

# Restablecimiento del suelo pélvico en el postparto

Ana María Gómez Abero<sup>\*</sup>, Montserrat Serrano<sup>\*\*</sup>, Desirée Díaz<sup>\*\*\*</sup>, Mónica Machicado<sup>\*\*\*\*</sup>, Ana Ballesta<sup>\*\*\*\*\*</sup>, Alicia Hernández de Campos<sup>\*\*\*\*\*</sup>.

<sup>\*</sup>Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital Materno-Infantil Virgen del Camino de Pamplona. <sup>\*\*</sup>Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Centro de Salud La Solana. <sup>\*\*\*</sup>Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Unidad de Urgencias Ginecológicas-Obstétricas. Área de partos. Hospital Público de Montilla. <sup>\*\*\*\*</sup>Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Centro de Salud Puerta de Madrid. <sup>\*\*\*\*\*</sup>Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Servicio de Partos. Hospital General de Albacete. <sup>\*\*\*\*\*</sup>Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital Materno-Infantil Virgen del Camino de Pamplona.

## Resumen

Denominamos Suelo Pélvico (SP) a la zona del cuerpo situada en la parte inferior del tronco formando el fondo de la pelvis. Si se produce una alteración en sus músculos, tejidos o articulaciones puede afectar a la función de los órganos que contiene dando lugar a una Disfunción del Suelo Pélvico (DSP).

Se presenta el caso de una mujer que se encuentra en el postparto y refiere sensación de "bulto vaginal", dificultad para expulsión de heces y dispareuria introital. Se desarrolló una valoración de las necesidades básicas según Virginia Henderson y posteriormente se elaboró un plan de cuidados derivado de la taxonomía estandarizada enfermera diagnóstica y de cuidados (NANDA, NIC, NOC).

Gracias a la puesta en marcha de un adecuado plan de cuidados, el caso tuvo una resolución satisfactoria.

**Palabras Claves:** Alteración del suelo pélvico, postparto, atención de enfermería.

## Abstract

We call Pelvic Floor (PF) to the area of the body located at the bottom of the trunk forming the lower part of the pelvis. If there is an alteration in the muscles, tissues or joints it can affect the function of the organs it contains resulting in a Pelvic Floor Dysfunction (PFD).

We present the case of a woman who is in the postpartum period and refers to a sensation of "vaginal bulge", difficulty in the expulsion of feces and introital dyspareuria. A basic needs assessment was developed according to Virginia Henderson and a care plan derived from the standardized nursing and diagnostic nurse taxonomy (NANDA, NIC, NOC) was subsequently developed.

Thanks to the implementation of an adequate care plan, the case was resolved in a satisfactory manner.

**Key words:** Pelvic floor disorders, postpartum period, nursing care.

## Introducción

Definimos la **Disfunción del Suelo Pélvico (DSP)** femenino, como una serie de cuadros clínicos que se producen a consecuencia de una alteración en la musculatura pélvica y los tejidos que la rodean.

Según el *Internacional Continente Society (ICS)* y la *Internacional Urogynecological Association (IUGA)*<sup>1</sup> se incluyen como DSP<sup>2</sup>:

Incontinencia Urinaria (IU), Incontinencia Fecal (IF) y/o Anal (IA), Prolapso de Órganos Pélvicos (POP), alteraciones en el vaciado del aparato urinario, disfunción defecadora, disfunciones sexuales y síndrome de dolor crónico, afectando en la actualidad en torno al 25-40%<sup>3,4</sup> de mujeres españolas y en torno al 6-29%<sup>5</sup> en mujeres de países desarrollados.

Según el Observatorio Nacional de la Incontinencia en 2009, se estima que la IU presenta una prevalencia de media del 24% en mujeres jóvenes, un 30-40% en mujeres de mediana edad y sobre el 50% en mujeres de más de 80 años<sup>6,7</sup>.

Con respecto a la IA/IF se estima, según un estudio publicado en 2004<sup>8</sup>, que la prevalencia oscila entre un 0,4-18% en incontinencia fecal (excluyendo salida de gases) y alrededor del 2-24% en incontinencia anal (incluida la salida de gases).

