



Tienda eFisioterapia.net

<http://www.efisioterapia.net/tienda>

Compra en la web nº1 de Fisioterapia

Tens y electroestimuladores: electroestimulación al mejor precio, camillas de masaje, mecanoterapia, electroterapia, ultrasonidos... y mucho más. Visítanos en <http://www.efisioterapia.net/tienda>

EL PAPEL DEL FISIOTERAPEUTA EN EL EMBARAZO Y LA PREPARACIÓN AL PARTO

Maria Pilar Cambra Linés

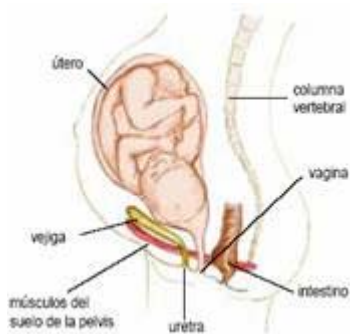
Diplomada en Fisioterapia por la Universidad de Zaragoza

Introducción

La fisioterapia pélvica se centra en la prevención y tratamiento de todos los tipos de trastornos de la región abdominal, pélvica y lumbar en mujeres, varones niños y ancianos. Se fundamenta en las intervenciones conservadoras, no quirúrgicas ni farmacológicas. Debido a su naturaleza no invasiva y discreta coloca al fisioterapeuta pela la cabeza de los diferentes profesionales sanitarios que valoran a los pacientes con problemas funcionales de salud de la vejiga y suelo pélvico, los recursos empleados se basan en el conocimiento y habilidades específicas que incluyen intervenciones como el diagnóstico fisioterapéutico, la educación e información de y a los pacientes, el entrenamiento de la musculatura del periné, el empleo de la estimulación eléctrica y biofeedback, entre otras.²³

La rehabilitación perineal resulta compleja ya que a diferencia de cualquier otro músculo la contracción del periné no es apreciable por la vista ya que se trata de un músculo interno.¹⁰

La posibilidad de combinar la fisioterapia con otros tratamientos, el bajo riesgo de efectos secundarios y los costes moderados a bajos son sus grandes ventajas, mientras que sus limitaciones importantes son que el éxito depende de la motivación y la perseverancia tanto del paciente como del profesional y el tiempo necesario para el tratamiento ²³ Las opciones de tratamiento fisioterapéutico y su eficacia pueden beneficiar a un gran número de mujeres con incontinencia.



Gran cantidad de estudios evidencian que el parto es el principal responsable de la disfunción del suelo pélvico como consecuencia de la hipersolicitación mecánica a que son sometidos los tejidos músculo-conjuntivos y nerviosos del suelo pélvico. Incluso cuando el parto es "normal" se producen sistemáticamente lesiones perineales y alteraciones de las estructuras de sostén de las vísceras pélvicas, muchas de las cuales a pesar de pasar desapercibidas se puede traducir en incontinencia urinaria y/o ano-rectal, estreñimiento terminal y prolapsos de diferentes órganos pélvicos.^{1,4} La cesárea programada disminuye el riesgo de incontinencia frente al parto vaginal pero el embarazo por sí mismo es considerado un factor de riesgo pues durante éste se producen una serie de cambios hormonales y mecánicos, posteriormente detallados, afectando a la musculatura perineal y estructuras de suspensión de órganos pélvicos.^{1,4} Por ejemplo, el incremento de peso que debe soportar en el útero durante la gestación junto con el efector relajador de las hormonas característico de esta etapa puede debilitar el suelo pélvico.^{10,17}

La problemática del embarazo y del parto como causante de la incontinencia urinaria es algo que deberá ser estudiado con mayor profundidad en un futuro.¹¹

Embarazo y cambios fisiológicos

Durante del embarazo se dan en el organismo una serie de modificaciones fisiológicas afectando a todos los sistemas corporales:

- **Hormonal 3,4, 6,7, 10:** La gonadotropina coriónica tiene como función que el ovario segregue estrógenos y progesterona hasta que la placenta se desarrolla lo suficiente para encargarse de esta función.

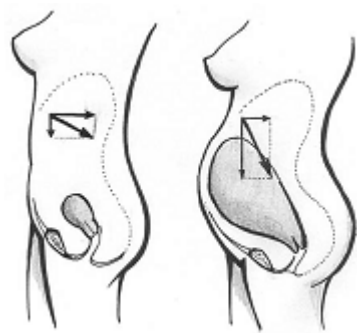
El incremento de progesterona conlleva una disminución del tono de la musculatura lisa y contribuye a la merma del tono muscular del periné. Esta hormona es la encargada de conservar el embarazo, prevenir el aborto espontáneo y desarrollar los lobulillos de las mamas como preparación a la lactancia.

El aumento de relaxina repercute en la laxitud del tejido conectivo disminuyendo su calidad tensora. Al afectar a ligamentos y fascias se produce la hiperlordosis lumbar (por relajamiento de los ligamentos vertebrales) y relajación/distensión de los músculos abdominales.

Los estrógenos estimulan el incremento del útero y fomentan el desarrollo de los conductos de las mamas como preparación de la lactancia.

- **Genitourinario 3,4,6,7:** Se produce un efecto relajante sobre la vejiga y la uretra así como una disminución de la presión uretral (consecuencia del aumento de progesterona).

El crecimiento del útero junto con el peso de las vísceras en bipedestación provoca una presión intrapélvica, favoreciendo la anteversión pélvica e hiperlordosis lumbar. Por otro lado como consecuencia de dicho crecimiento la uretra se elonga y el cuello vesical se desplaza.



