

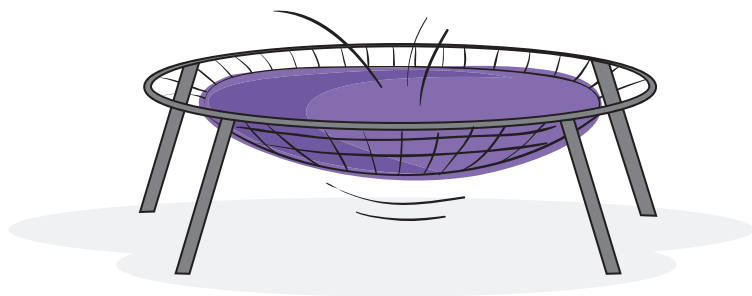
MAMi*fit*[®]
RAQUEL LÓPEZ
Y ELISA GARCÍA



TU SUELO PÉLVICO

ESE GRAN DESCONOCIDO

DESCUBRE CÓMO PUEDES CUIDARLO DURANTE TODA TU VIDA



LIBROS CÚPULA

RAQUEL LÓPEZ

Y ELISA GARCÍA

ILUSTRACIONES DE M^a DEL MAR GREGORIO

TU SUELO PÉLVICO

ESE GRAN DESCONOCIDO

DESCUBRE CÓMO PUEDES CUIDARLO DURANTE TODA TU VIDA



LIBROS CÚPULA

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea éste electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del editor. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (Art. 270 y siguientes del Código Penal).

Dirijase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra. Puede contactar con CEDRO a través de la web www.conlicencia.com o por teléfono en el 91 702 19 70 / 93 272 04 47.

© del texto: Raquel López y Elisa García, 2018

© de las ilustraciones interiores: M^ª del Mar Gregorio, 2018

Diseño de cubierta: Planeta Arte & Diseño

© ilustración de cubierta: M^ª del Mar Gregorio, 2018

Primera edición: octubre de 2018

© Editorial Planeta, S. A., 2018

Av. Diagonal, 662-664, 08034 Barcelona (España)

Libros Cúpula es marca registrada por Editorial Planeta, S. A.

www.planetadelibros.com

ISBN: 978-84-480-2432-1

Depósito legal: B. 4.025-2018

Impreso en España – *Printed in Spain*

El papel utilizado para la impresión de este libro es cien por cien libre de cloro y está calificado como papel ecológico.

ÍNDICE

Introducción.....	7
-------------------	---

Capítulo 1: ¡Hola! Soy tu suelo pélvico

1.1 Un poco de anatomía	13
1.2 Suelo pélvico y diafragma, pareja inseparable	18
1.3 Cuándo activar las alertas	19
1.4 Tu suelo pélvico, a examen	30
1.5 El parto, la prueba de fuego	32
1.6 ¿Hablamos de sexo?	34

Capítulo 2: ¿Qué le pasa a tu suelo pélvico a lo largo de tu vida?

2.1 La infancia	40
2.2 La adolescencia	50
2.3 La edad adulta	52
2.4 El embarazo	57
2.5 El posparto	65
2.6 La menopausia	72

Capítulo 3: Tus aliados para cuidar y recuperar tu suelo pélvico

3.1 La función del ginecólogo	80
3.2 La función de la matrona	84
3.3 La función del fisioterapeuta	88
3.4 La función del entrenador personal	92
3.5 La función de mi <i>smartphone</i> y otros <i>gadgets</i>	96

Capítulo 4: Todo es cuestión de práctica

4.1 Que alguien me explique los <i>kegels</i>	105
4.2 Las famosas hacen hipopresivos	108
4.3 ¿Qué pasa con los abdominales tradicionales?	114

Capítulo 5: Preguntas frecuentes

119

Capítulo 6: Consejos y propuestas para todas las edades

6.1 La infancia	141
6.2 La adolescencia	143
6.3 La edad adulta	148
6.4 El embarazo	152
6.5 El posparto	155
6.6 La menopausia	162

Capítulo 7: Busca un momento para tu suelo pélvico

7.1 Momento pipí	172
7.2 Momento popó	177
7.3 Posiciones en el trabajo	182
7.4 Vestuario adecuado	187
7.5 Tu momento íntimo	190

Agradecimientos

205

CAPÍTULO 1

¡Hola!
Soy tu suelo pélico



CONVERSACIÓN REAL:

- ¡Hola! Soy tu suelo pélvico
- Disculpe, ¿quién?
- Sí, ese músculo que no tenías ni idea que existía hasta que te has quedado embarazada y, claro está, se ha quedado hecho unos zorros, porque lo tenías completamente ignorado.
- Genial, apúntalo a mis lista de tareas interminables...

¿Os suena?

Es curioso, pero empezamos a ser conscientes de esta musculatura en el embarazo o posparto, es decir, cuando sospechamos que algo empieza a no funcionar de la misma manera que lo hacía antes.

Tras haber dado a luz, hay dos importantes citas en tu agenda que no pueden faltar:

1. Revisión con tu ginecólogo o matrona, donde se debe valorar aspectos como la vuelta del útero a su posición y volumen, estado de tus ovarios, trompas y canal vaginal, evolución de posibles cicatrices y un examen de mamas, entre otros.