Entendemos por POP como el descenso de la vejiga (cistocele), uretra (cistourethrocele), cuello de útero (histerocele) o recto (rectocele) entre otros, en la cavidad vaginal, modificando su posición anatómica. La prevalencia se establece en torno al 4-11%<sup>9</sup>, dependiendo del órgano prolapsado. Se estima que, al menos el 50% de las púerperas presentan modificación del lugar anatómico de alguno de estos órganos, pero solo el 10-20% presentaría sintomatología<sup>4</sup>.

Los factores etiopatogénicos más determinantes en cualquiera de las DSP son el embarazo y parto<sup>3,4,10,11</sup>, pero dentro de ese supuesto nos encontramos factores potenciales, presentados en la tabla I, aumentan la probabilidad de padecer alguna o varias DSP<sup>3,4,10,12,13,14</sup>.

Tabla I. Factores Etiopatogénicos de las DSP.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Embazo y parto:</li> <li>- F. Hormonales.</li> </ul> <p>El incremento de niveles de estrógenos, progesterona y relaxina, puede producir<sup>12</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ laxitud muscular.</li> <li>▪ reblandecimiento del tejido conectivo.</li> <li>▪ relajación de la musculatura, produciendo:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ disminución del tono de la vejiga y del esfínter externo de la uretra, reduciendo la presión que éste ejerce necesario para evitar las pérdidas de orina.</li> <li>▪ reducción de la eficacia del sostén visceral por la relajación de la musculatura pélvica y aparición del estreñimiento, considerando éste otro factor de riesgo añadido<sup>13</sup>.</li> </ul> </li> <li>- Aumento de la presión intrapélvica, favoreciendo el desplazamiento del cuello vesical y elongación de la uretra. Por ello, las embarazadas presentan mayor incidencia de IU en el último trimestre de embarazo con una prevalencia aumentada en las primeras semanas postparto<sup>14</sup>.             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteración de la continuidad de las paredes vaginales, así como del tejido conectivo, músculos y fascias del SP, secundario a las lesiones producidas en el momento de la salida del feto. Este factor se puede ver alterado en mayor o menor medida, en función de:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>- la paridad de la mujer.</li> <li>- del tipo de parto (si es instrumental, aumenta el riesgo).</li> <li>- la posición que el feto presenta.</li> <li>- un peso fetal &gt;3700gr.</li> <li>- tiempo de expulsivo.</li> <li>- tipo de desgarro.</li> <li>- Aplicación de técnicas de alivio de expulsivo como la episiotomía.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> <p>Es importante puntualizar que la práctica de una cesárea no protege de las DSP.<sup>22,23,24</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesión directa de los nervios por compresión, elongación excesiva y/o incisión puede alterar la función del músculo estriado (pubococcígeo y esfínteres), impidiendo su contracción voluntaria e involuntaria<sup>25</sup>.</li> <li>• Edad<sup>10,26</sup></li> <li>• Menopausia.</li> <li>• Factores que aumentan la presión intraabdominal de manera crónica<sup>4,13</sup></li> <li>- Obesidad<sup>27</sup></li> <li>- Cierta actividad física<sup>28</sup></li> <li>- Estreñimiento</li> <li>- bronquitis crónica.</li> <li>• Otros factores<sup>29</sup>: cirugías de vísceras pélvicas, trastornos de la médula espinal, antecedentes familiares, etnia, genética.</li> </ul>
--

Por todo ello, una completa y exhaustiva anamnesis e historia clínica de la paciente, dónde se recoja los datos necesarios para la detección de los factores de riesgo que pueda padecer, es primordial para evitar la aparición o empeoramiento de su clínica, mejorando así su calidad de vida.

Para la exploración del suelo pélvico, existen diversas escalas con las que se pueden recoger los datos suficientes para valorar la situación del suelo pélvico de la paciente y llevar a cabo una prevención, recuperación y seguimiento, como la guía de *Escala de valoración modificada de Oxford para la musculatura del suelo pélvico* (tabla II)<sup>15</sup>.