Todas estas modificaciones se van produciendo a lo largo del embarazo son los responsables de polaquiuria y urgencia miccional al final del embarazo.

En el cuello uterino se produce un moco denso y muy adherente que se acumula y espesa para formar el tapón mucoso, sellando el conducto endocervical e impidiendo el paso de bacterias u otras sustancias hacia el útero.

En la vulva se produce un edema y aumenta la vascularización y pigmentación.

Las mamas aumentan su tamaño.

- **Digestivo 3, 4,6,7 :** Como consecuencia del crecimiento uterino los intestinos se desplazan lateralmente y hacia atrás y el estómago asciende pudiendo desencadenar acidez de estómago y digestiones lentas. Por otro lado el vaciamiento gástrico se retrasa y suele aparecer estreñimiento (como consecuencia de la ingesta habitual de hierro que tiene efecto astringente y del aumento de los niveles plasmáticos de progesterona, que contribuye a reducir la actividad peristáltica por disminución de la musculatura lisa) que unido a los esfuerzos defecatorios, incrementan la distensión del suelo pélvico y ligamentos viscerales e incluso la aparición de hemorroides.

Se produce un aumento de la saliva con pH ácido lo que puede producir aparición de caries

- **Cardiovascular 7:** Se observa un incremento del volumen y plasma sanguíneo, gasto y frecuencia cardíaca y volumen de eyección. Por otro lado la presión arterial disminuye.
- **Respiratorio 3,6,7:** Se produce un incremento del consumo de oxígeno y empeoramiento de la ventilación provocando una disnea ante el esfuerzo.

Progresiva elevación del diafragma debido al crecimiento uterino y horizontalización de las costillas variando el patrón respiratorio de ser abdominal pasa a ser torácica.

- **Osteoarticular 3,6,7:** Aparece laxitud ligamentosa y disminución de la resistencia del cartílago (ambas consecuencia de la modificación hormonal) dando lugar a aumento de la lordosis lumbar y cifosis dorsal, anteversión pélvica, horizontalización del sacro y costillas y descenso del centro de gravedad

- **Muscular 3,6:** Se origina una disminución del tono muscular, activación del crecimiento muscular, cambio de la biomecánica pues se altera la organización habitual del aparato locomotor afectando principalmente a los abdominales, periné distendiéndose y a los isquiotibiales retrayéndose.

Las alteraciones musculares y posturales provocan fatiga que puede desencadenar "contractura refleja" y por consiguiente dolor.

- **Circulatorio 3,6:** Se incrementa el volumen sanguíneo por aumento de plasma.

Aumenta el gasto cardíaco consecuencia de lo anterior y unido a la necesidad de surtir de sangre a la placenta

Aparece compromiso venoso a nivel de la cava inferior por a presión del útero sobre ella, repercutiendo a nivel de miembros inferiores dando lugar a un acúmulo de líquido intersticial y aparición de edemas, varices, hemorroides...

- **Piel 3,6,7:** Aumento de la pigmentación de la areola, el pezón, en los pómulos (cloasmas) y línea alba que se extiende desde el vello púbico hasta el ombligo.

Las glándulas sudoríparas y sebáceas aumentan su secreción

Puede aparecer crecimiento o pérdida de pelo, picor local o generalizado y alteraciones ungueales.

Por lo general estas modificaciones regresan a su estado anterior al embarazo, salvo alguna excepción a nivel de la pelvis y tracto urinario inferior donde lo normal es que no regresen por completo 4

Por todo ello durante el embarazo se debe preparar el tejido perineal de cara a soportar el parto vaginal sin desgarros y prevenir la aparición de disfunciones del periné. 4,9 A continuación se expone una propuesta de curso parto

Fisioterapia en el parto 2, 3, 4, 6, 7,9, 10 15,18, 19, 20, 21

Una mujer embarazada sufre una serie de cambios físicos, orgánicos y mentales. Durante nueve meses la futura madre pasará por momentos de alegría, de miedo, de dudas y por un afán de búsqueda de información.

Durante esta época es importante que reciba un curso de preparación al parto, con el fin de obtener la información teórico-práctica necesaria para mejorar el estado físico, prevenir las molestias asociadas al embarazo, romper el círculo de "miedo-tensión-dolor" y prepararse para el parto.

No hay que olvidar que para el padre también es algo nuevo y desconocido. Es necesario favorecer la responsabilidad y participación de éste, enseñarle a ser útil; el padre es un apoyo físico y emocional para la madre.

Ventajas

Una mujer entrenada es más activa y participativa en el parto y por regla genera, reduce el esfuerzo y tiempo de parto, además de agilizar su recuperación física.

Con el curso se intenta conseguir:

- _ Reconocer síntomas que indiquen el inicio del parto. Signos de alarma y obtener medidas útiles para el momento del parto.
- _ Capacidad de realizar ejercicios de relajación, concentración y trabajo.
- _ Tener un control efectivo de los músculos en el trabajo del parto
- _ Automatización entre contracción y respiración
- _ Fortalecer los músculos que más se van a intervenir durante el parto
- _ Adquirir un control respiratorio
- _ Disminuir las dolencias y problemas circulatorios
- _ Prevenir posibles incontinencias urinarias y disfunciones del suelo pélvico

¿Cuándo empezar?

