

Recuperación y reeducación perineal

JESÚS MORENO SIERRA, ENRIQUE REDONDO GONZÁLEZ, GLORIA BOCARDO
FAJARDO, ANGEL SILMI MOYANO Y LUIS RESEL ESTÉVEZ

Cátedra y Servicio de Urología
Hospital Clínico San Carlos. Madrid

INTRODUCCIÓN

El periné o suelo pélvico es un conjunto de músculos que sustentan la porción abdominal inferior y sirve de apoyo a la vejiga, el útero y una porción intestinal. Para que esta estructura anatómica funcione correctamente, sus músculos deben estar adecuadamente preparados.

La rehabilitación perineal resulta especialmente compleja, ya que a diferencia de cualquier otro músculo del cuerpo, la contracción del músculo perineal no es apreciable por la vista al ser éste un músculo interno, con lo cual el seguimiento es más complicado de lo normal. Mantener en buen estado la musculatura del suelo pélvico es fundamental para la salud y calidad de vida de la mujer y existen diferentes técnicas para conseguir este objetivo.

Cuando se debilita el suelo pélvico puede desarrollarse incontinencia urinaria de esfuerzo, cistocele, rectocele, prolapso uterino, disfunciones sexuales (disminución de la sensibilidad e intensidad del orgasmo, coitos dolorosos), etc.

CAUSAS DE DEBILIDAD Y AGRESIÓN DEL SUELO PÉLVICO

La pérdida de fuerza en la musculatura de suelo pélvico que padecen muchas mujeres puede ser debida a diferentes causas:

- Embarazo. El mayor peso que debe soportar el útero en condiciones fisiológicas acontece durante la gestación, que puede debilitar

el suelo pélvico asociado al efecto relajador de las hormonas en esta etapa de la mujer.

- Parto y posparto. Aconsejamos normalmente a nuestras pacientes que después del embarazo procuren, antes de la estética corporal externa, a fortalecer la musculatura del suelo pélvico pues es la más débil y se ve seriamente perjudicada por la contracción abdominal y por los esfuerzos realizados. En el posparto la mujer no debe reiniciar el ejercicio de una forma precoz, esto es debe evitar los deportes que conlleven el incremento de la presión intrabdominal (saltar, llevar peso, abdominales). Si estos fuesen necesarios para la vida de la paciente, se deberá realizar previamente una valoración del suelo pélvico.
- Falta de estrógenos en el periodo postmenopáusico, produciendo una pérdida de tono, flacidez y debilidad. Ello produce una pérdida de la flexibilidad de los músculos del suelo pélvico.
- Intervenciones quirúrgicas del suelo pélvico (pérdida de fuerza en esa zona).
- Desconocimiento y/o pérdida de conciencia de la zona perineal. En este sentido estaremos obligados a reeducar y ayudar a saber reconocer nuestro suelo pélvico:
 - Contracciones automáticas que utilizamos diariamente y que evitan la expulsión de gases o heces.
 - Saber reconocer que se necesita para orinar.
 - Colocación de un dedo dentro de la vagina y realizar una contracción de la musculatura, nos ayudará a ubicar esa zona y a asegurarnos como se hace una contracción de la musculatura.
- Otros factores: herencia, aguantar las ganas de orinar en exceso, utilizar ropa ajustada, obesidad, estreñimiento y tabaquismo (tos crónica), profesiones de riesgo (deportistas, cantantes, músicos que tocan instrumentos de viento, etc.).

INDICACIONES DE LA RECUPERACIÓN Y REEDUCACIÓN DEL SUELO PÉLVICO

- Trastornos sexuales.
- Patología uroginecológica:
 - Incontinencia urinaria de esfuerzo.
 - Urgencia-incontinencia.
 - Incontinencia mixta.

- Cistocele.
- Prolapso genital.
- Secuelas cicatriciales (Episiotomías, etc.).
- Dolor perineal.
- Preparación y recuperación de la cirugía vaginal.
- Patología coloproctológica:
 - Incontinencia de gases o heces.

OBJETIVOS DE LA RECUPERACIÓN Y REEDUCACIÓN DEL SUELO PÉLVICO

- Mejorar o conseguir la continencia urinaria.
- Reforzamiento de la musculatura estriada para y periuretral.
- Conseguir una mejoría del equilibrio en la estática pélvica.
- Mejorar la vascularización local.
- Mejorar la función anorectal.
- Conseguir una sexualidad satisfactoria.