**0** se considera **ninguna respuesta**.

**1** **parpadeos**, movimientos temblorosos de la musculatura.

**2** **débil**. Presión débil sin parpadeos o temblores musculares.

**3** **moderado**. Aumento de presión y libera elevación de la pared vaginal posterior.

**4** **bien**. Los dedos del examinador son apretados firmemente; elevación de la pared posterior de la vagina contra resistencia moderada.

**5** **fuerte**. Sujeción con fuerza de los dedos y elevación de la pared posterior en contra de una resistencia.

Esta escala, aun siendo práctica e incluyendo la valoración global de los síntomas, sería insuficiente para determinar el grado de afectación y por ello, necesitamos una exploración física y sensorial que permita evaluar las alteraciones anatómicas y funcionales del SP<sup>4</sup> (tabla III).

1. Inspección de los genitales externos y la zona perianal. Cicatrices, lesiones cutáneas, hemorroides, etc...
2. Inspección de la mucosa vaginal. Signos inflamatorios, de infección, atrofia.
3. Prueba de esfuerzo con la tos para comprobar la incontinencia urinaria de esfuerzo y la contracción refleja del esfínter anal.
4. Movilidad de la uretra con el esfuerzo.
5. Prolapso de la pared vaginal anterior, posterior, central.
6. Palpación vaginal de los músculos de suelo pélvico. Integridad, simetría y contracción y relajación voluntaria.
7. Tacto rectal. Tono del esfínter anal y del puborectal en reposo y con contracción voluntaria.
8. Examen bidigital para evaluar el septum retrovaginal y descartar un enterocele.
9. Tacto vaginal bimanual para descartar una tumoración pélvica.

Además de la valoración, es necesario un entrenamiento de suelo pélvico, que permita rehabilitar la musculatura pelviana restaurando sus funciones. El tratamiento de las DSP puede ser conservador o quirúrgico. Desde la consulta de matrona se puede desarrollar el conservador mediante Educación para la Salud desde los grupos de apoyo a la maternidad o a cada paciente que se reciba en la consulta de matrona; explicación y entrenamiento de los ejercicios de suelo pélvico, primero, asimilando su SP e integrarlo en su esquema corporal, mediante la palpación, el movimiento y las sensaciones; segundo, un entrenamiento supervisado mediante la observación y palpación vaginal y una tercera fase de seguimiento y perfeccionamiento<sup>16</sup>.

Este entrenamiento se complementa con la gimnasia abdominal hipopresiva<sup>17</sup>.

### Justificación

La DSP afecta a millones de personas a nivel mundial, a pesar de ello esta patología no se identifica como tal entre los pacientes y no siempre se trabaja de manera adecuada entre los profesionales. La Guía de Práctica Clínica de Embarazo y Puerperio del SNS del 2014<sup>18</sup> apunta la necesidad de establecer un programa de ejercicios de suelo pélvico en el embarazo para la prevención de la IU y otras DSP.

### HISTORIA DEL PROBLEMA

Sra M.D, 38 años, consulta de la matrona 49 días postparto. Refiere sensación de "bulto vaginal" en el suelo pélvico, siendo más llamativo al cambio postural de sedente a bipedestación (misma sensación de "abombamiento" que tuvo en el transcurso del tercer trimestre). Presenta dificultad para expulsión de heces y dispaneuria introital. No refiere episodios de incontinencia transitoria tras el parto actual.

**Datos obstétricos:** Parto eutócico. Libertad de movimiento durante la dilatación. Expulsivo en bipedestación. Periné íntegro sin sutura.

Recién Nacido Vivo. Mujer. Peso: 3920kg. Longitud: 51cm.

**Antecedentes Obstétricos:** Primer hijo en 2012, parto instrumental (Espátulas). Duración de la dilatación más parto: 18horas. Episiotomía mediolateral derecha, sutura continua intradérmica. Peso recién nacido: 4150kg. Longitud: 50cm.