No existe un periodo en concreto y siempre que no exista ninguna contraindicación, la preparación puede iniciarse a partir del 2º trimestre. No obstante, hay tiempo suficiente para aprender muchas cosas durante el 7º al 8º mes de gestación.

Signos de alarma en el embarazo

- Sangrado vaginal.
- Dolor abdominal severo.
- Severos dolores de cabeza (pueden ser producidos por una HTA).
- Náuseas y vómitos persistentes.
- Aumento de la temperatura corporal.
- Pocos movimientos fetales o ausencia de ellos (al final del embarazo los movimientos fetales disminuyen ya que el bebé estará más encajado en la pelvis).
- Contracciones "reales" antes de las 37 semanas.

¿En que consiste?

- Información Teórica
- Anatomía de la pelvis y órganos genitales.
- Conocimiento perineal.
- Información sobre el embarazo: Se informa sobre los cambios fisiológicos y las molestias más frecuentes y se dan consejos afines para saber como actuar ante ellos (estreñimiento, calambres...)
- Hábitos alimenticios.
- Información sobre el parto (enema, etc...).
- Hospitalización.
- La pareja (a nivel sexual, en el parto, etc...)
- La lactancia (biberón vs glándula mamaria), el bebé.
- Desconsuelo postparto.
- Preparación Práctica: Se explica más detalladamente a continuación.
- Actividad física.
- Ejercicios de tonificación: Se insistirá en el trabajo de los pectorales
- Ejercicios pélvico-perineales: Un periné bien tonificado puede repararse con mayor rapidez después del parto, ayudar a evitar la episiotomía e incluso llevar a una mayor satisfacción sexual.⁷
- Ejercicios circulatorios: Para mejorar la circulación de miembros inferiores
- Estiramientos Suaves: Deben realizarse con precaución y sin excederse por la laxitud existente durante el embarazo.
- Ejercicios respiratorios y entrenamiento de la expulsión: Para relajarse en las contracciones,

- disminuir el dolor y mejorar el trabajo del parto
- Desbloqueo /Liberación de la pelvis.
- Relajación

Trabajo corporal en el parto 3,6,7

Normas generales

- Es importante mantener una postura correcta, para ello se requiere tener una conciencia corporal e integrar en la vida cotidiana unos hábitos posturales correctos.
- Vigilar la corrección de la postura en los movimientos (al caminar, coger objetos, cambios de postura)
- Efectuar estiramientos (sin llegar al punto de máxima resistencia) a lo largo del día, ayudará a relajar la musculatura y reducir la tensión.
- El objetivo del ejercicio físico en el aspecto de la preparación al parto es reforzar determinados grupos musculares necesarios para las variaciones del cuerpo durante el embarazo, el trabajo del parto y la recuperación posterior.

Normas sobre los ejercicios

- Se pueden empezar a realizar desde el inicio del embarazo si no hay ninguna contraindicación. Se ha de consultar con el médico para saber si hay alguna contraindicación para hacerlos, sobretodo si se quiere empezar al principio del embarazo, los ejercicios se han de suspender delante de cualquier pequeña pérdida o ante cualquier signo de alarma
- Los ejercicios se pueden practicar a cualquier hora del día. Una sesión puede durar 1 hora
- La embarazada debe utilizar ropa cómoda. El espacio ha de ser cálido.
- Se puede empezar la sesión efectuando unas respiraciones profundas.
- No se debe nunca forzar el cuerpo.

Directrices de American College of Obstetrician and Gynecologists

1. El ejercicio regular es preferible a la actividad intermitente. Se han de desaconsejar las actividades competitivas
2. El ejercicio intenso no se ha de realizar durante un periodo de enfermedad febril.
3. Se han de evitar los movimientos bruscos, saltos, etc. El ejercicio se ha de efectuar sobre un suelo de madera o superficie protegida para reducir los impactos y tener una marcha segura.
4. La flexión y la extensión amplia de las articulaciones se han de evitar a causa de la laxitud de los tejidos conjuntivos. Las actividades que requieren saltos, movimientos rápidos o cambios bruscos de dirección se han de evitar por la inestabilidad articular,
5. Los ejercicios intensos han de estar precedidos por un periodo de 5 minutos de calentamiento muscular.
6. Los ejercicios intensos tienen que ir seguidos de un periodo gradualmente decreciendo y que incluyan estiramientos estáticos suaves. A causa de la laxitud del tejido conjuntivo aumenta el riesgo de la lesión articular, los estiramientos no se deben hacer en punto de máxima resistencia.
7. La frecuencia cardiaca se ha de medir en los momentos de máxima actividad. Los límites de frecuencia cardiaca establecida en la consulta con el médico no han de sobrepasarse.
8. Se ha de ir con cautela al levantarse del suelo y hacerlo poco a poco para evitar la hipotensión

ortostática (mareos)

9. Es conveniente tomar líquidos abundantes antes y después del ejercicio para evitar la deshidratación

Propuesta de curso preparto (parte práctica)

1-. ACTIVIDAD FÍSICA 6,18

Durante el embarazo conviene llevar una **vida activa** y hacer ejercicio sin cansarse demasiado. **Andar y nadar** son actividades recomendables, mientras que otros deportes como la equitación, el ciclismo, el esquí o cualquier otro que suponga un riesgo y que pueda provocar caídas, deben tratar de evitarse.

2-. EJERCICIOS DE TONIFICACION 2,3,6,7,12,14,18

- Postura de "moro" con la espalda recta y los brazos en cruz, se describen círculos con los brazos a la vez. Inspirar en el primer círculo y espirar en el segundo.



