad de disfunciones uroginecológicas tales como incontinencias, prolapsos, dispareunia, etc., que produce el parto y que conllevan a una baja calidad de vida de la paciente y alto coste en el sistema sanitario. Se observa en los estudios encontrados que la prevención no aparece de una forma significativa, estos hallazgos teóricos refuerzan aún más la necesidad de juntar todos los parámetros necesarios para realizar una valoración global del periné y con toda la información obtenida crear programas específicos de prevención de incontinencias y prolapsos siendo estas dos patologías las que mayor tasa de prevalencia tienen; estos programas deben de estar consensuados por todos los profesionales implicados en el postparto de la mujer.

Debido a la alta especificidad que tienen dichos parámetros que se valoran en el protocolo, puede ocurrir que haya algunos profesionales requieran de una charla o taller de formación/ reciclaje previo al inicio de la utilización de dicho protocolo; esta es una de las debilidades del protocolo ya que al valorar todo el suelo pélvico de una forma global, tanto a nivel muscular, neurológico, fisiológico, se engloban diferentes disciplinas que no se abordan detalladamente en los estudios oficiales de enfermería y sí en algunas áreas docentes de especialización enfermera .

El fin último del protocolo de valoración perineal postparto será la prevención y su campo principal será la Atención Primaria.

7. CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta los objetivos planteados al inicio del trabajo, podemos concluir:

- Que existe una alta prevalencia en la patología del suelo pélvico, la prevención y el diagnóstico precoz es fundamental para evitar secuelas e incremento del gasto sanitario tanto público como de la propia paciente.
- Es necesaria la actuación profesional en estas patologías mediante la educación para la salud , tratamiento inicial precoz o pronta derivación.
- El protocolo que se presenta es una propuesta de mejora en el Sistema Público de Salud, es una herramienta práctica y fácil de usar en las consultas, se consigue la normalización de la actividad y la reducción de la variabilidad entre los distintos profesionales, a la vez que se fomentan el ahorro de tiempo de trabajo y la disminución de la tasa de errores.
- Podrían realizarse futuras investigaciones con el uso de esta herramienta debido a tratarse de un protocolo con el cuál se consigue una base de datos clínicos.

Limitaciones en el protocolo:

- La limitación de tiempo debido a que se trata de una trabajo de fin de grado (TFG) , no ha permitido implementar esta herramienta en la práctica clínica.

8. DECLARACIÓN DE CONFLICTOS

No existe ningún conflicto de interés en la elaboración de dicho protocolo. Se adjunta como Anexo 1 la declaración firmada.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Wijma J, Weis Potters A, T.H.M de Wolf B, Tinga J, Aarnoudse JG. Anatomical and functional changes in the lower urinary tract following spontaneous vaginal delivery. *BJOG: and internacional journal of Obstetric and Gynaecology*. 2003; 110: p. 658-663.
2. pajero-Otero V, Valverde-Guijarro E, Sobrado-Lozano P, Guijarro-Cano MJ. Prevalencia de factores de riesgo en mujeres con diagnóstico de incontinencia urinaria. *Cuestiones de fisioterapia*. ; 41(3): p. 174-183.
3. Sartore A, De Seta F, Maso G, Ricci G, Alberico S, Borelli M, et al. The effects uterine fundan pressure (Kristeller Maneuver) on pelvic floor function after vaginal delivery. *Archives Ginecoly and Obtetric*. 2012.
4. Pascon Barbosa A, de Calvalho LR, Vieira de Carmago Martins AM, de Mattos Parangos Calderón I, Viera Cunha Martins M. Efecto da via de parto sobre la força muscular do assoalho pélvico. *Brass Ginecol obstet*. 2005; 27(11): p. 677-82.
5. Farrel SA, Allen V, F. Baskett T. parturition and Urinary incontinence in primiparas. *Obstet Gynecol*. 2001;(97): p. 350-6.
6. Foldspgang A, Mommsen S, Djurhuus J. Prevalent urinary incontinence as a correlate of pregnancy, vaginal chils and obstetric techniques. *Am J Public Health*. 1999; 89: p. 209-12.
7. Troiano L, Pregazzi R, Bartoli P, Madai M. Post-partum urogenital and perineal prolapse. *Minerva Ginecol*. 2000; 52: p. 299-305.
8. Hall W, Mc Cracken K, Osterweil P, Guise J. Frequency and predictors for postpartum fecal incontiencie. 2003; 188: p. 1205-7.
9. Salinas Casado J , Díaz Rodriguez A , Brenes bermúdez F , Concelo Hidalgo MJ , Cuenllas Díaz A , verdejo Bravo C. Prevalencia de la incontinencia urinaria en España. 2010; 23(1): p. 52-66.
10. Arañó P , Rebollo P , González- Segura Alsina D. Afectación de la calidad de vida relacionada con la salud en mujeres con incontinencia urinaria mixta. 2009; 33(4): p. 410-415.