Parto eutócico vía vaginal en su segundo hijo en 2015. Duración de la dilatación más parto: 8horas. Desgarro tipo II, sutura continua intradérmica. Peso recién nacido: 3780kg. Longitud: 50cm.

Embarazos controlados y de bajo riesgo.

**Analíticas:** sin hallazgos relevantes.

**Farmacoterapia:** Natalben supra 1 cápsula/día.

**Signos vitales:** TA: 110/64 mmHg; FC 68 ppm; StO<sub>2</sub> 99%; T 36°C.

**Exploración física:** Peso: 75kg; Talla: 169cm; IMC: 26.25. No edemas. Alerta y orientada.

**Exploración visual:** Hipersensibilidad en el trayecto cicatricial anterior interno. Buena coloración. En estado de reposo, introito con apertura de 2 cm.

**Exploración palpatoria:** Periné hipotónico. Ligera tensión en zonas cicatriciales.

Pared posterior de la vagina con cicatrices fibróticas derivadas de episiotomía y desgarro perineal. Temperatura perineal adecuada.

**Exploración vaginal:** Escala modificada de Oxford, Grado II. No presencia de contracciones sinérgicas de otros músculos. Valoración estática de los órganos pélvicos: histerocele, grado I. Presencia de fecalomas.

**Valoración Neurológica:** Normal.

**Valoración de enfermería:** modelo de Virginia Henderson<sup>19</sup>.

Tabla IV.

Tabla IV. Valoración de enfermería: modelo de Virginia Henderson.

	<b>MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA</b>	<b>MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA</b>	<b>DATOS A CONSIDERAR</b>
1. Respirar normalmente.	No fuma. Respira sin dificultad.	No se observan.	
2. Comer y beber adecuadamente.	Dieta variada, rica en fibra y proteínas. No hábitos tóxicos.	No se observan.	Ganancia de 15.5 kg en el último embarazo. Lactancia materna exclusiva.
3. Eliminar por todas las vías corporales.	Estreñimiento. No síntomas miccionales.	No se observan.	
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.	Vida sedentaria.	No se observan.	Sensación de "bulto en vagina", le incomoda pero no dificulta los movimientos.
5. Dormir y descansar.	No problemas para conciliar el sueño.	No se observan.	Cansancio acumulado por dificultades en el sueño nocturno.
6. Escoger la ropa adecuada. Vestirse y desvestirse.	Viste adecuadamente, uso de ropa holgada.	No se observan.	
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales adecuando la ropa y modificando el ambiente.	No se observan.	No se observan.	
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.	Adecuada hidratación de la piel y mucosas.	No se observan.	Cicatrices fibróticas por episiotomía y desgarro perineal. Zonas cicatriciales actuales en buen estado.
9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.	No se observan.	No se observan.	
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades temores u opiniones.	Sin problemas de comprensión, expresa sus dudas y miedos.	Molesta, verbaliza incomodidad en la zona perineal sobre todo cuando adquiere bipedestación. Dolor al comienzo de las relaciones sexuales con penetración. Utiliza lubricante hidrosoluble. Intensidad del dolor 6 sobre 10.	Evita la penetración por miedo al dolor.
11. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias.	Apoyo familiar en el cuidado de sus hijos.	No se observan.	
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.	Feliz con sus actividades diarias y su pareja. Se encarga de las labores y cuidado de sus hijos. Trabaja por cuenta ajena como administrativa. Actualmente: baja maternal.	No se observan.	
13. Participar en actividades recreativas.	No se observan.	No se observan.	
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.	Interés en la información dada por la matrona, manifiesta sus dudas (alimentación, lactancia materna, ejercicios para reforzar la musculatura perineal, etc...).	Muchas dudas sobre el proceso de recuperación y eliminación de sensación de "bulto" vaginal.	

## PLAN DE CUIDADOS

Tabla V. Plan de cuidados basados en diagnósticos NANDA<sup>10</sup> con los correspondientes NOC<sup>30</sup>, NIC<sup>31</sup>.