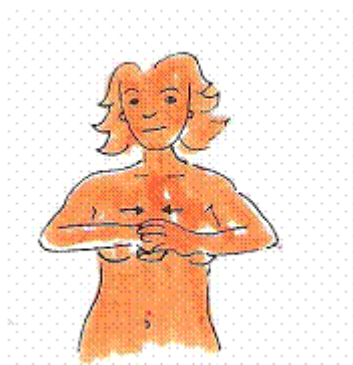
- Sentada con las piernas entrecruzadas y manos enlazadas en la espalda. Se estiran los brazos hacia abajo contando hasta 6. Se espira relajando y contando hasta 3.



- Partiendo de flexión de hombros de 90°, cogemos el brazo con la mano opuesta) y acercar la piel de los antebrazos hacia los codos con un movimiento seco. Realizar el ejercicio con ambos brazos.



- Brazos elevados a 90°, con los codos flexionados. Con una mano cerrada presionar con un movimiento seco sobre la palma de la mano.



- Postura de moro y la espalda recta. Se relajan los hombros subiendo y bajándolos, primero los dos a la vez y después alternativamente. Luego se describen círculos con los hombros, primero hacia delante, después hacia atrás (con uno y con los dos hombros)



- Partiendo de la posición del dibujo levantaremos las rodillas manteniendo los tobillos cruzados. Las manos se colocaran a nivel de las rodillas y resistirán el movimiento de empuje de éstas hacia abajo (manteniendo durante unos 10 segundos). Espirar mientras se mantiene.



- En bipedestación con los hombros y cabeza bien apoyados contra la pared, se cruzan las piernas y se colocan las manos en las caderas. El ejercicio consiste en presionar las piernas la una contra la otra ala vez se que avanza la pelvis en sentido contrario sin separar los hombros de la pared.



3-. EJERCICIOS PÉLVICO-PERINEALES 2,3,5,6,7,10,13,14,18,21,22

En primer lugar la mujer debe conocer los músculos que se quieren entrenar. Después debe introducir un dedo en la vagina o en el ano e intentar contraer la musculatura, para ello podemos decirle que imagine que está orinando y desea cortar chorro (hay que insistir en que no se debe realizar este ejercicio durante la micción) o bien que quiere evitar el escape un "gas" por el ano. Este ejercicio sirve fundamentalmente para la toma de conciencia de que el ejercicio se ha realizado bien o mal, aprender a contraer los músculos que nos interesan y relajar los que no nos interesan. Si la mujer no es capaz de contraer el suelo pélvico el uso del biofeedback puede resultar útil.

Si tras realizar los ejercicios se observa cierta fatiga con dolor en la espalda o en músculos abdominales, o irritabilidad nerviosa, es un signo de que se ha apretado con los abdominales, la espalda, los muslos o los glúteos. La solución es bien sencilla, hay que tratar de relajarse y contraer solamente los músculos del suelo pélvico.

Una vez aprendida la contracción del suelo pélvico se puede programar series de contracciones mantenidas durante unos segundos.

- o *Ejercicios de Kegel*

El lento

Apretar los músculos como si se intentaste detener la orina, tirándolos hacia arriba. Contraerlos y mantenerlos así de 5 a 10 segundos mientras se respira suavemente. Relajar músculos durante 5 segundos más. Repetir la serie 10 veces. Intentar aumentar progresivamente el tiempo de contracción y relajación hasta llegar a los 20 segundos. Cuanto más tiempo se aguanta la contracción de los músculos, más fuertes se harán.

El rápido

Apretar y relajar los músculos tan rápidamente como se pueda durante 2 ó 3 minutos. Empezar con 10 repeticiones cuatro veces al día hasta alcanzar las 50 repeticiones diarias.

Al principio es normal notar que los músculos no quieren mantenerse contraídos así como notar cansancio al realizarlo.

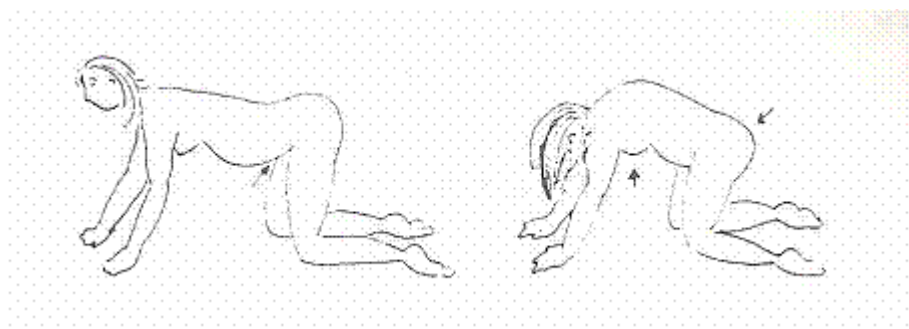
El ascensor

Este ejercicio requiere cierta concentración, pero sus resultados son muy buenos. La vagina es un tubo muscular con secciones en forma de anillo dispuestas una sobre otra. Hay que imaginar que cada sección es una planta diferente de un edificio, y que subes y bajas un ascensor tensionando cada sección. Hay que empezar subiendo el ascensor suavemente hasta la primera planta. Aguantar durante un segundo, y subir hasta la segunda planta. Seguir subiendo tantas plantas como se pueda (normalmente no más de cinco). Para bajar, aguantar también un segundo en cada planta. Cuando se llegue abajo, intentar ir al sótano, empujando los músculos pélvicos hacia abajo durante unos segundos (como si se estuviera de parto).

