

La Fisioterapia en los desgarros musculares del suelo pélvico

A. Gil Bolaños. *Fisioterapeuta del Servicio Canario de Salud. Casa del Mar (Hospital General de Gran Canaria «Dr. Negrín»). Profesora Asociada de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria*

E. Medina Rodríguez. *Fisioterapeuta del Servicio Canario de Salud. Casa del Mar (Hospital General de Gran Canaria «Dr. Negrín»). Profesora Asociada de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria*

J. F. Medina Falcón. *Fisioterapeuta del Servicio Canario de Salud. Complejo hospitalario Insular Materno*

RESUMEN

La musculatura del suelo pélvico actúa de forma dinámica constante y funciona como un trampolín autorregulador que va adaptando continuamente su tensión y reaccionando a las circunstancias cambiantes de la vida diaria. También actúa para evitar el desplazamiento de los órganos pélvicos, conservar la continencia, controlar las actividades de expulsión y asegurar la calidad de las relaciones sexuales. En el parto y sobre todo cuando se produce un desgarro muscular, la mayoría de estas cualidades del músculo desaparecen, llevando a la paciente a un ciclo de alteraciones que repercute a nivel físico, psíquico, social, sexual, emocional y laboral. En la restauración de estas funciones interviene la Fisioterapia, que con sus conocimientos sobre la anatomía muscular, esquelética y neurofisiológica, así como un perfecto conocimiento de la biomecánica del suelo pélvico, trata de restablecer esas funciones alteradas en un parto con desgarro de la musculatura, mejorando así la calidad de vida de muchas mujeres que de otra manera estarían destinadas a un desequilibrio emocional y psicológico durante toda su vida. La Fisioterapia no sólo actúa restaurando dichas disfunciones, sino también tiene su papel preventivo para evitar que esto se produzca.

Palabras clave: Función amortiguadora, continencia, desgarro perineal, episiotomía, reeducación funcional, prevención.

ABSTRACT

The musculature of the pelvic floor acts in a constant dynamic way and it works as an autoregulator springboard which goes adapting its tension continually and reacting to the changing circumstances of the daily life. It also acts to avoid the displacement of the pelvic organs, to conserve the continence, to control the expulsion activities and to assure the quality of the sexual relationships. In the childbirth and overalls when a muscular laceration takes place, most of these qualities disappear, taking to the patients to a cycle of alterations that rebounds at physical, psychic, social, sexual, emotional and labour level. In the restoration of these functions, Physiotherapy intervenes that with its knowledge on the muscular, skeletal and neuroanatomy, as well as a perfect knowledge of the biomechanics of the pelvic floor, tries to reestablish those altered functions in a childbirth with laceration of the musculature, improving, in this way, the quality of many women's life that otherwise would be destined to an emotional and psychological imbalance during all its life. Physiotherapy doesn't only act restoring these malfunctions, but it also has a preventive paper to avoid that this takes place.

Key words: Softening function, continence, perineal laceration, episiotomia, functional reeducation, prevention.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad las disfunciones del suelo pélvico están adquiriendo una mayor importancia para la mujer, la cual se ha implicado cada vez más en la vida social, sexual, laboral y deportiva, y por ello este tipo de disfunciones le imposibilita realizar con normalidad este tipo de actividades, repercutiendo muy seriamente a nivel físico-sexual-social y laboral.

En este artículo trataremos de hablar de las lesiones graves que se producen en la musculatura del suelo pélvico en el parto. Este tipo de lesiones produce a la larga una serie de patologías y disfunciones que podrían evitarse con un tratamiento de Fisioterapia. Mostraremos nuestro protocolo de tratamiento para evitar las secuelas que produce la episiotomía y el desgarro muscular en esta musculatura, así como el tratamiento preventivo para disminuir o evitar estas lesiones.

Haremos una breve referencia de cómo este tipo de lesiones puede alterar no sólo la integridad anatómica del suelo pélvico, sino el equilibrio emocional de la persona, alterando en gran medida su estado anímico.

ANATOMÍA MUSCULAR FUNCIONAL

La musculatura que tapiza la base de la pelvis, junto con sus inserciones fasciales, actúan conjuntamente para prevenir el desplazamiento de los órganos pélvicos, conservar la continencia anorrectal y urinaria, controlar las actividades de expulsión y en las relaciones sexuales, aumentando la adherencia con el pene, transmitiendo sensaciones y facilitando el orgasmo. Colabora con diferentes sistemas orgánicos (urinario, digestivo y ginecológico) e intenta mantener la interrelación que existe entre ellos, donde podríamos hablar de un «ecosistema» pélvico complejo,

por lo que el desequilibrio en uno de estos sistemas puede repercutir en el vecino.

La pelvis ósea rodea y protege su contenido, pero brinda poco apoyo a las vísceras que se alojan en ella. Los órganos pélvicos se encuentran apoyados sobre la musculatura que tapiza la pelvis ósea y auxiliada por las inserciones ligamentosas. Actúa de forma dinámica constante y funciona como un trampolín autorregulador que va adaptando continuamente su tensión y reaccionando a las circunstancias cambiantes de la vida diaria.