DIAGNÓSTICO EN RECUPERACIÓN Y REEDUCACIÓN DEL SUELO PÉLVICO

- Dirigido por un grupo especialista (urólogos, ginecólogos y cirujanos digestivos, terapeutas).
- Basado en la clínica, exploración y pruebas complementarias.
- *Balance recuperador y reeducador*, basado en el conocimiento de las funciones perineales (estática pélvica, función urinaria, sexología y proctología), examen físico general y examen perineal.
- *Examen físico general*:
 - Estado de la movilidad articular (flexibilidad de miembros inferiores y articulación sacroiliaca).
 - Existencia de prótesis de cadera.
 - Estado muscular (elasticidad, fuerza, tono).
 - Estática y flexibilidad lumbosacra.
 - Estudio neurológico:
 - ▲ Reflejos osteotendinosos de miembros inferiores.
 - ▲ Reflejo de Babinsky.
 - ▲ Examen del equilibrio.
 - ▲ Test de sensibilidad discriminativa.

- *Examen perineal:*
 - *Examen de órganos genitales:*
 - ▲ Piel y vello.
 - ▲ Estado trófico de los genitales.
 - ▲ Distancia anovulvar (refleja el espesor de la musculatura perineal y oscila entre 3 y 3,5 cms).
 - ▲ Cicatrices perineales.
 - ▲ Márgenes perinales (fisura, hemorroides).
 - ▲ Prolapso (vejiga, útero).
 - *Examen neurológico perineal:*
 - ▲ Sensibilidad.
 - ▲ Motricidad. El tratamiento recuperador necesita de la existencia de un arco reflejo sacro íntegro. Se comprueba por la aparición de una contracción perineal o anal refleja como consecuencia de un estímulo externo, pudiéndose ponerse en evidencia mediante:
 - △ Reflejo anal. Contracción refleja del esfínter al estimular el margen anal con un pequeño pinchazo.
 - △ Reflejo bulbocavernoso o clitorideo. Se realiza estimulando con un bastoncillo de algodón el clítoris, esperándose como respuesta la existencia de contracciones perineales.
 - △ Reflejo perineal a la tos.
 - △ Análisis de los músculos perineales. Balance perineal mediante un estudio instrumental (perineómetro de Kegel, etc.) o manual (tacto vaginal o rectal):
 - Decúbito supino, piernas flexionadas y en abducción.
 - Tacto vaginal (dedos índice y medio) o rectal.
 - Se solicita a la paciente que realice una contracción máxima de músculos elevadores del ano (intención de retener los gases o cortar el chorro miccional) y que la mantenga 5 segundos.
 - Comprobar fatigabilidad mediante la repetición 5 veces del ejercicio.
 - La calificación del test muscular perineal puntúa sobre una escala de 0 a 5 puntos:
 - 0: Ausencia de cualquier aumento de tono respecto al basal.
 - 1: Indicios de contracción: aumento leve del tono sin desplazamiento muscular.

- 2: Contracción con desplazamiento pero sostenida < 5 sg sin resistencia.
 - 3: Contracción sostenida durante 5 sg con resistencia.
 - 4: Contracción sostenida durante 5 sg con resistencia y repetida 5 veces.
 - 5: Contracción sostenida durante 5 sg con resistencia y repetida de modo indefinido.
- El test muscular nos informa también sobre la integración del periné en el esquema corporal (capacidad de localizar el grupo muscular y contraerle), existencia de contracciones musculares parásitas, tono perineal basal en reposo (hipotonía, hipertonia, normotonía), elasticidad muscular, fuerza muscular (concéntrica: fuerza desarrollada por la musculatura perineal al ejecutar la contracción voluntaria, elevando los dedos del examinador; excéntrica: fuerza que precisan desarrollar los músculos perineales para impedir que el examinador retire los dedos), bloqueo del periné al esfuerzo (BPE: se solicita al paciente que contraiga el periné y tosa fuerte sin relajar la tensión, si no lo consigue el bloqueo es negativo), inversión de la orden perineal (IOP: si se pide al paciente que ejecute una contracción perineal, la persona empuja con los abdominales y no con el periné. Su existencia limita la reeducación y se precisará aprender a controlar la musculatura más lenta, siendo preciso incrementar el número de sesiones).