Finalmente, intentar relajar por completo la musculatura durante unos segundos. Sobre todo, es importante no olvidar respirar pausadamente y no realizar el ejercicio con ayuda de los músculos abdominales.

o *Trabajo del periné en diversas posturas*

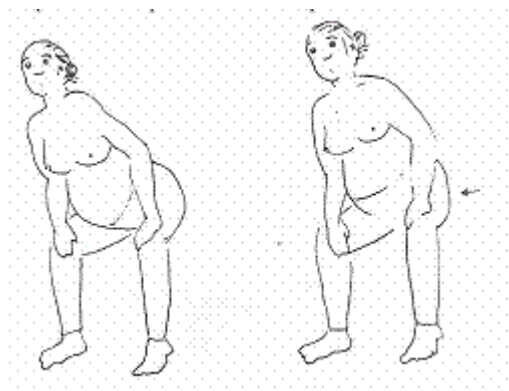
- Postura de gato. Espirar elevando el suelo pélvico manteniendo la espalda redonda. Inspirar relajando la musculatura pelviana y abdominal.



- Postura de moro con la espalda recta. El ejercicio consiste en presionar con el dorso de las dos manos contra la parte interna de las rodillas. Estos harán una resistencia a este movimiento. Cuando se note tensión se empezará a levantar lentamente el suelo pélvico inspirando poco a poco. Espirando se han de volver a relajar conscientemente todos los músculos.



- En bipedestación con las piernas separadas y las rodillas ligeramente flexionadas, inclinar el tronco hacia delante apoyando las manos a las rodillas. En esta postura intentar elevar el suelo pélvico por etapas. Levantar la pelvis haciendo un ligero movimiento circular y espirando. Después relajar inspirando y basculando la pelvis hacia atrás.

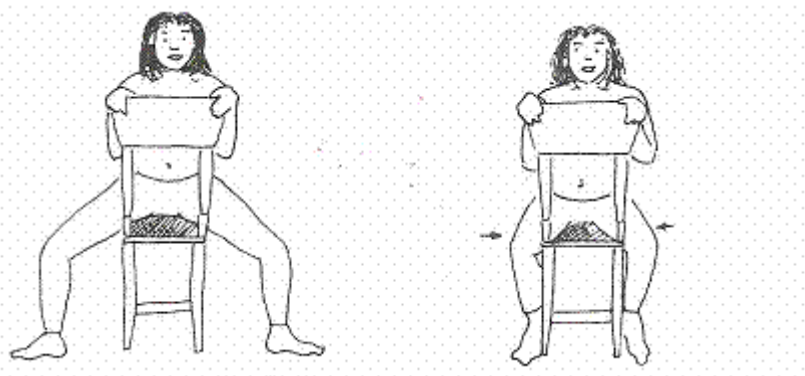


- Se parte de una posición agachada, con las piernas separadas y apoyando toda la planta del pie. Si es posible se mantendrá la espalda recta. El ejercicio consiste en apretar las manos una contra la otra y presionar; se intentará mantener esta postura sola o con ayuda de otra persona. Cuando se mantenga esta postura se desplazará la espalda hacia delante apoyando las manos en el suelo y las puntas de los pies. En esta postura se tensarán los músculos del suelo pélvico hacia arriba haciendo

presión con las rodillas a los brazos que opondrán resistencia. Mantener y relajar.