2. Valoración por parte de un fisioterapeuta especializado en obstetricia y uroginecología, que examinará el estado de tu musculatura abdominal y de tu periné.

Y seguro que no me equivoco cuando esta segunda cita la has pasado de largo. ¡Error! Es tan importante como la primera.

Toda madre recuerda perfectamente la recta final del embarazo, ese momento en el que te pones de parto. Cuando es tu primera vez, sueles creer que te pones de parto días e, incluso, semanas antes del día señalado. Aún me río recordando cómo confundía gases y digestiones pesadas con el deseado momento. Y digo deseado, porque sentirme como una auténtica res (por decirlo finamente) encima de la cama sin encontrar posición ni tener vida parental, me hacía desear profundamente ponerme de parto, y cualquier excusilla era perfecta para decirle al papá que estaba de parto. Pero cuando llega el momento de verdad, LO SABES, y jamás volverás a tener dudas de ello en caso de lanzarte a ser bímadre o trimadre, o locuras de estas que hacemos las mujeres.

Una vez llega ese momento de NO dudas, te das cuenta del desequilibrio hormonal que tenemos, y es que pasas de la alegría de tener a tu criatura entre los brazos y dejar de sufrir todas las adorables consecuencias del final del embarazo, al miedo del parto, dolores y posibles consecuencias del mismo.

Cada parto es diferente, y seas primeriza o seas una auténtica experta con experiencia, todas pasamos por ese pequeño (o gran) momento de pánico al saber que ya, sí que sí, ha llegado el momento.

Y es entonces cuando empiezas a pensar que tu adorable bebé va a salir (con suerte) por una parte de ti (el ya cada vez más famoso suelo pélvico), y que luego tendrá consecuencias que dependen de muchos y variados factores.

Llegados a este punto, ¿qué es y cómo funciona el suelo pélvico o periné? Es ese gran desconocido para muchas mujeres y, al mismo tiempo, tan importante para nuestra calidad de vida. Si se daña, afectará tanto a nuestro bienestar físico como psíquico.

Vamos a ponernos un poco más técnicos con anatomía para que luego se pueda entender todo mucho mejor:

El suelo pélvico es un conjunto de músculos, ligamentos, tendones, tejido conjuntivo, vasos y nervios que se encuentra en la parte inferior del tronco, es el fondo de la pelvis. Y, aunque el término «suelo» nos lleve a todas a pensar e imaginar una superficie plana, sólida e inmóvil, nuestro suelo pélvico es móvil, se adapta a los movimientos del cuerpo, e incluso se podría afirmar que respira. Sin embargo, no fue hasta 1948, cuando el doctor Arnold Kegel publica su artículo sobre el entrenamiento del suelo pélvico en el que se entiende el suelo pélvico como un músculo igual a los demás. Hasta entonces, había sido simplemente un tejido olvidado, duro y en forma de hamaca, que se extraía en las disecciones anatómicas sin darle mayor importancia.

Y entonces ¿qué es el periné? Este término hace referencia a la zona del cuerpo donde se encuentra el suelo pélvico, pero es un territorio donde, además del conjunto de músculos, ligamentos, tendones y tejido conjuntivo, también se encuentran los orificios de la vagina y la uretra, genitales externos y el ano. Es el territorio comprendido entre las dos piernas, el pubis y el pliegue interglúteo.

1.1 UN POCO DE ANATOMÍA

Para poder entender el suelo pélvico, es necesario saber entender primero la pelvis ósea.

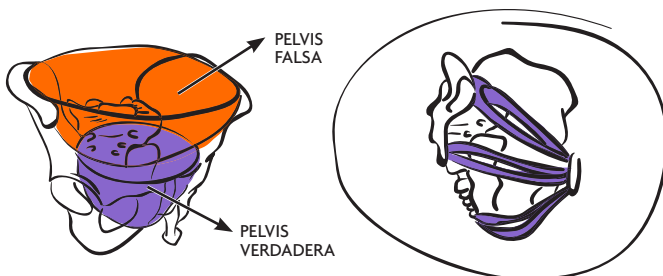
¿Qué es la pelvis?

La pelvis es un conjunto óseo formado por los dos huesos iliacos, el sacro y el cóccix. Los huesos iliacos se unen por su parte anterior mediante un tejido llamado fibrocartilago y forman la sínfisis del pubis. Por su parte posterior, se unen al hueso sacro. El sacro está al final de la columna vertebral, articula su parte superior a la última vértebra lumbar

TU SUELO PÉLVICO

y está formado por 5 vértebras fusionadas. El sacro se articula a su vez con el cóccix, último hueso de la columna vertebral, vestigio de la cola de nuestros antepasados.

Imagen 1. Los estrechos de la pelvis.



Ahora que conocemos dónde está la pelvis, podemos ubicar al suelo pélvico. En la imagen 1 podemos diferenciar la pelvis falsa, todo el contenido que queda superior al sacro, y la pelvis verdadera, desde donde empieza el sacro hasta el cóccix.