CONSEJOS PRÁCTICOS GENERALES PARA LA PACIENTE

- Eliminar los sentimientos de vergüenza.
- Controlar la ansiedad.
- Toma de conciencia.
- Integración del suelo pélvico en el esquema corporal.
- Reforzar los éxitos conseguidos en la recuperación.
- Deportes considerados de alto riesgo para el suelo de la pelvis: gimnasia, aeróbic, baloncesto, equitación, carreras de atletismo, etc.

- Deportes considerados de menor riesgo: natación, golf, ciclismo, patinaje, etc.
- Trabajos de riesgo perineal: vendedoras, azafatas de vuelo, deportistas, bailarinas y profesores de baile.

TRATAMIENTO RECUPERADOR Y REEDUCADOR DEL SUELO PÉLVICO

Una vez realizado el balance reeducador y evaluadas las necesidades y las posibilidades de cada paciente deberemos seguir una pauta recuperadora que constará de la combinación de algunas de las siguientes técnicas:

- Fase informativa.
- Ejercicios de suelo pélvico.
- Cinesiterapia.
- Electroestimulación funcional.
- Masoterapia.
- Biofeedback.

FASE INFORMATIVA

- Tomar el tiempo suficiente para explicar al paciente en que consiste el tratamiento, haciéndole comprender el objetivo del mismo, sus fases y los beneficios que deseamos obtener (mejoría total o parcial, mejorar la calidad de vida, preparación para la cirugía o retraso de la misma, etc.).
- Nunca deberemos considerar a la recuperación y reeducación como un tratamiento que excluya otras posibilidades.
- Será fundamental mantener el interés de los pacientes durante el tratamiento y fomentar una buena relación entre terapeuta y paciente.

EJERCICIOS DE SUELO PÉLVICO

Conceptos generales

Los ejercicios de gimnasia y recuperación del periné deberán ser inicialmente realizados en la consulta, con una estrecha colaboración entre

médico, paciente y terapeuta. Una vez aprendido todos y cada uno de los ejercicios y el control del suelo pélvico, iniciaremos un programa de reforzamiento domiciliario. De esta forma se mejoraran los resultados del programa y se acortará el mismo.

En primer lugar, se deben reconocer cuáles son los músculos que han de ser entrenados o ejercitados. Para ello, la persona debe introducir un dedo en la vagina o en el ano, cuando se ejerciten los músculos adecuados, tome conciencia de que el ejercicio que ha hecho es el correcto. Será necesario que la persona aprenda a contraer los músculos adecuados y, al mismo tiempo, relajar los inadecuados.

Requisitos

- Requieren de una buena motivación.
- Capacidad cognitiva preservada.

Objetivo

- Fortalecer los músculos que, cuando están debilitados, favorecen la incontinencia ya que hacen perder la capacidad de controlar el cierre y la apertura de la vejiga.

Ejercicios activos asistidos digitalmente

Para que los ejercicios resulten eficaces, es importante reconocer que músculos son correctos durante el ejercicio. Para aprender cuáles son, resulta de utilidad dividir en entrenamiento en dos fases:

1. PRIMERA FASE: TOMA DE CONCIENCIA DE LA REGIÓN PERINEAL
 - Adecuada posición (decúbito supino, piernas en flexión y abducción, sedestación).
 - Correcta lubricación del dedo para colocarlo en la vagina o ano y poder reconocer la región perineal.
 - Después, tensionar o contraer los músculos abdominales y centrarse en las sensaciones que se experimenten. Esto no es lo que debe sentirse cuando se contraen los músculos apropiados.

- Ejercicio básico de entrenamiento: con los músculos abdominales relajados y mientras se expulsa aire por la boca, oprimir alrededor del dedo como si se tratase de controlar una defecación, la emisión de gases o una diarrea. Esta sensación es la que deberá percibir el paciente cuando se tensan o contraen los músculos correctos.
- Se deberá instruir al paciente para que cuando tenga deseo de orinar, se siente en el inodoro con las rodillas separadas, comience a orinar, pare y reinicie la micción. De nuevo, parar y seguir orinando hasta finalizar. Este ejercicio puede ser un indicativo de buena evolución en el tratamiento recuperador, ya que cuando los músculos estén fortalecidos deberá resultar fácil.