Durante muchos años se ha estado estudiando la funcionalidad de la anatomía del suelo pélvico. Estos músculos se contraen para conservar la continencia urinaria y fecal y se relajan para permitir el vaciamiento intestinal y vesical; además, tienen una función importante en la respuesta sexual femenina normal: deben distenderse bastante para permitir el nacimiento en el parto y contraerse de nuevo durante el período posparto para permitir que se lleven a cabo las funciones.

La musculatura que forma el suelo pélvico es variada, siendo el más importante el músculo elevador del ano. En este artículo nos vemos obligados a hablar de todos los músculos que forman la base de la pelvis, pues todos ellos se ven implicados a la hora del parto, alcanzando las lesiones a todos ellos.

La musculatura que cierra la pelvis menor en su parte más inclinada se reparte en tres planos:

1. Capa superficial de músculos fibrosos y alargados, que forman un conjunto de músculos que se extiende de delante a atrás, entre el pubis y el cóccix, y lateralmente, entre las dos apófisis isquiáticas, dibujando una especie de ocho que se entrelaza en el espacio situado entre la vagina y el ano, formando el núcleo fibroso del periné. Entre estos músculos tenemos:

- Bulbocavernoso.
- Isquiocavernoso.
- Transverso superficial.
- Esfínter estriado del ano.

2. En la capa media o aponeurosis media perineal nos encontramos:

- El esfínter externo de la uretra.
- El transverso profundo.

3. En la capa más profunda, compuesta de músculos anchos y gruesos, denominada el «diafragma pélvico», tenemos:

— El elevador del ano, un músculo poderoso compuesto por distintos haces dispuestos en herradura alrededor de los orificios de salida de las vísceras. Está formado por dos partes con funciones totalmente distintas, según sea la disposición de sus fibras:

a) Haz puborrectal, con fibras más estrechas y gruesas que parten del pubis y terminan a la altura del recto y del ano, formando parte también del núcleo central del periné y configurando, con la rama del otro lado, una «U» abierta hacia delante, que recibe el nombre de hendidura urogenital, y que al contraerse sus fibras producen un desplazamiento de detrás hacia delante y de abajo a arriba, produciendo el cierre del ano, vagina y uretra. Son las fibras del elevador del ano que aseguran la continencia.

b) Haz que parte del pubis, desde una banda fibrosa que atraviesa el agujero obturador y del isquión y que termina en el cóccix. Este haz se dispone en forma de manto en la zona lateral externa, formando la parte elevadora.

- Isquiococcígeo.

La zona de la hendidura urogenital corresponde a la localización de la vejiga, uretra, vagina y útero. Dicha zona es la encargada de distenderse en el momento del parto, produciéndose el inicio de los desgarros o la realización de las episiotomías, como acto quirúrgico, en las fibras musculares que la delimitan, por lo que esta zona debe estar dotada de gran elasticidad para evitar este tipo de lesiones en la musculatura.

EL PARTO Y LAS LESIONES DEL SUELO PÉLVICO

En la musculatura del suelo pélvico la acción del movimiento es poco percibida por la mujer, a diferencia de otros músculos donde la acción de la contracción conlleva un movimiento sentido y observado por el paciente y el fisioterapeuta. La musculatura del suelo pélvico está muy escondida en el interior de nuestro cuerpo y la contracción está asociada normalmente a reflejos automáticos («tengo gases y contraigo para que no se me escapen en público» o «tengo ganas de orinar y contraigo para evitar que se me escape la orina, hasta llegar al baño y poderlo hacer»). Normalmente éstas son conductas que no nos imaginamos, reaccionando de forma inconsciente. Si observamos el suelo pélvico en una contracción, percibiremos una pobre impresión del efecto de la contracción de la musculatura.

Durante el parto, principalmente en el momento de la expulsión, el suelo pélvico sufre lesiones a diferentes niveles. Si comparamos la calidad de contracción del suelo pélvico antes y dos meses después del parto, comprobaremos los efectos que éste produce, con una considerable pérdida de fuerza. Observaremos deterioro en el tejido neuromuscular y en el tejido conectivo. Durante la segunda

parte del parto todos los componentes del suelo pélvico (músculo, tejido conectivo, nervio pudendo) están expuestos a fuerzas mayores de presión, tracción y de estiramiento, para que pueda abrirse paso la cabeza del bebé. Todos estos cambios que se producen, microlesiones y macrolesiones, no se restauran exactamente igual que antes del parto. El daño que se produce en el periné anterior muestra un ensanchamiento de la entrada de la vagina con una sobredistensión de todo el tejido blando que lo rodea. Esa calidad de contracción la podemos percibir realizando un test muscular por vía vaginal. Estos cambios en el tejido de esta zona pueden o no estar acompañados de alteraciones funcionales (fig. 1).