La pelvis falsa contiene las vísceras abdominales; la pelvis verdadera contiene las vísceras urogenitales. En el caso de una mujer, vejiga, útero y recto.

Pues bien, desde ahora en adelante, vamos a centrarnos exclusivamente en la pelvis verdadera.

Como podemos ver en la imagen 1, hemos delimitado tres círculos. Estos círculos se llaman estrechos. Como los anatomistas no eran muy originales para poner nombres, los estrechos se llaman superior, medio e inferior. Vale, y... ¿dónde se encuentra el suelo pélvico? El suelo pélvico se encuentra en los tres estrechos. Como hemos comentado anteriormente, es un conjunto de músculos, ligamentos, tendones, tejido conjuntivo, vasos y nervios. Por ello, el suelo pélvico se divide en 3 planos, que se ubican en los 3 estrechos de la pelvis verdadera. En la Imagen 2, podremos observar en qué estrecho se ubican los diferentes planos del suelo pélvico.

Imagen 2. Esquema de los planos del suelo pélvico.



Y ahora sí, por fin, hemos encontrado el suelo pélvico. Como habéis podido ver, tiene 3 planos. Veamos qué hay en cada uno de ellos y qué función desempeña. Entendiendo qué hacen las diferentes partes del suelo pélvico, podremos entender cuáles son sus funciones globales dentro de nuestro organismo:

1. Fascia parietal y endopélvica.

La fascia es un tejido conectivo que recubre todo nuestro organismo. En este caso, la fascia parietal recubre las paredes interiores de los músculos abdominales y del suelo pélvico, mientras que la fascia endopélvica recubre los órganos pélvicos. La fascia tiene dos importantes funciones. Por un lado, ante aumentos de presión intraabdominal, se tensa e impide el descenso visceral; por otro lado, la tensión que genera la fascia se relaciona directamente con el tono y la fuerza de contracción de la musculatura que está justo debajo de ella.

2. Diafragma pélvico.

Diafragma pélvico se llama a los dos músculos más conocidos del suelo pélvico. El músculo coccígeo y el músculo elevador del ano. Estos dos, son los músculos que contraemos cuando hacemos los famosos ejercicios de Kegel, de los que ya hablaremos más adelante. La principal función del diafragma pélvico es la de sostén visceral. Por esta razón, el suelo pélvico debe tener siempre un buen tono. El tono es la capacidad de un músculo de mantenerse contraído de manera involuntaria. Si estos dos músculos tienen un

buen estado de contracción involuntario y son capaces de mantenerse contraídos durante todas las actividades de la vida diaria, las vísceras pélvicas se mantendrán en su sitio, asegurándose así su funcionamiento óptimo y evitando prolapsos. Un prolapso ocurre cuando un órgano pélvico desciende por la vagina, llegando a salir por el introito vaginal. Si, así es, nosotras tenemos un agujero ahí abajo por el que no sólo salen bebés, también puede asomar la vejiga, uretra, útero, recto o asas intestinales. Lo que nuestras abuelas llamaban el *asomar de la bolita*. Sobre el cómo evitarlo, hablaremos más adelante.

Además de un buen tono, este músculo debe ser capaz de contraerse de manera voluntaria, para poder reforzar la función esfinteriana. Por ejemplo, cuando nos hacemos pis y queremos aguantar porque estamos en la tutoría del colegio, o cuando tenemos que hacer aguas mayores en el servicio público de una gasolinera, lo que hacemos es una contracción voluntaria de estos músculos.

El diafragma pélvico está compuesto de un 70% de fibras tónicas (involuntarias) y un 30% de fibras fásicas (voluntarias), por lo que es necesario entrenar ambos tipos de fibras para conseguir objetivos diferentes.

3. *Plano profundo y superficial del periné.*

En el plano profundo del periné se encuentra el músculo transverso profundo del periné. De este salen algunas fibras que se denominan «compresor de la uretra y uretrovaginal». Como ya dijimos que los anatomistas no eran muy originales, podemos concluir que la función de este músculo es dar estabilidad a la uretra, compresor de la vagina y asistir al esfínter externo de la uretra a la función esfinteriana, para así poder retener el pis. La mala función muscular de las estructuras adyacentes a este plano provocará que el transverso profundo esté demasiado distendido o tenso, lo que generará una mala sujeción de la uretra, siendo esta incapaz de cerrarse ante au-

mentos de la presión intraabdominal. Esta es una de las causas más comunes de incontinencia urinaria.