Diagnóstico de Enfermería	NOC	NIC
(00126) Conocimientos deficientes. r/c Su proceso patológico.  m/p Verbalización.	(1811) Conocimiento: actividad prescrita. (1805) Conocimiento: conducta sanitaria. (181401) Descripción del procedimiento terapéutico. (1818) Conocimiento: salud materna en el puerperio. (181402) Explicación del procedimiento.	(1624) Conducta de la salud maternal posparto. (1824) Conocimiento: cuidados en la enfermedad. - Proporcionar a la paciente información acerca de la enfermedad.
(00059) Disfunción sexual r/c La alteración de su estructura o función corporal. m/p Verbalización del problema y limitaciones impuestas por la deformidad.	(1839) Conocimiento: funcionamiento sexual durante el embarazo y el posparto. (0119) Conocimiento: funcionamiento sexual. (0209) Función muscular.	(5248) Asesoramiento sexual. - Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. - Proporcionar intimidad y asegurar confidencialidad. - Discutir el efecto de la situación de enfermedad / salud sobre la sexualidad. (0560) Ejercicio del suelo pélvico. - Proporcionar técnicas en el fortalecimiento y entrenamiento de los músculos elevador del ano y urogenital, mediante la contracción voluntaria y repetida.
(00132) Dolor Agudo.	(1605) Control del dolor. (2102) Nivel del dolor. (160507) Refiere síntomas al personal sanitario. (160502) Reconoce el comienzo del dolor.	(1400) Manejo del dolor. - Asegurar el recibimiento de cuidados analgésicos correspondientes. - Evaluar la eficacia de las medidas de control del dolor que se hayan utilizado.
(00148) Temor.	(1404) Autocontrol del miedo. (1300) Aceptación: estado de salud.	(5380) Potenciación de la seguridad. - Explicar a la puérpera y su familia todas las pruebas y procedimientos. - Crear un ambiente de confianza. - Responder a sus preguntas sobre su salud de forma sincera. (5270) Apoyo emocional. - Favorecer la conversación y la expresión de sus sentimientos.
(00011) Estreñimiento.	(0501) Eliminación intestinal. (1008) Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos. (0602) Hidratación. (1608) Control de síntomas.	(2080) Manejo de líquidos/electrolitos. - Explicar una correcta hidratación. (1100) Manejo de la nutrición. - Desarrollar una dieta acorde con el estilo de vida. (0450) Manejo del estreñimiento/impactación. - Enseñar a la paciente/familia a registrar el color, volumen, frecuencia y consistencia de las deposiciones.

### Resultados

- Aumento de la seguridad y tranquilidad, consecuencia de la adquisición de conocimientos sobre la conducta de salud maternal en el puerperio.
- Disminución del dolor durante la penetración tras el apoyo psicológico de la

- matrona y recomendaciones como utilizar lubricante hidrosoluble durante el coito. Expresa positivamente la comunicación con su pareja sobre sus miedos.
- Mejoría del diagnóstico de estreñimiento gracias a una dieta rica en fibra y abundantes líquidos.

- Mejora de la capacidad de contracción voluntaria, la fuerza y la resistencia de los músculos del periné, obteniéndose un grado III de dicha escala. No obstante, la paciente no resolvió la alteración de la estática de los órganos pélvicos que presentaba, histerocele grado I, por lo que seguimos la evolución de este problema.

### Evaluación/ seguimiento

Medidas realizadas en los dos meses posteriores:

- En primer lugar, realizamos hincapié en la toma de conciencia de la región perineal, reconociendo la musculatura del suelo pélvico.
- Posteriormente, perfeccionamos la correcta realización de los ejercicios de musculatura pélvica superficial.
- Una vez que nuestra paciente consiguió trabajar de forma correcta la musculatura superficial, comenzamos a trabajar con la musculatura profunda mediante dispositivos intravaginales y la técnica de gimnasia abdominal hipopresiva (GAH).
- Finalmente, reevaluamos del grado de respuesta muscular, evolución a grado IV.

Puesto que se trataba de un prolapso grado I, no requería tratamiento quirúrgico, sino conservador y preventivo, que se consiguió resolver combinando las técnicas anteriores.