PROGRAMACIÓN DE EJERCICIOS

- Una vez dominado el Ejercicio Básico, se aconseja realizar unos 45 ejercicios básicos de entrenamiento de suelo pélvico, todos los días, sin que sea necesario introducir el dedo en la vagina o ano. Para ello se realizarán tres series de 15 cada vez: mañana (decúbito supino), tarde (de pie) y noche (en sedestación).
- Los ejercicios se regularan según las siguientes normas:
 1. Contraer los músculos apropiados durante segundos.
 2. Relajar los músculos durante segundos.
 3. Relajar los músculos abdominales al realizar los ejercicios y continuar respirando normalmente.
 4. Una vez al día, se realizaran los ejercicios de una forma más lenta y se iniciará el ejercicio de parar la orina.
 5. Cuando se dominen los ejercicios y se obtenga un buen control de la musculatura, se deberán realizar los mismos en situaciones cotidianas (labores domesticas, subir escaleras, escuchando música, viendo la televisión, etc.).

RECOMENDACIONES PARA LA REALIZACIÓN DE LOS EJERCICIOS

- Realizar los ejercicios en intimidad.
- Repetir los ejercicios de contracción unas 45-50 veces al día, con una duración de las contracciones de unos 10 segundos aproximadamente.
- Tiempo de entrenamiento: 4 semanas.

2. SEGUNDA FASE: ENTRENAMIENTO SUPERVISADO

- Posición del paciente: decúbito supino, piernas en flexión y abducción.
- Colocación de las manos del paciente en los grupos musculares parásitos (parte baja del abdomen y cara interna del muslo). Su finalidad será aprender a relajar los mencionados grupos musculares.
- Control vaginal o anal por el terapeuta.
- Ejercicios: se realizarán series de 10 contracciones, alternando contracciones lentas (6 segundos de ejercicio y 12 de descanso) y rápidas (2 segundos de ejercicio y 4 de descanso).
- Normas básicas.
 - «Descansar el doble de tiempo que se realizan ejercicios».
 - Duración máxima de la sesión 20-30 minutos, teniendo especial cuidado en que las primeras sesiones sean de menor duración y se incremente el tiempo progresivamente.
- Reclutamiento muscular: «técnica del reflejo de estiramiento».
 - Dedos en posición de tacto vaginal, paralelos y separados.
 - Presión o estiramiento de pared vaginal posterior, al realizar una sacudida rápida se produce una contracción refleja del periné, a la que debe sumarse la paciente cuando la note.

3. ESTRATEGIA EN SITUACIONES DE «URGENCIA MICCIONAL»

Objetivo

- Evitar que se produzca un episodio de incontinencia enseñando a la persona a controlar la situación de urgencia en lugar de «perder el control» (al ponerse nerviosa y hacer las cosas de prisa).

Estrategia

- Combina los ejercicios de suelo pélvico con una serie de pautas que, en último lugar, permiten llegar a controlar el período de urgencia. Esta estrategia ha de ser puesta en práctica ante las primeras sensaciones de que va a tener lugar un episodio de urgencia.

- Como con cualquier otro tipo de estrategia que se ponga en práctica, para que sea efectiva ha de ser practicada de forma constante y rigurosa.
- Parar la actividad que se esté realizando y permanecer en el sitio sin moverse. Sentarse cuando sea posible o permanecer quieto. Cuando se está tranquilo es más fácil controlar la urgencia. Contraer los músculos de suelo pélvico rápidamente varias veces (como si quisiera controlar una defecación o diarrea). No relajarlo totalmente entre las contracciones. Relajar todo el cuerpo. Practicar algunas respiraciones profundas para ayudar a la relajación y liberarse de la tensión. Concentrarse en suprimir la sensación de urgencia. Esperar hasta que la urgencia disminuya. Andar hacia el aseo a un ritmo normal. No hacerlo precipitadamente. Continuar contrayendo los músculos de suelo pélvico rápidamente mientras se camina.

Ejercicios activos asistidos instrumentalmente

- Se trata de la segunda fase en el proceso de recuperación de suelo pélvico, por tanto se requiere un control perineal adecuado.
- La progresión normal en lo que se refiere a posición de realización de ejercicios es: decúbito supino, sedestación, bipedestación, cuclillas y piernas separadas.

CINESITERAPIA

Se utilizan dispositivos (conos vaginales, tubos de Pirex, etc.) que la paciente intenta sostener con un aumento de peso progresivo y de esta manera se consigue que la persona note el progreso de la terapia.