Justo debajo del plano profundo del periné se encuentra el plano superficial y en él, varios músculos. Es el transverso superficial del periné, primo hermano del profundo, pero un poquito más abajo. Junto a su primo, su función es la de sostén de las vísceras y, además, intervienen en la lubricación de la vagina al estimular las glándulas de Bartolini, que son unas glándulas secretoras que generan una pequeña cantidad de líquido para lubricar durante la función sexual. Te daré un truco, estos dos primos, el transverso profundo y el superficial, van de isquion a isquion (los isquiones son los huesos del culo). Si pones una mano en cada isquion e imaginas que estos se acercan a la línea media sin llegar a hacer una contracción de los glúteos, se estimulará esta musculatura, por lo que podrás disfrutar de la lubricación que te corresponde. De nada. ;)

Y para no desviarnos de nuestro tema principal, decíamos que en el plano superficial del periné hay más músculos: estos son el isquiocavernoso, bulboesponjoso y el esfínter anal externo. Los dos primeros tienen también una función sexual, se sitúan juntos por encima de bulbos vestibulares del clítoris, por lo que la activación de esta musculatura favorece la erección del glande del clítoris. ¡Buenas noticias! ¿Cómo los podemos contraer? Imaginando que queremos unir nuestra vulva al clítoris a la vez que aproximamos los huesos del culo. La magia viene sola. De nada, otra vez.

Por último, nos queda hablar del esfínter anal externo. Este musculito, cuya función es cerrar el ano para retener los fecalomas (caca) en caso de que no podamos ir al baño, tiene más relevancia de la que pensáis. Si tiene demasiado tono, es decir, está demasiado contraído de manera involuntaria, generará estreñimiento mecánico; tendremos que empujar para defecar y esto generará una serie de disfunciones. Si está demasiado hipotónico, poco contraído, habrá incontinencia de gases o heces.

1.2 SUELO PÉLVICO Y DIAFRAGMA, PAREJA INSEPARABLE

A menudo, cuando oímos hablar del suelo pélvico, escuchamos también la palabra diafragma en alguna parte de la frase. El diafragma es un músculo cuya principal función es la inspiración. Si hiciésemos un *ranking* de los músculos con base en su importancia, este sería el número uno. A parte de la inspiración, el diafragma toma parte en la estabilidad y en la postura, en la digestión, en la circulación, en la gestión de las emociones y hasta en los pujos en el momento expulsivo del parto.

Volviendo a su principal función, la inspiración, el diafragma desciende en dirección a la cavidad del abdomen, tirando con él de los pulmones, lo cual permite que estos tengan más sitio para expandirse y llenarse de aire. Al espirar, el diafragma vuelve a su lugar de origen, y repite este movimiento hasta 28.800 veces al día aproximadamente en una persona adulta. Son muchas veces al día, por lo que es importante conocer su relación con el suelo pélvico para entender la relevancia de su conexión.

Cuando el diafragma baja para permitir al aire entrar en los pulmones, de alguna manera, empuja las vísceras abdominales hacia abajo, por lo que el suelo pélvico responde a este empuje permitiendo y amortiguando ese descenso con una ligera contracción si este fuera excesivo. Se podría decir que respiran juntos. Es por esto que un diafragma demasiado tónico (rígido, descendido) estaría causando una presión constante de manera indirecta sobre el suelo pélvico, generando disfunciones a largo plazo.

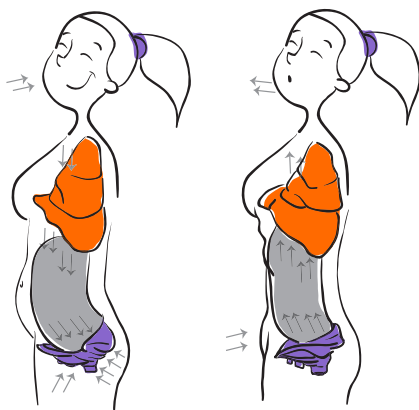


Imagen 3. El suelo pélvico y el diafragma respiran juntos.

El diafragma es un músculo emocional. Las emociones negativas nos llevan a bloquear el movimiento libre del diafragma, tendemos a enrollarnos hacia delante y generar presión en el abdomen. Mucha gente se refiere a esta sensación como un nudo o una bola en el estómago. A menudo se nos quita el hambre y nuestra respiración se realiza por medio de músculos que no están diseñados para ello. Si esto ocurre a nivel abdominal, imagina la presión directa y constante que recibe el pobre suelo pélvico en esta situación.

Es por esta razón y por su función postural y estabilizadora, por la que el diafragma y el suelo pélvico deben funcionar en consonancia.

Usa algunos de estos consejos para cuidar tu diafragma:

- Libera la tensión acumulada tras el estrés del día a día en tu diafragma. Para ello, podemos realizar un automasaje con nuestras manos. Colocaremos las manos justo en el borde inferior de nuestras costillas. Al espirar, aprovechando que el diafragma sube, realizaremos una presión en dirección a nuestra cabeza, metiendo los dedos por debajo de las costillas. Al inspirar, mantendremos la presión y profundidad alcanzada previamente. Realiza este masaje al menos 3 minutos.
- Relaja tu diafragma mediante el sonido «S». Inspira por la nariz profundamente y exhala el aire realizando el sonido S, de manera continua todo el tiempo que te sea posible.

1.3 CUÁNDO ACTIVAR LAS ALERTAS

El suelo pélvico pasa de ser el gran olvidado e ignorado de nuestro cuerpo al más cuidado y que causa mayor preocupación en cuanto empezamos a sentir sintomatología de que algo no va bien. Y... ¿cuáles son estos famosos síntomas?