En definitiva, la evolución final de la paciente fue buena.

### Conclusiones

- La fuerza muscular del suelo pélvico mejoró significativamente después del

entrenamiento intensivo del músculo del suelo pélvico.

- El entrenamiento de los músculos del suelo pélvico (EMSP) incorporado a la práctica habitual en el control del embarazo y el posparto mejora la fuerza de los MSP. La incorporación de los EMSP por parte de las matronas de atención primaria podría contribuir a mejorar la calidad de vida de las mujeres después del parto<sup>21</sup>.
- Las técnicas hipopresivas son un método innovador que genera resultados positivos sobre el suelo pélvico en la etapa puerperal, pero se requiere mayor estudio sobre ello.

Este caso nos hace reflexionar sobre el riesgo intrínseco que conlleva un embarazo y parto sobre las diversas alteraciones de la musculatura del suelo pélvico, la falta de conocimientos sobre el postparto o las disfunciones sexuales, entre otras.

Nuestro papel es esencial en toda la vida reproductiva de la mujer y en concreto, en el postparto. Debemos mantener correctamente informada a la puérpera y unificar criterios entre los profesionales de la salud para favorecer una intervención multidisciplinar.

**Agradecimientos:** El correcto abordaje de este caso clínico tiene su origen en el trabajo coordinado y consensuado del grupo de profesionales que asistieron a la gestante dentro del Marco Sanitario del Hospital Público de Montilla. Agradecemos a todos/as nuestros/as compañeros/as la colaboración desinteresada y la apuesta por el aprendizaje basado en problemas como forma de acercar a los profesionales sanitarios a la realidad asistencial.

### Bibliografía

1. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Bergmans B, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA) International Continence Society. *Neurourol Urodyn.* 2010; 29(1): 4-20.
2. Martínez Bustelo S, Ferri Morales A, Patiño Núñez S, Viñas Díaz S, Martínez Rodríguez A. Entrevista clínica y valoración funcional del suelo pélvico. *Fisioterapia* [Internet]. Sep 2004 [citado 25 Agosto 2017]: 26(5). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-fisioterapia-146-articulo-entrevista-clinica-valoracion-funcional-del-S0211563804731119?redirectNew=true>
3. García V, Rodríguez MA, Delgado M. Recuperación del suelo pélvico. *Rev Paraninfo Digital.* 2015; 22.
4. Lacima G, Espuña M. Patología del suelo pélvico. *Gastroenterol Hepatol.* 2008;31(9):587-95.
5. Lapitan M. Entrenamiento muscular del piso pélvico para la prevención y el tratamiento de la incontinencia urinaria y fecal en mujeres durante el periodo prenatal y el puerperio: Comentario de la BRS [citado 25 Agosto 2017] La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización mundial de la Salud.

6. Abrams P, Cardozo L, Fall Mangus, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten Ulf, et al. The standardization of Terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn.* 2002; 21: 167-178.
7. Observatoriodelaincontinencia.es [Internet]. Madrid: Verdejo C; 2009 [consultado el 3 septiembre 2017]. Disponible en: [http://www.observatoriodelaincontinencia.es/pdf/Percepcion\\_Paciente\\_IU.pdf](http://www.observatoriodelaincontinencia.es/pdf/Percepcion_Paciente_IU.pdf)
8. Macmillan AK, Merrie AE, Marshall RJ, Parry BR. The prevalence of fecal incontinence in community-dwelling adult: a systematic review of the literatura. *Dis Colon Rectum.* 2004;47:1341-9.
9. Sung VW, Hampton BS. Epidemiología de la disfunción del suelo pélvico. *Obstet Gynecol Clin Noerth Am.* 2010;36(3):421-443.
10. Obregón LE, Saunero AF. Disfunción del piso pélvico: epidemiología. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2009; 69(3): 172-178.