En la mayoría de los casos, aparte de las lesiones mencionadas, se asocian lesiones más severas de la musculatura. En el momento de la expulsión la musculatura está sometida a tal tensión que para evitar que se desgarre es

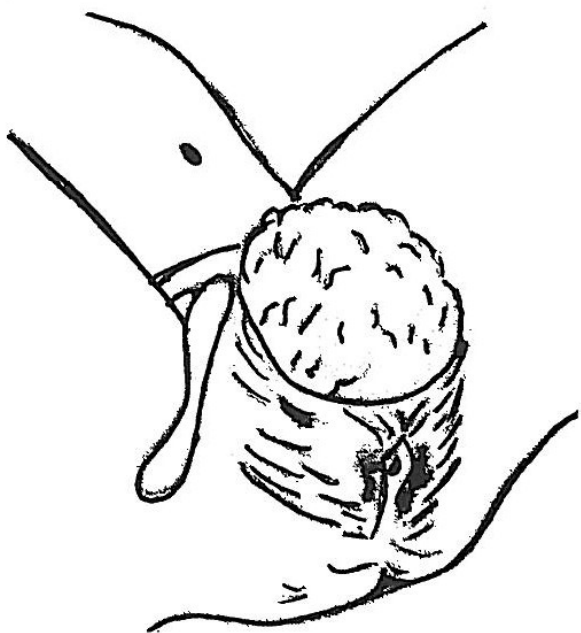


Fig. 1. Sobredistensión del tejido perineal en la segunda fase del parto.

preferible realizar una episiotomía, un corte realizado de forma guiada para evitar que se produzcan desgarros musculares en otro sentido, lesionando estructuras más importantes como el esfínter y la mucosa anal. En diversas circunstancias la episiotomía no se realiza a tiempo, produciéndose desgarros musculares de distintas dimensiones. En algunas ocasiones, si las episiotomías no son muy extensas, suelen producirse pequeños desgarros en el extremo de éstas cuando son sometidas a tensión. En estas circunstancias debemos tener en cuenta la cicatriz y cómo influye ésta en el correcto desplazamiento del músculo al realizar la contracción.

EPISIOTOMÍA Y DESGARRO

La *episiotomía* es una incisión en el periné, aumentando la abertura vaginal. Puede ser realizada mediolateral o medialmente. La episiotomía medial se considera arriesgada para la mayoría de los profesionales, pues cuando dicha episiotomía está acompañada de un desgarro, puede lesionar e invadir la pared anterior anal y lesionar el esfínter. Normalmente, se realiza con anestesia local si la paciente no ha sido sometida a anestesia epidural. El objetivo es acelerar el parto o abolir el excesivo estiramiento o desgarro del tejido de la zona. La episiotomía, realizada con utensilios de extracción como pueden ser los fórceps o ventosas, permite más espacio para introducir los instrumentos dentro del canal vaginal. La incisión es suturada completamente después del parto (fig. 2).

El *desgarro* muscular se puede presentar de forma espontánea durante el parto, o puede ser la extensión de una episiotomía. La producción de traumatismos en la cervix o en la vagina es inevitable en el parto y se produce de forma virtual. Para ello la episiotomía se

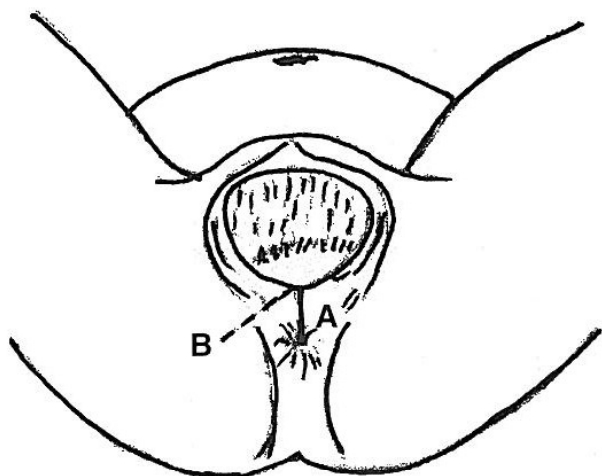


FIG. 2. Tipos de episiotomía: A, central, y B, mediolateral.

ha convertido en una parte integral de la asistencia en el parto. La gravedad de los desgarros depende de los tejidos que se afecten. La clasificación se hace en función de las estructuras involucradas y las lesiones son casi exclusivas del periné posterior:

Primer grado: los desgarros involucran sólo a la piel.

Segundo grado: las lesiones son profundas y afectan a una parte o a varias de la superficie perineal. El desgarro muscular puede extenderse a ambos lados o a uno sólo de la pared vaginal.

Tercer grado: se produce todo lo anterior y además se afecta el esfínter anal y el desgarro puede extenderse a la pared rectal.

Cuarto grado: sería un tercer grado, pero muy severo.

Tanto en las episiotomías como en los desgarros musculares nos podemos encontrar una serie de complicaciones justo después del parto y que deben ser tratadas para evitar mayores y más graves secuelas.

Los factores predisponentes a los desgarros del tracto vaginal bajo son: el parto precipita-

do o prolongado, el parto instrumental, los miomas uterinos, la hiperdistensión uterina, el parto de nalgas, el empleo de oxitócicos, la inserción baja de la placenta, la manipulación uterina, la rigidez de las partes blandas maternas, la maniobra de Kristeller realizada de forma intempestiva, los bebés microcósmicos, el empleo de instrumental (fórceps o vacuum), etc.

COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES Y TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO

En la fase inicial del tratamiento, en los cinco primeros días después del parto, el fisioterapeuta visitará en su habitación a la paciente y hará la primera toma de contacto. Le explicará ligeras nociones de anatomía y le informará sobre las lesiones ocurridas en su suelo pélvico y sobre las posibilidades de recuperación mediante las técnicas de Fisioterapia. También se informará a la paciente sobre la correcta higiene postural y la importancia que tiene el evitar que las presiones intraabdominales actúen sobre el suelo pélvico lesionado. Se le indicará a la paciente cómo incorporarse en la cama para evitar que estas presiones actúen, formas de dar el pecho al bebé y cómo debe de proteger la herida a la hora de defecar, toser y estornudar. Para evitar que ésta se abra, se le indicará a la paciente que soporte la herida con una compresa estéril mientras empuja ligeramente; si es necesario, se le acompañará al baño a la hora de hacer sus deposiciones, y si la paciente está estreñida es preferible aplicar enemas o laxantes.

El fisioterapeuta inspeccionará el periné de todas las pacientes y se asegurará de que éstas son capaces de contraer el suelo pélvico y localizan la zona en la medida que se pueda. Además, el fisioterapeuta inspeccionará el

desgarro producido en el parto, la presencia o no de hematoma, la sutura, el edema existente en la zona, la coloración que presenta la piel del periné, la abertura vaginal, la impotencia funcional y el grado de dolor que manifiesta la paciente, así como se asegurará de una posible denervación de la musculatura. En segundo lugar, se actuará sobre las pequeñas complicaciones que surgen en el parto.

En la primera inspección el fisioterapeuta observará la presencia de edema, inflamación y hematoma, y la paciente comentará la sensación de dolor, la tirantez de la zona y la impotencia muscular a la hora de contraer la musculatura.

En los primeros días después del parto, el fisioterapeuta se limitará al alivio del dolor, a la reducción del edema, a procurar eliminar el hematoma y a permitir a la madre vencer su malestar para poder cuidar a su bebé. De esta forma, la paciente, sin dolor y con el mínimo malestar posible, podrá realizar las contracciones del suelo pélvico lo antes posible, acelerando el proceso de cicatrización y evitando el edema. Al dolor se une la rigidez o sensación de tirantez de la zona, debido a la excesiva pérdida de elasticidad del tejido muscular, y a todo esto se une una progresiva y cada vez más evidente sensación de fatiga, disminución del rendimiento, etc., aparte de la permanencia del edema por la no movilidad de la musculatura y por la impotencia muscular que el dolor produce.

PRIMERA FASE DEL TRATAMIENTO. PRIMEROS CINCO DÍAS

Alivio del dolor

Sobre el dolor podemos actuar en los primeros cinco días aplicando hielo. La mujer

encuentra que el dolor repercute en sus esfuerzos para cuidar a su bebé, por lo que se debe prevenir antes de aplicarlo que la disminución del dolor que esto produce no significa que pueda realizar esfuerzos que perjudiquen a su periné aún débil e incompetente para amortiguar las presiones procedentes del abdomen. Debemos asegurarnos de que la paciente está correctamente aconsejada sobre el cuidado del suelo pélvico en estos días y lo que representan los esfuerzos para la inestabilidad de sus vísceras. El efecto que produce la terapia de frío sobre el dolor está bien estudiado (Lee y Warren, 1978; Lehmann y DeLateru, 1982; Palastanga, 1988; Knisht, 1989). Ésta es una terapia antidolorosa que está disponible tanto en el hospital como en casa. Se le indicará a la paciente que triture o aplaste el hielo como una escarcha y que lo coloque dentro de una bolsa que se envolverá en gasas desechables o en una toalla estéril, y con la paciente colocada en decúbito lateral se aplica el frío ligeramente en la zona dolorosa y del edema durante 5 a 10 minutos. También se le puede aconsejar a la paciente que se aplique un masaje con un cubito de hielo en la zona de dolor y edema, secando bien la zona tratada antes de la siguiente aplicación. El hecho de que la mujer se aplique ella misma este tipo de tratamiento es muy beneficioso, ya que es ella la que sabe dónde le duele.

Otra forma de aliviar el dolor y que es muy común entre los fisioterapeutas es el TENS, que se aplica con una frecuencia que depende de la intensidad del dolor. Normalmente se aplica con electrodos externos en un estado inicial, y pasados 15 días, si el dolor persiste o el masaje aplicado sobre la cicatriz tanto externamente como por vía vaginal es molesto, lo aplicaremos con electrodos vaginales.

Ejercicios respiratorios

Los ejercicios respiratorios tienen una gran importancia en esta etapa. En primer lugar sobre el diafragma para evitar pequeños trombos, y pasados tres o cuatro días, a la paciente se le enseña la respiración abdominal que aliviará la congestión de la zona y actúa como efecto relajante. Las respiraciones pueden ser acompañadas por ejercicios de los miembros inferiores, ayudando a mejorar la circulación de éstos y a movilizar las zonas vecinas al desgarró o de la episiotomía.

Es importante que se inicien las contracciones de la musculatura del suelo pélvico y los ejercicios de retroversión pélvica para empezar a tonificar la musculatura abdominal y ayudar a la involución del útero.