Me meo de risa, literal. No puedo contener el pis cuando me viene la sensación, siempre necesito tener localizado un baño. Tengo una

sensación de pesadez vaginal. Me asoma una bolita por la vagina. Me duelen las relaciones sexuales al final o al principio de la penetración. Cuando voy al baño y creo que he vaciado la vejiga, siempre me quedan gotitas una vez que me he puesto las bragas de nuevo. No puedo retener los pedos. Necesito apretar hasta hacerme daño para poder defecar. No puedo defecar a no ser que me ayude un poquito con el dedo en la zona que hay entre la vagina y el ano. Mis menstruaciones son tan dolorosas que pierdo el conocimiento, y un largo etcétera. ¿Os habéis sentido identificadas en alguna de ellas?

Hagamos un breve recorrido sobre las principales lesiones del suelo pélvico y por qué se producen.

INCONTINENCIA URINARIA

Sin duda, la gran estrella de las lesiones de suelo pélvico y, por desgracia, tan normalizada en nuestra sociedad que se cree que es fisiológico y normal que nos pase en algún momento de nuestra vida por el simple hecho de ser mujer. Las incontinencias, ya sean de orina o por vía anal, no son enfermedades en sí, son síntomas que nos advierten de una función anómala del sistema de continencia, por lo que el objetivo del tratamiento de las incontinencias no debe ser para enmascarar los síntomas, si no para encontrar la causa que está creando la disfunción.

Volviendo a la incontinencia urinaria, se suele asociar más a personas de edad avanzada, aunque cada vez son actrices más jóvenes que aparecen en anuncios de compresas de absorción de grandes marcas comerciales. Con el envejecimiento, es posible que se den una serie de cambios morfológicos que propicien la aparición de la incontinencia urinaria, aunque no por este motivo hay que asumirla como normal. Siempre se debe acudir a un profesional ante la pérdida involuntaria de la orina.

La incontinencia urinaria ocurre cuando hay un mal funcionamiento de la vejiga, de su esfínter, de los músculos del suelo pélvico o de la parte del sistema nervioso central que controla la micción.

¿Qué causa la incontinencia urinaria?

Puede ser producida por una debilidad en la musculatura del suelo pélvico, de manera que la vejiga y la uretra desciende un poco de su lugar original y la función esfinteriana de los músculos que deben ayudar a apretar la uretra para retener el pis no sea suficiente ante grandes aumentos de la presión abdominal.

Puede producirse una contracción exagerada e incontrolada del músculo detrusor, que es el que aprieta la vejiga cuando esta está llena para producir la micción.

Puede haberse producido una alteración del reflejo que avisa al cerebro del volumen de pis que contiene la vejiga, por lo que puede avisarnos demasiado tarde.

Incluso puede haber un obstáculo en la salida de la vejiga, lo que impide el flujo y no se puede producir la micción.

Depende de la causa que produzca la incontinencia, se clasifican en varios tipos. Estas son las que ocurren con mayor prevalencia:

- La incontinencia urinaria de esfuerzo: ocurre cuando la pérdida se asocia a un aumento de la presión abdominal como reírse, toser, levantar la voz o hacer un esfuerzo como levantarse de la cama. Esta es la más común entre las personas jóvenes deportistas, ya que los deportes de alto impacto generan una presión abdominal tan grande que puede haber escapes. Aunque no es necesario haber pasado por un embarazo para sentir sus síntomas, también es el tipo de incontinencia más común en el embarazo por la presión que ejerce el bebé sobre la vejiga y en el posparto por la debilidad de los músculos del suelo pélvico.



- La incontinencia urinaria de urgencia: ocurre cuando sin previo aviso, se siente un fuerte deseo de orinar, tras el cual, a no ser que tengas un baño cerca, será imposible controlar y se producirá el escape. Es la incontinencia que más afecta a nivel psicosocial a la gente que la padece y es más común entre la gente de edad avanzada. Este tipo de incontinencia marca la vida de las personas que la padecen, las cuales pueden incluso no llegar a salir de casa a no ser que tengan perfectamente planificado el trayecto que van a realizar y ubicados los aseos dentro de ese trayecto. Normalmente, se genera por una alteración en el reflejo que transmite la información del llenado vesical al cerebro.
- La incontinencia urinaria mixta: se produce cuando se sufre incontinencia de esfuerzo y de urgencia a la vez. Es más común sufrir la incontinencia mixta que solamente la de urgencia. Se sufre cuando se dan las causas que generan los dos tipos de incontinencia anteriores.
- La incontinencia por rebosamiento: en esta incontinencia, la persona sufrirá pequeñas pérdidas por goteo de orina sin ser consciente de ello ni tener deseo miccional. Como su nombre indica, ocurre cuando la vejiga ya no puede dilatarse más para albergar un mayor volumen de orina. Se produce tanto de día como por la noche. La causa más común de sufrir rebosamiento es acostumbrar de manera voluntaria a aumentar cada vez más su volumen inhibiendo el deseo de orinar. Es muy común entre puestos de trabajo de cara al público o sanitarios, en los que no siempre se puede acudir al aseo cuando se necesita.