Permiten valorar la fuerza perineal:

1. Fuerza perineal activa o peso en gramos del cono más pesado mantenido en el interior de la vagina, contrayendo voluntariamente, durante dos minutos de pie y caminando.
 2. Fuerza perineal pasiva o peso en gramos del cono más pesado retenido 5 minutos, sin contraer en bipedestación y caminando.
- **Objetivo:** Conseguir el reforzamiento máximo de los músculos del suelo pélvico en actividades cotidianas y en la vida deportiva.

Terapia muscular Femenina LadySystem

- Se trata de un sistema de pesas vaginales de peso creciente, comercializados en sets de 5 unidades habitualmente.
- Tienen forma cónica y pesos crecientes (de 20-25 grs, con un aumento progresivo de 12 gramos cada pesa o cono).
- Se insertan en la vagina, quedando fuera el hilo y se mantienen en su lugar sin esfuerzo, a causa de la acción refleja automática de la musculatura del suelo pélvico. Esta acción proporciona una fisioterapia interna que restaura rápidamente la fuerza de los músculos. Las pesas se deben utilizar durante 15 minutos, dos veces al día. La mejoría se empieza a notar a las 2-3 semanas y la mayoría de las mujeres habrán solucionado su problema a los tres meses de uso.

BIO-FEEDBACK

- La realización de los ejercicios de contracción muscular de modo incorrecto puede conducir a la contracción indeseada de otros músculos, como los abdominales, glúteos o aductores, lo que muchos casos puede provocar el empeoramiento de la debilidad del suelo de la pelvis por aumento de la presión intraabdominal.
- El biofeedback no es más que un modo de asegurar la correcta realización de los ejercicios de Kegel.
- Por medio de un dispositivo electrónico, la paciente puede ver en una pantalla en qué momento contrae la musculatura perineal y cuándo no lo hace, permitiendo potenciar selectivamente la musculatura en cuestión.
- El sistema de retroalimentación recoge la información de un proceso fisiológico, que habitualmente sucede de forma inconsciente para el individuo. Esta información es amplificada y devuelta en forma de señal visual o sonora y puede ser de esta forma captada por la paciente.
- Se instruye a la paciente para que altere la señal, incrementándola o disminuyéndola si fuese preciso.
- Se puede colocar a la paciente un sensor adicional en la musculatura abdominal o en los aductores para demostrar a la paciente la necesidad de mantener estos músculos relajados durante la realización de los ejercicios.

- Una vez que la paciente conoce el funcionamiento del aparato y la colocación de los electrodos pueden realizarse los ejercicios de modo domiciliario con una visita médica cada 7-10 días para revisar los registros y realizar una sesión de biofeedback en la consulta.
- Objetivo: refuerzo positivo o muscular activo, pidiendo a la paciente que practique contracciones estables y aisladas de contracciones de los grupos musculares parásitos.
- Finalidad: mejorar la fuerza, resistencia, elasticidad y velocidad de la musculatura perineal.
- Biofeedback negativo: persigue el relajamiento y no el reforzamiento muscular. Es utilizado cuando existen problemas de hipertonia perineal, estando indicado en el vaginismo, disinergia vesicoesfinteriana, hipertonia perineal aislada.
- Niveles de musculación:
 - Medidas en microvoltios (μv).
 - Nivel de inicio: series de 10 contracciones perineales de 5, 10 y 20 segundos, teniendo en cuenta que siempre debe emplearse el doble de tiempo para el descanso.
 - Nivel adecuado de mantenimiento: 20 μv .
 - Duración: 15-20 minutos.
- Tipos de Biofeedback:
 - *Biofeedback-video*. El sistema de video permite la visualización del ejercicio y la ejecución adecuada del mismo.
 - *Biofeedback-EMG*. Es el sistema más utilizado en recuperación y reeducación perineo-esfinteriana. Los electrodos de superficie y/o internos (vaginal o rectal) captan los cambios de presión muscular. Esta información es transformada en una señal luminosa o sonora. Trabaja con dos canales (dos electrodos endocavitario y de superficie), uno que capta la señal de contracción de los grupos musculares perineales y el otro canal capta la señal de relajación abdominal.
 - *Biofeedback-manométrico*. Puede ser por aire (perineómetro de Kegel o similares) o por agua (aparatos de urodinámica).
 - *Biofeedback-térmico*. Utilizado en tratamientos por disfunciones sexológicas, y se utilizan electrodos que captan cambios de temperatura en la zona subsidiaria de tratamiento.