Contracciones de la musculatura del suelo pélvico

Se empieza enseñando a la paciente a ubicar su suelo pélvico y a definir una contracción. Se hace una exploración de la zona, para que ella pueda realizar los ejercicios en la medida que pueda. Se le explica la importancia que tienen los ejercicios para acelerar el proceso de cicatrización y para evitar el edema, ya que el efecto del bombeo ayuda a la eliminación de sustancias de desecho y a restablecer la circulación de la zona, lo cual tiene un efecto beneficioso sobre el dolor. En los primeros días el fisioterapeuta controlará los ejercicios y colaborará en el apoyo a la paciente con consejos para guiarla («mantén, uno, dos, tres, relaja»). Podemos colocar nuestro dedo sobre el núcleo fibroso central del periné, como referencia para la paciente de la zona a contraer, animando a ésta para que coloque su dedo índice en dicha zona como toma de conciencia. En los primeros días es-

tos ejercicios se realizaran con pocas contracciones, pero muchas veces durante el día. La presencia de puntos lleva a la mujer a ser aprehensiva a la hora de realizar las contracciones, por lo que se le debe animar a que los haga para activar el mecanismo de bombeo que favorece la circulación de la zona. En la mayoría de los casos a las pacientes les cuesta ubicar la zona en cuestión, por lo que se les darán órdenes de contracciones automáticas («imagínate que quieres parar de orinar», «contrae la musculatura como si quisieras evitar la expulsión de aires»).

También es muy importante enseñar a relajar la musculatura perineal. La contracción base producida por el dolor impide que la circulación se restablezca, dificultando el aporte de nutrientes y la eliminación de las sustancias de desecho, lo cual produce más dolor y edema.

Una serie de consejos son fundamentales en estos primeros días:

1. La musculatura del suelo pélvico debe contraerse contrarrestando y reforzando las presiones intraabdominales a la hora de estornudar y toser. Cualquier esfuerzo hay que combinarlo con una contracción del suelo pélvico.
2. Siempre que se realicen esfuerzos para defecar, se debe sujetar la zona del desgarró con una compresa estéril para evitar hacer presión sobre ésta, contrarrestando la presión que se realiza desde arriba, hasta que en días sucesivos el dolor vaya disminuyendo.

Tonificación de la musculatura abdominal

En primer lugar, lo que se pretende es un acortamiento de la fibra muscular, fortaleciendo la musculatura abdominal débil. Para

ello, se coloca a la paciente en decúbito supino con ambas piernas flexionadas y apoyadas sobre la cama y una de sus manos sobre la zona abdominal; a continuación se le pide que intente hacer pequeñas arrugas en el abdomen llevando la pelvis en retroversión, acompañando el ejercicio con espiraciones y procurando contraer la musculatura del suelo pélvico. Se vigila que al realizar los ejercicios no se produzca apnea. La mujer que no sea capaz de realizar los ejercicios en esta postura debido al dolor, los iniciará en decúbito lateral, donde las vísceras salen de la cavidad abdominal. Se podrá trabajar también sentando a la mujer en el borde de la silla, y le pediremos que haga una contracción del suelo pélvico, con una retroversión pélvica y espiración. La superficie de la silla le ayudará a sentir el desplazamiento de la musculatura perineal en el momento de contraerse.

SEGUNDA FASE DE TRATAMIENTO. DESPUÉS DE LOS CINCO PRIMEROS DÍAS

Masaje de la cicatriz

La cicatriz es el mecanismo fisiológico de la reparación tisular que produce hiperformación del tejido conjuntivo. El resultado final es un tejido fibroso más o menos desorganizado. Para evitar que la cicatriz se convierta en un tejido patológico que produzca retracción e impida el desplazamiento normal de las fibras musculares, la Fisioterapia debe actuar precozmente con un tratamiento antiedema, masaje linfático y venoso alrededor de la sutura e, inicialmente, no sobre ella. Cuando la cicatriz está seca se pueden aplicar, de forma progresiva, masajes más profundos de fricción y despegue para romper las posibles adherencias y evitar que los fibroblastos se adhieran a tejidos más profundos. Estos ma-

sajes se inician en el núcleo fibroso del periné, procurando tonificar y relajando el tono base de la musculatura. Se realizan movimientos de fricción, invirtiendo el sentido de los pulgares, primero muy suave y profundizando cada vez más según la tolerancia de la paciente. El masaje de la cicatriz interna de la vagina se acompaña de forma progresiva con estiramientos de la musculatura. Para ello se introducen los dedos índice y medio, desde la zona más profunda, a la altura del elevador del ano, hasta la más externa. Con los dedos apoyados en la superficie, se tracciona en el sentido del sacro en la zona central y hacia la zona isquiática en las ramas laterales del cóccix. Mientras se realizan los estiramientos, se puede pedir a la paciente que realice contracciones de la musculatura, tanto isométricas como isotónicas, lo cual favorece el estiramiento y la tonificación. Para tratar la cicatriz externamente, serán muy útiles los aceites naturales (aceite de almendra amarga). En la zona vaginal, el mismo flujo ayuda al desplazamiento de los dedos.