Las causas de la incontinencia normalmente son adquiridas. Factores como el embarazo, el posparto, los deportes de impacto, el tipo de trabajo que desarrolles y hábitos, como solo orinar en casa, pueden ser predisponentes para sufrir incontinencia. Aun así, también hay

factores congénitos que no se pueden prevenir ni evitar, como son las lesiones medulares, alteraciones neurales o de la cognición o la dependencia total.

INCONTINENCIA DE GASES O HECES

La incontinencia anorrectal ocurre cuando se produce la evacuación de materia por vía anal, ya sea de naturaleza sólida, líquida o gaseosa.

Puede parecer menos común o de menor prevalencia que la incontinencia urinaria, pero realmente lo que ocurre es que se habla menos de ella por vergüenza. Como es lógico, las personas que padecen esta incontinencia asumirán cambios en sus rutinas diarias, laborales y en relaciones sociales, que normalmente pueden derivar en una depresión y autoaislamiento.

Así como los cambios que se producen en los tejidos con la edad pueden predisponer más a la aparición de disfunciones urinarias y rectales, el proceso del parto vaginal suele ser también uno de los principales factores de riesgo para padecer incontinencia anorrectal. En ocasiones, durante el expulsivo del bebé, ocurren desgarros del tejido desde la vagina hasta el ano. Este desgarro afectará a la capacidad del esfínter anal de poder mantener la continencia. También, en los partos instrumentalizados, por ejemplo, mediante fórceps, puede ocurrir esta complicación, o si la episiotomía, que es el corte que realiza el personal sanitario en el periné de la mujer cuando está dando a luz, va en dirección al ano.

Se pueden definir dos tipos de incontinencia anorrectal, según el mecanismo que las produzca:

- Incontinencia de origen anal, si su causa se debe a una lesión de la musculatura anorrectal o a una debilidad. Recordemos que la musculatura anorrectal la conforman, entre otros tejidos, las fibras posteriores del músculo elevador del ano, el músculo coccígeo (ambos forman el diafragma pélvico del que hemos hablado previamente) y el esfínter externo anal, que se situaba en el plano más superficial del suelo pélvico.

- Incontinencia de origen rectal, su causa se debe a un cambio en el tejido que conforma el recto, que es el conducto final del sistema digestivo, donde se almacenan las heces antes de ser eliminadas por el ano.

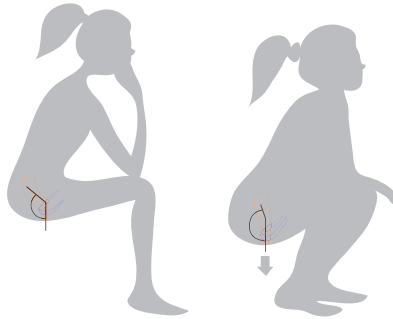
Aparte de estas dos causas, también pueden sufrir incontinencia las personas que sufran algún tipo de lesión nerviosa del control de la defecación y algunos trastornos intestinales.

Estos son algunos consejos que se deben seguir para cuidar la salud anorrectal y para prevenir disfunciones relacionadas con el proceso de la defecación:

- Ve al baño cuando sientas la necesidad de ir al baño. Para algunas personas no es cosa fácil poder defecar fuera de su área de confort, pero es necesario hacerlo. Aguantar las ganas de hacer caca, al igual que con el pipí, hará que el reservorio de heces del recto se dilate y siga acumulando heces hasta la próxima vez que aparezca la sensación. Si repetimos esta acción durante meses o años, el resultado final será el estreñimiento distal. Las heces se acumularán en el recto y este no será capaz de mandar la señal de llenado al cerebro, porque es a lo que le hemos acostumbrado. Es el caso de las personas que acuden al baño cada dos o tres días, incluso llegando a defecar en ocasiones solo dos veces a la semana. Es importante comprender que la solución en este caso no está en tomar laxantes o mucha fibra, si no en reeducar la señal de llenado del recto y acudir al baño siempre ante la primera sensación de llenado.
- No uses el váter para hacer de vientre... bueno, vale, úsalo, pero de manera correcta. La defecación, como la micción, debe ser un acto pasivo. El problema es que los aseos en Occidente no están preparados para realizar la defecación de manera fisiológica. La mejor forma de ir al baño es en cuclillas. Solo en esta postura el recto tomará un ángulo adecuado tipo tobogán para las heces, y el acto será pasivo. En el caso en que tengas

un váter en casa, que suele ser lo común, ponte un taburete en los pies. De esta manera, la cadera quedará flexionada a más de 90°, creando ese efecto tobogán para que la caca pueda deslizarse sin inconveniente hasta el ano. Además, no inclines tu cuerpo hacia delante, mantén la espalda recta para no ejercer presión en el abdomen. Porque, como ya sabemos, la presión que ejerce el abdomen genera una contracción refleja del suelo pélvico y, si esto ocurre, el esfínter anal se cerrará, impidiendo la evacuación. Busca la postura más ergonómica para que no tengas la necesidad de apretar.

- No te lleves el móvil, revista, cartas o trabajo contigo al baño. Simplemente ve, defeca, y vuelve a lo que estabas haciendo. Pasar mucho tiempo sentado en el baño a la manera de Occidente genera una presión y tensión en las estructuras y vasos anorrectales que podría generar hemorroides a largo plazo.