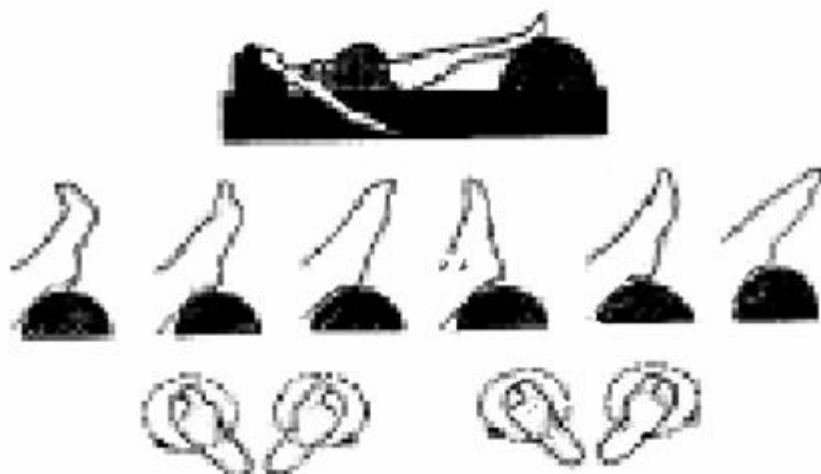


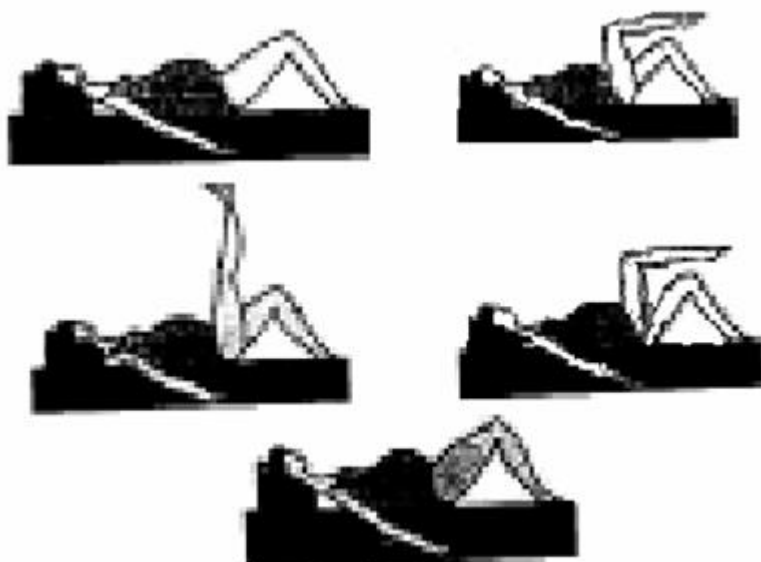
- Sentada en una silla con las piernas abiertas y cogiendo el respaldo con las manos. Presionar las piernas contra las patas de la silla levantando el suelo pélvico por etapas a la vez que espira. En la inspiración relajar la pelvis y las piernas.



4-. EJERCICIOS CIRCULATORIOS 2,3,6,7,12,14

Consiste en la realización de movimientos de tobillos, y piernas. También se puede realizar un masaje de la bóveda plantar con la ayuda de una pelota de tenis (consiste en colocarla en la planta del pie y hacerla rodar bajo ésta)

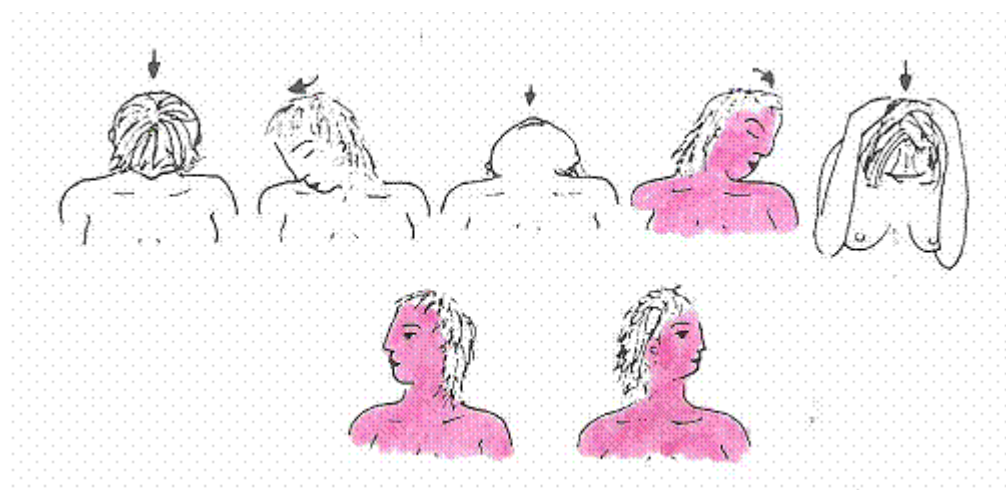




5-. ESTIRAMIENTOS 2,3,6,7, 8, 12,16,18,21

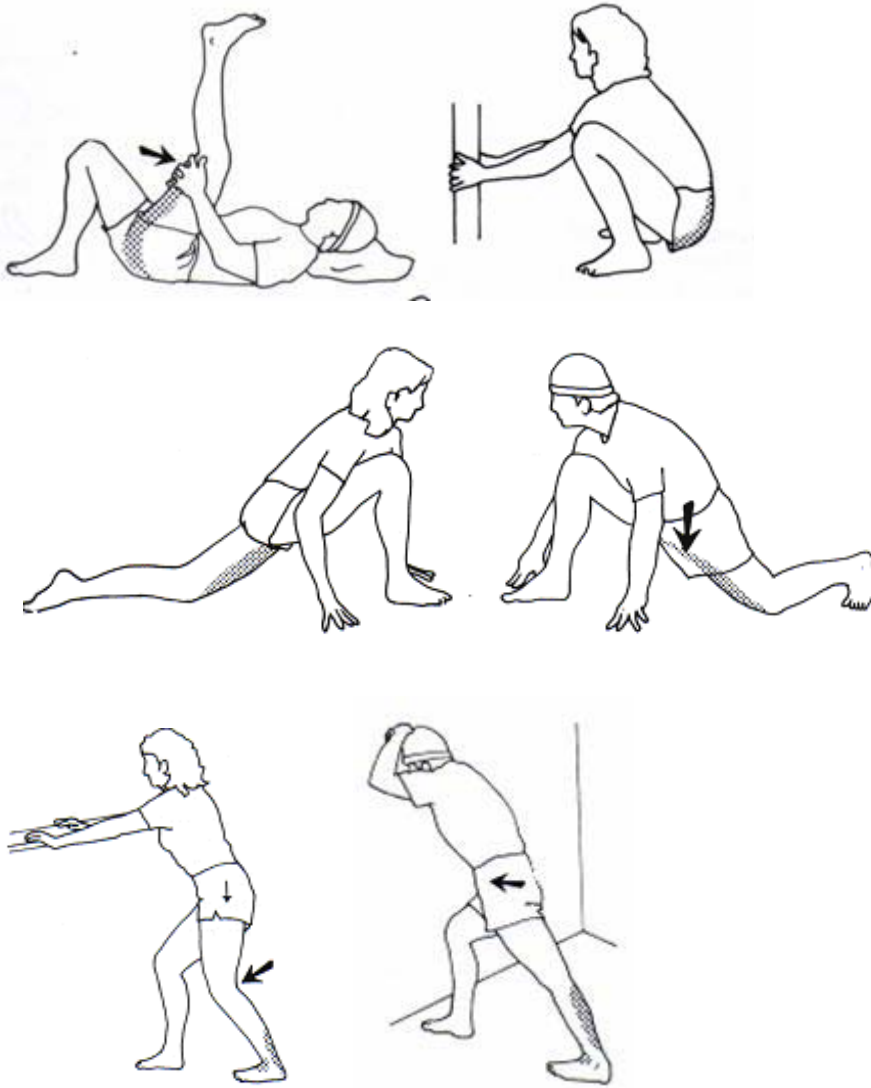
Van encaminados a la lucha contra la posición que se va adaptando en el embarazo: apertura de miembros inferiores y cierre de los superiores 6 y a dar elasticidad al tejido conjuntivo4