11. Departamento de Salud y Consumo. Gobierno de Aragón. [Online]. (citado 4 de Enero 2016). Disponible en:
<http://www.iacs.aragon.es/awgc/contenido.verfichero.do?idBinario=11570>
12. AGS Este Málaga-Axarquía. Servicio Andaluz de salud. Junta de Andalucía. Guía para la elaboración de protocolos. [Online].; 2009 (citado 4 Enero 2016). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0565.pdf>.
13. Calais Germain B. El periné femenino y el parto. Anatomía para el movimiento: elementos de anatomía y bases de ejercicios. 1st ed. Barcelona: los libros de la liebre de marzo; 1998.
14. Netter FH. Atlas de anatomía humana: Masson; 2011.
15. Usandizaga JA, de la Fuente P. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 2nd ed.: Mc Graw - Hill. Interamericana.
16. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Data Base Syst Rev. 2009;((1)): p. CD000081.
17. Franco de Castro A. Asociación española de Urología. [Online]. (Citado 12 de Marzo 2016). Disponible en:
[www.aeu.es/userfiles/incontinenciaurinariainterna_rev\(1\).pdf](http://www.aeu.es/userfiles/incontinenciaurinariainterna_rev(1).pdf).
18. Morkved S , Bo k. Prevalence of urinary incontinence during pregnancy and postpartum. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 1999; 10: p. 394-8.
19. Marshall K , Totterdal D , Mc Connel V , Walsh DM , Whelam M. Urinary incontinence and constipation during pregnancy and after childbirth. Physiotherapy. 1996; 82: p. 98-103.
20. Viktrup L. The risk of lower urinary tract symptoms five years after delivery. Neurol Urodyn. 2002; 21: p. 2-29.
21. Christianson L, Bovbjerg V, McDavitt E, Hullfish K. Risk factors for perineal injury during delivery. Am J Obstet Gynecol. 2003; 189: p. 255-60.

22. Martínez- Agulló E, Burgués Gasió n J.P., Alapont Alacreu J.M. Vejiga neurógena. Conceptos básicos. Unidad de urodinámica. Hospital la Fe de valencia. [Online]. (Citado 20 Abril 2016). Disponible en:
<http://revistas.ucm.es/index.php/CLUR/article/download/CLUR0000110283A/1368.pdf>
23. Barbosa A, Carvalho L, Martins A, Calderón I, Rudge M. Efeito da via de parto sobre a força muscular do assoalho pélvico. Rev Bras Ginecol Obstet 2005, novembro, 27 (11): 677-82. [Online]. (Citado 17 Diciembre 2015). Disponible en:
<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n11/28710.pdf>.
24. Laycock J, Haslam J. Therapeutic management of Incontinence and pelvic pain. Pelvic organ disorders.: Springer- Verlag; 2002.

10. ANEXOS

ANEXO 1. MODELO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

CONFLICTOS DE INTERÉS:

Un conflicto de interés se produce en aquellas circunstancias en que el juicio profesional sobre un interés primario, como la seguridad de los pacientes o la validez de la investigación, puede estar influenciado en exceso por otro interés secundario, sea este un beneficio financiero, de prestigio y promoción personal o profesional.