PROLAPSOS

Un prolapsos ocurre cuando una víscera desciende de su posición original por la vagina e incluso llega a asomar y salir por la abertura vaginal. Es la famosa *bolita que asoma*. Los prolapsos tienen varios grados, no siempre llegan a asomar, por lo que, aunque no lo veamos, no significa que no lo tengamos. Hay 4 grados de prolapsos. El grado I y II, ocurren cuando la víscera desciende un poco o hasta la mitad de la longitud de la vagina. Estos prolapsos no darán sintomatología de pesadez vulvar ni vaginal porque

aún están demasiado arriba. Si el descenso es del útero, podrá provocar dolor durante la penetración en las relaciones sexuales, al chocar el pene contra el cuello del útero. Si el descenso es de la vejiga o uretra, podrá empezar a aparecer sintomatología relacionada con la continencia o incluso una pequeña desviación del chorro miccional, ya que la uretra apuntará en otra dirección al haberse movido. Cuando los prolapsos son de grado III, alcanzan la entrada de la vagina, pueden verse desde el introito vaginal, pero no llegan a salir del todo, o solo salen ligeramente cuando hay aumentos muy grandes de la presión intraabdominal. Estos prolapsos ya darán síntomas de pesadez e inflamación en la vulva, estreñimiento si son del recto o incontinencia de esfuerzo y dificultad al inicio y final de la micción si han sido de uretra o vejiga. En los prolapsos grado IV, la víscera descendida ya se encuentra en el exterior, ha salido por completo de la abertura vaginal. Las mujeres que la padecen, refieren que incluso deben retirarse el prolapso hacia dentro para poder orinar o tener relaciones sexuales.

¿Cómo podemos evitar los prolapsos?

Hay veces en que los prolapsos ocurren por causas incontrolables, como factores congénitos. Por ejemplo, personas que presenten alguna anomalía ósea, anomalías en la conformación visceral o irregularidades en el colágeno. Para evitarlos debemos conocer la causa que los ha provocado con una exploración completa de fisioterapia y ginecología.

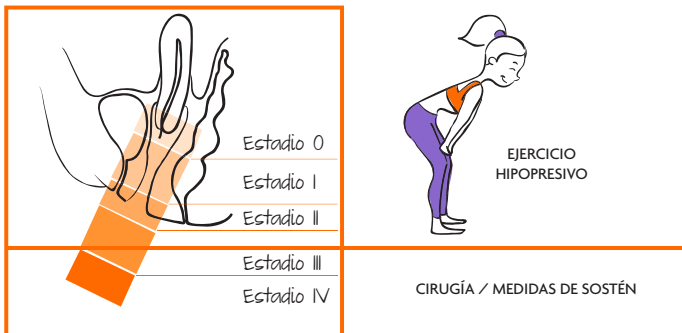
En la gran mayoría de los casos, los prolapsos los provocamos nosotras mismas, por desconocimiento a que esto pueda ocurrir. Por ejemplo:

- Realizar deportes muy hiperpresivos y de alto impacto.
- Personas con estreñimiento crónico que siempre aprietan para poder defecar.
- Afecciones respiratorias mal curadas.
- Expulsivos muy largos durante el parto o personas a las que le hayan realizado la maniobra de Kristeller (desaconsejada por la OMS y para la cual siempre debe haber una previa autorización de la mujer).

- Una actividad laboral que conlleve grandes esfuerzos o mucho tiempo de pie.
- Patologías neurológicas.

Y una vez nos han diagnosticado un prolapso, ¿cómo puedo resolverlo? Un prolapso no se puede resolver, si ha ocurrido un descenso, este se va a mantener. Ahora bien, debemos y podemos evitar que vaya siempre a más. Cuando el prolapso es de grado I o II, podemos intentar reestablecer la estática pélvica trabajando las fibras tónicas del suelo pélvico, reeducando los reflejos de activación del suelo pélvico ante esfuerzos abdominales, reeducando la pared abdominal para la buena gestión de las presiones y evitando la actividad prolapsante. Cuando los prolapsos son de grado III y IV se deberán siempre barajar como primera opción medidas de sostén del prolapso con técnicas conservadoras y reeducación del suelo pélvico para minimizar la sintomatología. Solo en casos extremos y en los que los prolapsos afecten muy negativamente a la calidad de vida, se aconseja barajar la posibilidad de una intervención quirúrgica para poner una malla.

Los ejercicios hipopresivos son muy beneficiosos sobre los prolapsos, ya que tonifican sobre todo las fibras tónicas e involuntarias del suelo pélvico y ejercen un efecto de succión sobre los prolapsos, de manera que ascienden durante las apneas y en posiciones de declive, permitiéndonos de esta manera trabajar la faja abdominal de manera segura.



DOLOR EN ALGUNAS POSTURAS SEXUALES

El dolor asociado al coito con penetración se denomina dispareunia. Al igual que en los prolapsos, hay varios grados. En el grado I existe dolor pero no se imposibilita la relación. El dolor puede ser superficial o profundo dependiendo de qué lo ocasione, una hipertonía superficial del suelo pélvico o un prolapso o descenso orgánico profundo suelen ser las causas más comunes. En el grado II se imposibilita la penetración en algunas ocasiones, no siempre. En el grado III, el dolor imposibilita siempre la penetración.