- *Estiramiento cuello:*
 - Sentarse en postura de "moro" o de rodillas y la espalda recta. La cabeza se dejará colgando hacia delante con la nuca, los hombros y la cara relajados.
 - Hacer un círculo completo hacia un lado y después hacia el otro.
 - Colocar las manos unidas sobre la nuca y dejar que los músculos del cuello se vayan estirando por el peso de la cabeza y las manos .Mantener unos segundos, luego bajar las manos y levantar la cabeza lentamente.
 - Con las espaldas relajadas girar la cabeza lentamente. Con los hombros relajados girar la cabeza hacia un lado y hacia el otro.

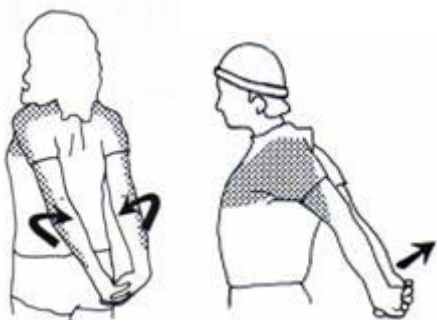


- *Estiramiento MMII:*

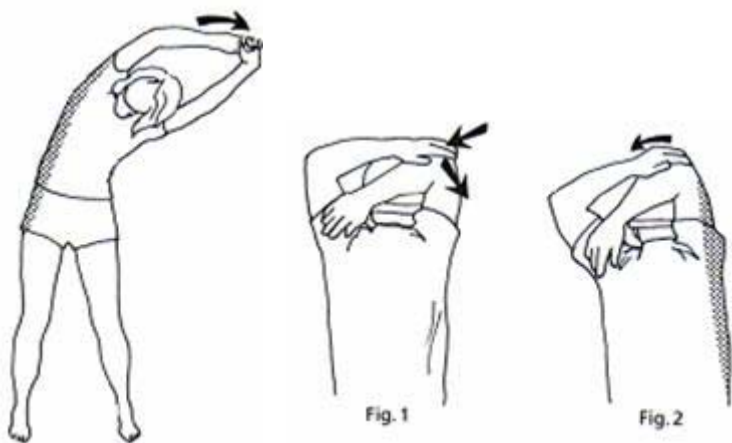
Sobretudo zona glútea, isquiotibiales, cuádriceps, gemelos y sóleo.



- *Estiramientos de MMSS (principalmente pectorales)*

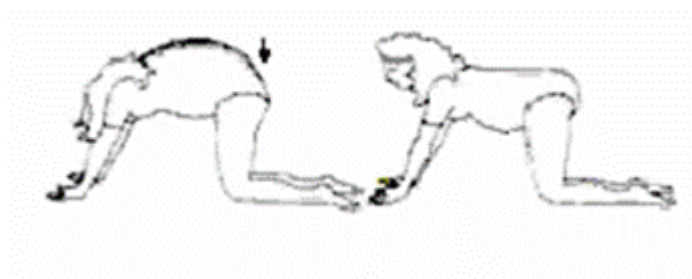


- *Estiramientos de tronco:*

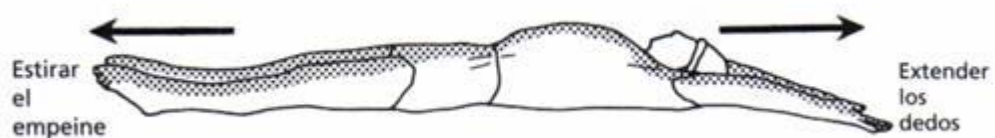


- *Estiramientos globales:*

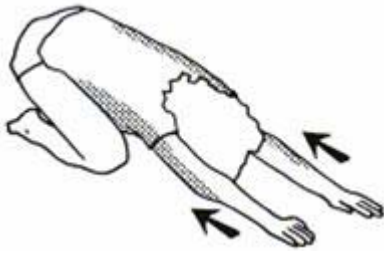
- o Estiramiento del gato: Dirigido a paliar los dolores de espalda e incrementar la flexibilidad



- o Estiramiento de todo el cuerpo: Para estirar la cadena anterior los tobillos deben estar en flexión plantar y para el estiramiento de la cadena posterior en flexión dorsal



- o Postura del buda: Enfocada al estiramiento de la parte superior de la espalda, brazos, muñecas y zona lumbar.