Los conflictos de interés más fácilmente identificables son los económicos pero puede existir de otro tipo de circunstancias como relaciones personales, vinculaciones de familiares directos, implicaciones en proyectos académicos que tienen que ver con el protocolo.

En las relaciones de los profesionales con la industria de la salud (farmacéutica, tecnología sanitaria, etc) se pueden considerar 6 tipos de interacciones financieras:

- Apoyo para acudir a reuniones y congresos (inscripciones, becas de viaje, etc.).
- Honorarios como ponente en una reunión organizada por la industria.
- Financiación de programas educativos o actividades de formación.
- Apoyo y financiación de una investigación.
- Empleo como consultante para una compañía farmacéutica.
- Accionista o intereses económicos en una compañía farmacéutica.

Tras haber leído la política, sobre declaración de conflictos, formulo la siguiente declaración de conflictos de interés en relación a actividades con el tema objeto del protocolo durante los últimos tres años.

Declaro que no tengo ningún conflicto de interés.

Sra. Celia Gracia Roig

ANEXO 2: PROPUESTA DE HOJA DE VALORACIÓN PERINEAL POSTPARTO.

HOJA DE VALORACIÓN PERINEAL POSTPARTO

- **Datos de filiación:**

Nombre: Apellidos:

Dirección:

Profesión

Ejercicio físico No Si ¿Cuál?

- **Antecedentes médicos y quirúrgicos previos**

Cirugías previas No Si

Tratamiento farmacológico actual:

- **Datos Obstétricos anteriores:**

Nº de partos anteriores: Vía vaginal nº Cesárea nº

Nº de partos distócicos: Fórceps Ventosa Espátula

Nº partos con neonato con peso superior a 3,500 gr:

Rehabilitación en el postparto: No Si Duración: Tipo:

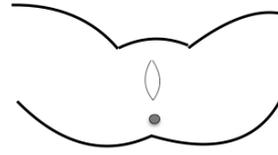
I.U entre embarazos: No Si IUU IUE IUM

Antecedentes médicos durante la gestación:

• **Datos clínicos postparto actual:**

Semana de gestación del parto:

Peso neonato:



Parto: vía vaginal cesárea

Anestesia: No Si Epidural Raquídea

Episiotomía: SI NO

Desgarro perineal: Grado 1 Grado 2 Grado 3 Grado 4

Maniobra Kristeller: Si NO

Postura en el pujo: Litotomía Lateral Sentada Libre

• **Exploración Pélvica:**

Inspección externa:

La vulva se encuentra: Normal Anormalmente abierta Anormalmente cerrada

Longitud ano-vulvar: < 2,5 cm 2,5-3,5 cm > 3,5 cm

Coloración labios menores: Normal Rojo, edematoso Blanquecino

Introito vaginal: Normal Se observa bulto

Al solicitar Tos- Valsalva:

Normal, existe ligero descenso Se exterioriza órgano

Evaluación neurológica:

Existe buena sensibilidad Existe zona sin sensibilidad o está alterada

Existe reflejo anal (S₃-S₄): Si No

Existe reflejo bulbocavernoso (S₃) : Si No

Reflejo Perineal a la tos (S₃) : Si No

Inspección interna:

Contracción del SP: Grado 0 1 2 3 4 5

Existencia de prolapsos: NO

SI Cistocele Grado 1 2 3 4

Histerocele Grado 1 2 3 4

Rectocele Grado 1 2 3 4

Otro:

Palpación del tono perineal en el núcleo fibroso del periné:

Elástico (Normal) No resistencia (Hipotono) Mucha resistencia (Hipertónico)

• **Exploración de la pared abdominal:**

Tono cincha abdominal: Normotono Hipotono

Diástasis abdominal: NO SI Umbilical Supraumbilical Infraumbilical