Para los distintos planos endurecidos y adheridos, se aplica el masaje en forma de pinza formada por los dedos índice y medio, por dentro, y el pulgar, por fuera, cogiendo la musculatura como si fuera un filete. Se realizan movimientos transversos y profundos del tejido a tratar, procurando deshacer la zona fibrosa.

El masaje debe reunir una serie de características indispensables:

- Maniobras finas e indoloras de intensidad graduada.

- Trabajo propio de la cicatriz. Para ello los dedos rodean la cicatriz aplicando maniobras firmes de pequeña amplitud y siguiendo el trayecto de ésta removiendo los planos subyacentes y aplicando tracciones en todos los sentidos seguidas de movilizaciones finas y selectivas.

Si la zona del desgarro está dolorida, se puede aplicar TENS a medida que se realiza el masaje, utilizando dediles especiales para este trabajo o fabricándolos con electrodos blandos.

La cicatriz debe ser siempre tratada y reblandecida, sobre todo las zonas de fibrosis, para evitar que se vuelvan a romper en futuros partos, ya que esta zona del músculo no tiene la misma capacidad de estiramiento y elasticidad.

Reeducación muscular

Cuando el dolor ha desaparecido, se hace una valoración exhaustiva de la musculatura del suelo pélvico y se observa qué defectos presenta para luego poder realizar un programa de reeducación individualizado, observando su integridad y contractilidad:

— En la integridad: la simetría en el músculo, el trauma obstétrico, la cicatriz y el grosor muscular o distancia entre ano y vulva.

— En la contractilidad hay que observar la contracción voluntaria y la capacidad de ubicación de la zona, el desplazamiento simétrico, la capacidad para producir la dislocación del cuello vesical, la existencia de musculatura parásita cuando la musculatura perineal está sometida a una situación de estrés (tos, estornudo, etc.), las contracciones mantenidas y las contracciones rápidas.

— Contractilidad refleja de la musculatura.

Una vez conseguidos los datos que se precisan, se puede trazar un programa de tratamiento en el que se insistirá en aquellas cualidades deficitarias del músculo y se intentará mejorar aquellas otras que protejan estructuras lesionadas sobre las que no podemos actuar directamente, evitando que éstas evolu-

cionen a estadios más graves y con el objetivo de devolver al músculo todos sus aspectos funcionales, amortiguadores, de sostén de las vísceras pélvicas y asegurador de la continencia.

Ante la presencia de un desgarro, en la mayoría de las ocasiones nos encontramos que no sólo está afectado el músculo, que es donde nosotros podemos trabajar directamente, sino que también se encuentran en mal estado otras estructuras como:

— Ligamentos que soportan a las vísceras, ya de por sí sometidos a estiramiento en el parto, que provocan prolapsos y colpoceles.

— Rotura de planos de adherencias: la fascia de Halban entre la vejiga y la vagina.

— Planos de aponeurosis.

En muchos casos, la lesión de estos componentes lleva a la mujer a diversas operaciones con el fin de realinear y colocar las vísceras en su sitio, por lo que nuestro programa de tratamiento va dirigido a realizar un tratamiento preoperatorio donde el cirujano se encuentre un suelo pélvico en buenas condiciones y una paciente con un aprendizaje de ciertas conductas que protejan y descarguen dicha zona en el período posoperatorio.

La reeducación muscular se realiza en un principio de forma manual. Nuestro objetivo, en primer lugar, es el de enseñar a la mujer a ubicar la zona perineal y a realizar la contracción aislada de dicha musculatura, disociándola de musculatura parásita. En muchas mujeres, esta musculatura queda en tan malas condiciones que es incapaz de contraerse, por lo que el fisioterapeuta debe ayudarse del reflejo de estiramiento o reflejo miotático (Strech reflex) y de la puesta en tensión de los elevadores para poder sacar la respuesta inicial del músculo.

Cuando se ha conseguido que el músculo se contraiga en todo su recorrido, se pasa a buscar la calidad de las contracciones (contracciones tónicas, contracciones fásicas, número de contracciones tónicas y número de contracciones fásicas en un tiempo determinado). Siempre se debe tener en cuenta el tiempo de reposo entre cada contracción y la intensidad en la que se realiza, que no será igual para las tónicas y las fásicas. En una contracción tónica la intensidad no es tan alta como en una fásica y su tiempo de reposo será el doble del tiempo que dura ésta. Sin embargo, en una contracción fásica la intensidad será alta y el tiempo de reposo será tres veces la duración de dicha contracción. A medida que la paciente va mejorando, los tiempos de reposo se van reduciendo, con lo que se consigue que la paciente sea capaz de realizar un número de contracciones de la misma calidad en un tiempo determinado. Así se asegura una buena respuesta muscular en una situación de estrés prolongado (puede tener una buena contracción perineal en un golpe de tos aislado, pero no ser capaz de tener una buena respuesta en el transcurso de una gripe donde estas contracciones se multiplican). Hay que devolver a la musculatura el carácter amortiguador de las hiperpresiones abdominales y, a la mayor velocidad posible, modificar su tono según varíen éstas. En ocasiones la calidad de estos objetivos no es del todo buena, porque la integridad del suelo pélvico está bastante alterada y no posee todo el tejido muscular para actuar, por lo que se deben enseñar a la paciente posturas que eviten que estas hiperpresiones descarguen en el periné, desviándolas al periné posterior y preferiblemente el sacro. Esto se consigue deslordosando y llevando la pelvis en retroversión como actitud protectora. El trabajo manual ofrece al fisioterapeuta la posibilidad de estudiar el comportamiento de dicha

musculatura, su desplazamiento, la asimetría, la fuerza con que realiza dicha contracción y el tiempo que es capaz de mantenerla. Por ello, hay que insistir de forma selectiva sobre aquellas zonas de la musculatura que no tienen una respuesta de calidad.