11. Martí-Ragué J. Trastornos del suelo pélvico. CirEsp [serie en Internet]. May 2005 [citado 3 Septiembre 2017]; 77(5). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-ciruga-espaola-36-articulo-trastornos-del-suelo-pelvico-13074315?referer=buscador>
12. MacLennan A, Taylor A, Wilson D, Wilson D. The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. BJOG. 2000;107:1460-70.
13. Davis K, Kumar D. Pelvic floor dysfunction: a conceptual framework for collaborative patient-centred care. J Adv Nurs. 2003;43:555-68.
14. Ferri A, Amostegui J.M. Prevención de la disfunción del suelo pélvico de origen obstétrico. Fisioterapia.2004; 26(5):249-65.
15. Mancera-Sonora A, Jiménez-Huerta J. Prolapso de órganos pélvicos. Rev Hosp Jua Mex [Internet]. 2013 [citado 15 Oct 2017]; 80(4):248-250 Disponible en:<http://www.medigrafix.com/pdfs/juarez/ju-2013/ju134g.pdf>
16. Peláez M, Casla S, Perales M, Cordero Y, Barakat R. El ejercicio físico supervisado durante el embarazo mejora la percepción de la salud. Ensayo clínico aleatorizado. Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación [Internet]. 15 Ene 2013 [citado 15 Oct 2017] 24: 36-38 Disponible en:<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4473558>
17. Amóstegui JM, Ferri A, Lillo C, Serra ML. Incontinencia urinaria y otras lesiones del suelo pélvico: etiología y estrategias de prevención. Rev Med Univ Navarra 2004; 48(4): 18-31.
18. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10.
19. García González MJ. El Proceso de la enfermería y el modelo de Virginia Henderson. Editorial Progreso, 2007
20. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. NANDA internacional. Elsevier.
21. Aliaga F, Prats E, Alsina M, Allepuz A. Impacto en la función de los músculos del suelo pélvico de un programa de entrenamiento específico incluido en el control habitual del embarazo y el postparto: ensayo clínico controlado no aleatorizado. Matronas Profesión. 2013; 14(2); 36-44.
22. McKinnie V, Swift SE, Wang W, Woodman P, O'Boyle A, Kahm M, et al. The effect of pregnancy and mode of delivery on the prevalence of urinary and fecal incontinence. Am J Obstet Gynecol. 2005 Ago; 193(2): 512-517.
23. Albrich SB, Laterza RM, Skala C, Salvatore S, Koelbl H, Naumann G. Impacto f mode of delivery on elevator morphology: a prospective observacional study with three-dimensional ultrasound early in the postpartum period. BJOG. 2010 Ene; 119(1): 51-60.
24. Glazener C, Elders A, MacArthur C, Lancashire RJ, Herbison P, Hagen S, et al. Childbirth and prolapse: long-term associations with the symptoms and objective measurement of Pelvic Organ Prolapse. BJOG. 2013 Ene; 120(2): 161-8.
25. Espuña M, Puig Clota M, Lacima G. Incontinencia postparto. En: Castro D, Espuña M, editores. Tratado de incontinencia urinaria. Madrid: Ed. Luzán; 2006; 235-59.
26. Thom DH, Brown JS, Schembri M, Ragins AI, Subak LL, Van Den Eeden SK. Incidence of and risk factors for change in urinary incontinence status in a prospective cohort of middle-aged and older women: The Reproductive Risk of Incontinence Study in Kasier (RRISK). J Urol. 2010 Oct; 184(4): 1394-1401.
27. Pascon AM, Marini G, Piculo F, Vieira C, Paranhos C, Vieira M. Prevalence of urinary incontinence and pelvic floor muscle dysfunction in primiparae two years after cesarean section: cross-sectionsl study. Sao Paulo Med J. 2013; 132(2).
28. Tyssen HH, Clewin L, Olesen S, Lose G. Urinary incontinence in elite female athletes and dancers. Int Urogynecol J. 2002; 13: 15-7.
29. Bozkurt M, Ender AY, Sahin L. Pelvic floor dysfunction and effects of pregnancy and mode of delivery on pelvic floor. TJOG. 2014; 53(4):452-458.
30. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, Wagner CM, editores. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2013.
31. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editores. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2013.