ELECTROESTIMULACIÓN

La electroestimulación pretende inducir la contracción pasiva del esfínter uretral y de la musculatura perineal cuando se aplica una corriente eléctrica a través de la pared vaginal o anal. Se basa en la estimulación de origen nervioso, activando las raíces sacras S1-S2-S3. El esfínter estriado que rodea la uretra membranosa, el elevador del ano, y el suelo de la pelvis (especialmente el músculo transverso del periné) están inervados primariamente por estas raíces. Por ello la utilización de esta técnica tiene como requisito fundamental la existencia de un arco reflejo íntegro, estando contraindicado cuando el suelo pélvico está denervado. Numerosos estudios han demostrado que en presencia de una *inervación íntegra*, la estimulación del nervio pudiendo incrementar la presión uretral de cierre, mejorando el mecanismo de continencia urinaria, y el tono muscular del suelo pélvico.

□ Indicaciones:

- Uroginecología (incontinencia urinaria de esfuerzo, incontinencia mixta, insuficiencia esfinteriana, inestabilidad vesical, cicatrices perineales dolorosas, hipotonía perineal, incontinencia relacionada con enfermedad neurológica, etc.).
- Sexológicas (congestión pélvica, disfunción eréctil, eyaculación precoz, anosgarmia, dispareunia, etc.).
- Coloproctología (hipotonía del conducto anal con incontinencia de gases y/o heces, prolapso, etc.).

□ Contraindicaciones:

- Denervación del suelo pélvico.
- Vejiga de baja acomodación.
- Obstrucción uretral.
- RAO > 100 cc.
- Reflujo.
- Menstruación.
- Sangrado vaginal patológico.
- Marcapasos cardíaco.
- Embarazo o sospecha del mismo.
- Fístulas.
- Malformaciones (uréter ectópico, etc.).
- Alteración en la estructura anatómica vaginal (atrofia, postquirúrgica, etc.).
- Falta de colaboración.

- Criterios de inclusión:
 - Buen estado físico y mental de los pacientes.
 - Estrecha colaboración con el equipo recuperador.
 - Existencia de indicaciones.
 - Ausencia de contraindicaciones.
- Efectos:
 - Reforzamiento de la musculatura estriada para y periuretral (mejoría de la presión máxima de cierre).
 - Inhibición de las contracciones no inhibidas.
 - Efecto antiálgico.
- Modo de aplicación:
 - Electrodo externos e internos.
 - La activación de troncos nerviosos se produce a través de las aferencias sensitivas de los nervios pudendos internos, llegando a raíces sacras y de ahí al suelo pélvico. Será un requisito realizar una electromiografía de la musculatura perineal para establecer la ausencia de denervación.
 - Frecuencias: bajas (10 Hz y amplitud de 0,2 ms) y medio-altas (50-100 Hz y 0,5 ms de amplitud).
 - Duración: 20 minutos diarios, o en días alternos, durante 2-3 meses (Tabla n.º 1).
 - En el seguimiento deberemos examinar periódicamente las mucosas electroestimuladas.

MASOTERAPIA

Masaje de la musculatura perineal.

Indicaciones

- Embarazo (4.º-7.º mes); dentro de la preparación del periné al parto. Se persigue que los tejidos se encuentren elásticos y así poder afrontar mejor el parto, evitando posibles desgarros.
- Puerperio (a partir de la 6.ª semana). Recuperación postnatal. Evita fibrosis cicatriciales, retracciones, tirantes por episiotomía.
- Preparación a la cirugía vaginal.

TABLA N.º 1.
Pauta propuesta por España, et. al.⁴

<i>Semana</i>	<i>Sesiones/día</i>	<i>Duración en minutos</i>
1	2	15
2	2	15
3	2	15
4	2	15
5	2	30
6	2	30
7	2	30
8	2	30
9	2	30
10	2	30
11	2	30
12	2	30

- Recuperación de la cirugía vaginal.
- Disfunciones sexuales femeninas.
- Coloproctología.

Duración

- Tratamientos cortos (< 10 semanas) y largos (> 10 semanas).