El *biofeedback* nos sirve de ayuda para demostrarle a la paciente la calidad de la respuesta muscular y estimularla para que efectúe contracciones de más calidad. El fisioterapeuta puede cuantificar dicha contracción y llevar un control de la evolución más preciso.

Son indispensables, sobre todo en estos casos de desgarro muscular, la reeducación del automatismo de la contracción perineal previamente a los esfuerzos y la práctica continua de dicha contracción para prevenir la evolución de los prolapsos a grados superiores. Hay que enseñar a la paciente a mantener una contracción de la musculatura perineal en los esfuerzos de las actividades de la vida diaria.

TRATAMIENTO PREVENTIVO A LA EPISIOTOMÍA Y DESGARRO

Muchos de los desgarros se pueden prevenir si en el parto se le enseña a la mujer a tomar una buena conciencia del suelo pélvico y a realizar estiramientos y masajes de la musculatura perineal.

En el parto se debe insistir sobre la importancia de la musculatura perineal. La paciente debe saber contraer y, sobre todo, relajar y reducir el tono base de la musculatura para que no exista oposición a la salida del bebé en el momento de la expulsión.

A todo esto hay que añadir una buena elasticidad y laxitud de las fibras musculares, sobre todo en la zona de la salida vaginal, donde la sollicitación va a ser extrema en este período. Para conseguir la elasticidad y laxi-

tud deseadas, se ha de tratar la zona con masajes y estiramientos de la musculatura. Estos ejercicios de estiramientos realizados en el parto familiarizan a la mujer con las sensaciones, muy parecidas, a las que padecerá en el momento de la coronación del bebé y de la expulsión, como, por ejemplo, sensaciones de excesivo estiramiento, escozor, hormigueo y quemor. Para realizar el masaje hay que tener en cuenta una serie de consideraciones:

— El masaje perineal no se debe realizar si la embarazada tiene una infección vaginal, herpes zoster u otras alteraciones de la mucosa vaginal que puedan extenderse o empeorar debido al masaje.

— El masaje se inicia en el último trimestre, en las cinco últimas semanas antes de la fecha señalada, de 2 a 4 veces por semanas o más si éste resulta confortable. No a todas las mujeres les va bien este método, por lo que se les recomienda no hacerlo sistemáticamente.

— No sólo se tratará la salida vaginal, sino todo el tejido perivaginal.

Pasos a seguir a la hora de realizar la técnica:

— Hay que lavarse bien las manos y cortarse las uñas, sobre todo las de los dedos pulgares. Se le aconseja a la paciente que se coloque en una postura semisentada, con las caderas y rodillas ligeramente flexionadas. Se usa un espejo para que la paciente conozca la anatomía de la zona a tratar y se familiarice con ella.

— Se lubrican los dedos con aceite vegetal (aceite de germen de trigo, de oliva, de almendras amargas, todos ricos en vitamina E) o se utilizan lubricantes solubles en agua (KY jelly). Los aceites vegetales son fácilmente absorbibles por la mucosa y el tejido, aumentando la flexibilidad alcanzada por el masaje.

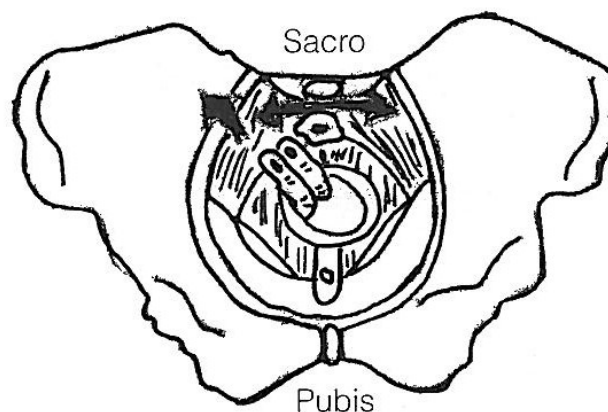


FIG. 3. Presión contra la pared posterior vaginal moviendo los dedos en forma de «U».

— Se extiende bastante aceite sobre el periné para que los dedos se deslicen fácilmente. Hay que procurar, mientras se realiza el masaje, no tocar la zona del recto o procurar no tocar la zona vaginal con los dedos que se hayan utilizado para trabajar la zona perianal (fig. 3).

— Los dedos índice y medio o pulgares se insertan dentro de la vagina hasta la segunda articulación interfalángica. Se presiona contra la pared posterior vaginal hacia el recto y hacia los lados, realizando movimientos cortos en forma de «U» (fig. 4).