En el caso de que se sufra dolor ante la penetración profunda, las causas más comunes son:

- Endometriosis.
- Congestión pélvica.
- Lesiones en el tejido fascial.
- Adherencias derivadas de alguna intervención quirúrgica.

En el caso de que el dolor se presente al principio de la penetración, las causas más comunes son:

- Déficit de estrógenos.
- Sequedad vaginal.
- Cicatrices por las adherencias de episiotomías o desgarros.
- Vaginismo, del que hablaremos más adelante.
- Vestibulitis o vaginitis, asociado a procesos inflamatorios.

En cualquier caso, el dolor relacionado con las relaciones sexuales debe ser tratado y valorado por un profesional fisioterapeuta experto en uroginecología y fisiosexología. La calidad de vida de las personas que las presenten se ve gravemente afectada.

MENSTRUACIONES DOLOROSAS

Las menstruaciones muy dolorosas e incapacitantes no son normales, no nos debemos conformar con un cojín de calor o ibuprofeno en vena

por el simple hecho de sangrar una vez al mes. Las menstruaciones con estas características se denominan dismenorrea. Puede que siempre hayas sufrido dismenorrea y te hayan dicho que es lo normal, por lo que lo más probable es que sufras dismenorrea primaria. En este caso, la actividad de la hormona prostaglandina que se produce en el útero suele ser la causante. Aun así, siempre se debe valorar la situación y hay tratamientos conservadores, no medicalizados, que pueden ayudarte a mejorar. La osteopatía visceral, en este caso, suele ser de gran ayuda.

En otras ocasiones, la dismenorrea aparece después de haber tenido menstruaciones sin dolor. En este caso, el dolor suele estar relacionado con alguna disfunción visceral pélvica o del útero. La causa suele asociarse a la endometriosis, la inflamación de tejidos, miomas, enfermedades de transmisión sexual o estrés.

Los remedios caseros más exitosos para el dolor menstrual en casa:

- Saquitos de semillas de calor en el abdomen bajo, debajo del ombligo. Son más recomendables que las mantas eléctricas porque el calor no es constante y el tejido no se acostumbra.
- Tomar duchas o baños calientes.
- Masajearse con las puntas de los dedos en movimientos circulares en el abdomen bajo.
- Técnicas de relajación o infusiones calmantes.
- Mantener las piernas elevadas o acostarse de lado en posición fetal.
- Ejercicios de báscula pélvica y movilidad sacroiliaca.

DOLOR PÉLVICO CRÓNICO

En ocasiones, se sufre un dolor situado en la zona pélvica, perineal, óseo, visceral o nervioso, al cual no se asocia ninguna causa objetiva. Este dolor es constante, persistente, con picos de dolor más severos pero, por lo general, mantenido. A este dolor, sin causa aparente, se le denomina dolor pélvico crónico. Como todos los dolores permanentes, la causa final es una mala transmisión del sistema nervioso central del estímulo doloroso. Pudo haber tenido una causa simple de resolver,

pero al no dar con ella o dejarse pasar, este dolor ya se mantiene en el sistema nervioso, aunque la causa inicial del dolor haya desaparecido. En otras ocasiones, la causa puede ser psicoemocional. En cualquier caso, el abordaje del dolor pélvico crónico debe ser multidisciplinar. El primer paso es entender cómo se genera el dolor en nuestro sistema nervioso, no es cosa de nuestra imaginación, no estamos locas y no somos unas quejicas. El dolor existe aunque la causa inicial desaparezca, el simple hecho de entender esto ayuda a la gestión del dolor y a la calidad de vida. La fisioterapia, los grupos de apoyo y la terapia psicológica son parte del tratamiento multidisciplinar de esta disfunción.

VAGINISMO

Esta disfunción ocurre cuando a la mujer le es imposible introducir un dedo, tampón o pene en el introito vaginal, aunque el deseo sexual siga presente y la excitación se produzca. Ocurre cuando la musculatura superficial del periné se cierra, en ocasiones, afecta también a la musculatura profunda, volviéndose rígida e inflexible. Este mecanismo de defensa suele ir asociado a factores emocionales de vivencias personales, por lo que es importante gestionar el tratamiento de manera multidisciplinar, con el fisioterapeuta y el área de psicología.

1.4 TU SUELO PÉLVICO, A EXAMEN

En una valoración del suelo pélvico un fisioterapeuta especialista en uroginecología explorará los tejidos musculares, óseos, nerviosos y conjuntivos correspondientes al abdomen, columna, pelvis y al suelo pélvico, así como una exploración de la postura en general, para determinar cuál es la causa principal que puede estar causando una sintomatología dolorosa o incontinencia.

El objetivo es reunir todos los datos de la historia clínica del paciente, sintomatología y exploración física que puedan ser relevantes a la hora de hacer un juicio lógico y determinar una causa de disfunción.