CONSEJOS PARA APLICAR COMO MANTENIMIENTO EN EL DOMICILIO

- Realizar el bloqueo del periné ante esfuerzos en actividades diarias.
- Ejercicios de cortar el chorro de la micción (2 veces/día).
- Realizar los ejercicios de suelo pélvico durante las relaciones sexuales, ayuda a fortalecer la musculatura perineal.
- Si se realizan deportes de riesgo perineal, colocar una pesa vaginal y hacer el deporte con ella.

- Conos vaginales durante 30 minutos al día como mantenimiento.
- Una vez finalizada la fase de recuperación se recomienda que la paciente se autoevalúe o solicite colaboración a personal especializado al menos dos veces al año, reanudando la recuperación si se percibe un debilitamiento o disminución de la fuerza muscular.

BIBLIOGRAFÍA

1. BERGHMANS LC, HENDRIKS HJ, BO K, HAY-SMITH EJ, DE BIE RA, VAN WAALWIJK VAN DOORN ES. Conservative treatment of stress urinary incontinence in women: a systematic review of randomized clinical trials. *Br. J. Urol.* 82 (2): 181-191, 1998.
2. BOURCIER AP, JURAS JC. Nonsurgical therapy for stress incontinence. *Urol. Clin. North Am.* 22 (3): 613-627, 1995.
3. BRACCINI S, TONIAZZI P. Urinary stress incontinence: rehabilitation treatment of the pelvic floor. *Abstr. Minerva Ginecol.* 47 (11): 481-485, 1995.
4. BRATT H, SALVENSSEN KA, ERIKSEN BC, KULGSEN-HANSEN S. Long-term effects ten years after maximal electrostimulation of the pelvic floor in women with unstable detrusor and urge incontinence. *Acta Obstet. Gynecol. Scand. Suppl.* 168: 22-24, 1998.
5. DEVILLERS F, MAUROY B. Rehabilitation of female urinary incontinence. Techniques and indications. *Prog. Urol.* 7 (4): 683-693, 1997.
6. ESPUÑA M, PONS P, RIERA C, SALINAS J. Guía para mejorar la calidad de vida de la mujer. Ed. Mayo, 1999.
7. HERBISON P, PLEVNIK S, MANTLE J. Weighted vaginal cones for urinary incontinence. *Cochrane Database Syst. Rev.* (2): CD002114, 2000.
8. LIGTHNER DJ, ITANO NM. Treatment options for women with stress urinary incontinence. *Mayo Clin. Proc.* 74 (11): 1149-1156, 1999.
9. JUENEMANN KP, LUE TF, SCHMIDT RA, TANAGHO EA. Clinical significance of sacral and pudendal nerve anatomy. *J. Urol.* 139 (1): 74-80, 1988.
10. MOORE KH. Conservative management for urinary incontinence. *Baillieres Best Pract. Res. Clin. Obstetr. Gynaecol.* 14 (2): 251-289, 2000.
11. PENDERS L, VANSTALLE-NELISSEN G. Unstable bladder and kinesitherapy. The concept of deficient unstable bladder. *J. Urol. (Paris)* 96 (6): 335-342, 1990.
12. PERRIGOT M, BRISSOT R, LE COZ M. La reeducation perineale en biofeedback. *J. Readapt. Med.* 4; 15-17, 1984.
13. RESEL L, DE LA PEÑA E, MORENO J. Técnicas de rehabilitación en incontinencia urinaria, en RESEL, L y MORENO J. Atlas de Incontinencia Urinaria. SB, 2000.
14. RIDDLE P. Electronic techniques for the control of adult urinary incontinence. *Br. J. Urol.* 41: 205-210, 1969.

15. SERRA L. Fisioterapia perineal. En: SALINAS, J y RAPARIZ, M. Tratado de reeducación en urogineproctología. 1997.
16. Sheperd A. Maximum perineal stimulation. A controlled study. Br. J. Urol. 56; 644-646, 1984.
17. VISCO AG, FIGUERS C. Nonsurgical management of pelvic floor dysfunction. Obstet. Gynecol. Clin. North Am. 25 (4): 849-865, 1998.
18. WEATHERALL M. Biofeedback or pelvic floor muscle exercises for female genuine stress incontinence: a meta-analysis of trials identified in a systemic review. Br. J. Int. 83 (9): 1015-1016, 1999.