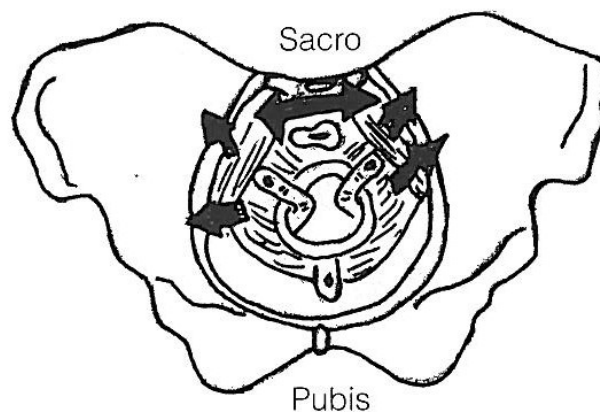


FIG. 4. Estiramientos llevados de forma progresiva a los extremos.

— El siguiente paso sería frotar la capa muscular del periné entre el pulgar y el índice, con un dedo dentro de la vagina y el otro fuera de ella, realizando pequeños estiramientos hacia fuera y con masajes sobre el músculo entre ambos dedos y trabajando las zonas de tensión y tirantez. El masaje debe concentrarse en la zona muscular, realizando ejercicios respiratorios para que la paciente aprenda a relajarse si la sensación es molesta e intensa.

— Después de varias sesiones, el tejido comienza a relajarse y a ser más elástico, y el fisioterapeuta y la paciente notan que los dedos progresan fácilmente, pudiendo realizar la presión más externamente. Estos estiramientos, llevados de forma progresiva a los extremos, producen quemor y escozor, que son las sensaciones que la mujer siente en el momento del alumbramiento. El quemor que se siente es señal de que el periné se está distendiendo y estirando. Mientras realizamos el masaje de estiramiento la mujer experimenta sensaciones muy parecidas a las sufridas en el parto, por lo que no serán sensaciones nuevas para ella, y sabrá relajarse y disminuir su tono muscular, que no se opondrá a ese estiramiento. Se le explicará a la paciente que estas sensaciones significan que el parto está llegando a su fin y que su bebé estará pronto fuera.

— En el estiramiento se mantiene la presión durante dos minutos hasta que la paciente sienta una sensación de entumecimiento.

— El masaje se realiza durante tres a cuatro minutos, se descansa un minuto y se repite el método dos veces más (alrededor de quince minutos).

— Se debe evitar la zona de la uretra.

— Se aconseja intercalar contracciones de la musculatura entre los masajes.

Evitar que el masaje sea vigoroso para no producir edema. Debe realizarse de forma suave.

Estos consejos pueden ayudar a la mujer a evitar los desgarros musculares y las episiotomías. Pero esto no quiere decir que, debido a otros motivos ajenos al tejido muscular, no se puedan producir desgarros musculares.

Desgraciadamente, por sistema, el profesional que asiste el parto realiza la episiotomía para acelerarlo, no dando tiempo a que la elasticidad del músculo pueda actuar, por lo que todo lo trabajado con el masaje no se puede poner en práctica.

Esperamos que todo lo comentado en este artículo ayude a los fisioterapeutas españoles que se dedican a la preparación al parto a mejorar su calidad asistencial. También animamos a otros fisioterapeutas a iniciarse en esta especialidad de la fisioterapia pelviperineal, suelo pélvico o perineoesfinteriana. Asimismo, pedimos a los profesionales que se dedican a esta especialidad que sometan este artículo a una crítica, para que nosotros podamos aprender de otras formas de trabajar y de otras experiencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Polden, M., y Mantle, J.: *Physiotherapy in obstetrics and gynaecology*. Oxford. Butterworth-Heinemann, 1997.
2. Schüssler, B.; Laycock, J.; Norton, P., y Stanton, S. (eds.): *Pelvic floor re-education. Principles and practice*. Londres. Springer, 1994.
3. Grosse, D., y Sengler, J.: *Rééducation périnéale*. París. Masson, 1998.
4. Bourcier, A.: *Le plancher pelvien. Explorations fonctionnelles et réadaptation*. París. Vigot, 1989.
5. Calais-Germain, B.: *El periné femenino y el parto. Elementos de anatomía y bases de ejercicios*. Barcelona. Los Libros de la Liebre de Marzo, 1998.

6. Neiger, H.: *Estiramientos analíticos manuales*. Madrid. Panamericana, 1998.
7. Didona, N. A.; Marks, M. G., y Kumm, R.: *Enfermería maternal*. México. McGraw-Hill Interamericana, 1997.
8. Rapariz, M., y Salinas, R.: *Tratado de reeducación uroginecoloproctológica*. Barcelona. Laboratorios LETI, S. A., 1997.
9. Vidart Aragan, J., y Jimeno García J. M.: *Ginecología*. Madrid. S. A. Ediciones, 1996.
10. Campbell Walsh, P.; Gittes, R.; Perimutter, A., y Stamey, T.: *Urología*, 5.^a ed. Buenos Aires. Panamericana, 1994.
11. González-Merlo, J.: *Ginecología*, 6.^a ed. Barcelona. Masson.