6-. EJERCICIOS RESPIRATORIOS Y ENTRENAMIENTO DEL PUJO 2,3,6,12, 14,15,18,19

El parto en sí puede ser lesivo pero debemos tener en cuenta que fisiológicamente la mujer está preparada para soportar un parto vaginal. Gran parte de las lesiones se producen de forma iatrogénica y se podrían minimizar si durante el mismo se respetase la fisiología del parto, de ahí la importancia de la postura adoptada y del tipo de pujo.⁴

En primer lugar se debe explicar el mecanismo de la respiración, el papel que juega el diafragma y las diferentes tipos de respiración. Con el entrenamiento adecuado se consigue aumentar el aire circulante, la capacidad respiratoria y la oxigenación fetal así como disminuir la sensación dolorosa por la inmovilización del diafragma durante la contracción, la acidificación de la sangre al aumentar el CO₂, entre otras.³

Las técnicas respiratorias que se enseñaran son:

- Respiraciones básicas: Torácica, abdominal y mixta.
- Respiración sincrónica o profunda: Se realiza colocando las manos sobre el abdomen. Se toma aire lentamente por la nariz abombando la barriga poco a poco y, sin parar se saca el aire por la boca muy lentamente deshinchando la barriga. Se realizan entre 8-12.

Es una respiración natural, libre, relajante que estimula la energía vital y proporciona una buena oxigenación al niño, infunde tranquilidad y ayuda a controlar las sensaciones del cuerpo.

- Respiración "en vela": Se coge aire lentamente por la nariz y se saca por la boca, manteniendo los labios fruncidos, como si se quisiera apagar una vela.

Respiración " del soplido":

Rápida. Se emplea ante contracciones de un minuto o más. Se caracteriza porque cuando comienza a descender la contracción se inspira por la nariz y se espira por la boca rápida y entrecortadamente, con los mofletes hinchados.

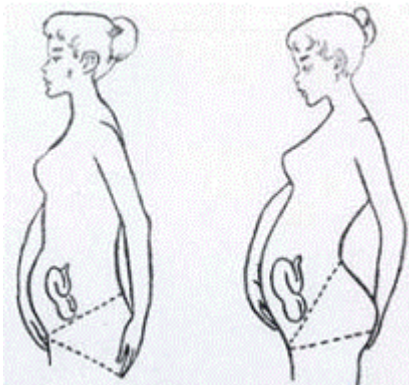
- Lenta: Se utiliza cuando la mujer tiene ganas de empujar pero no debe. Se diferencia de la anterior en que cuando la mujer quiere empujar debe inspirar rápidamente por la nariz y espirar muy lentamente por la boca.
- Respiración jadeante : Es una respiración anárquica y sin ritmo. Consiste en inspirar y espirar por la boca entrecortadamente y con sonido. Es la última respiración a utilizar.
- Ejercicio del pujo: La expulsión no necesita una técnica de respiración, sino más bien la posibilidad de contener la respiración (inspiración profunda seguida de bloqueo de la respiración) y ponerse en la mejor postura para pujar. Es importante que entre pujo y pujo se descanse se recomiendan respiraciones lentas para restaurar el oxígeno y conservar energías.

A partir del 8º mes de gestación las embarazadas irán entrenando el pujo dirigido, pero sin pujar.

7.- DESBLOQUEO Y LIBERACIÓN DE LA PELVIS 2, 3,6,12,14

Previo a realizar los ejercicios es importante que la mujer conozca los movimientos de anteversión y retroversión, para diferenciarlos se colocará de pie, con los pies juntos y el cuerpo erguido apoyando una mano sobre el bajo vientre y la otra sobre las nalgas. Con la mano de delante, se empuja la pelvis hacia

arriba, mientras que lo con la mano de detrás la empuja hacia abajo. Luego, volver a la posición de comienzo.



Los ejercicios de desbloqueo pélvico consisten en:

- Anteversión y retroversión pélvica
- Inclinações de pelvis elevando el talón del suelo(2 veces)
- Anteversión y retroversión pélvica
- Inclinações de pelvis elevando el talón del suelo(2 veces)
- Anteversión y retroversión pélvica
- Círculos con la pelvis hacia ambos lados
- Inclinações de pelvis elevando el talón del suelo(2 veces)
- Dibujar un 8 (a ambos sentidos)
- Ondulaciones con el torso

8-. RELAJACIÓN 2,3,6, 7,14

La embarazada debe entender que es importante aprender a relajarse y practicarla de forma constante para que cuando se encuentre en el momento del parto pueda controlar sus emociones y colaborar eficazmente. Además también aporta una serie de beneficios durante el embarazo como mejorar y aceptar el esquema corporal, combatir el insomnio y la fatiga o reducir el miedo/temor acerca del parto.

Se puede enseñar cualquier técnica de relajación: Jacobson, Schultz, sofrología, por colores, técnica T. Carnwath y D.Miller y técnica de McCubbin, entre otras. La relajación de Jacobson, en la que se contraen varias partes del cuerpo y luego se aflojan unida a las técnicas de respiración profunda puede presentarse como un modo para el alcance la relajación corporal. 6,7

Bibliografía

1. Martínez Bustelo S., Ferri Morales A, Patiño Núñez S., Viñas Diz S., Martínez Rodríguez A. Entrevista clínica y valoración funcional del suelo pélvico. *Fisioterapia* 2204; 26(5):266-80
2. Xhardez, Y. *Vademécum de Kinesioterapia y de reeducación funcional*. Barcelona. El Ateneo, 2002. 4ª edición.
3. Arcas M. A, Morales J.M., Gálvez D.M., León J.C., Paniagua S.L., Pellicer M. *Manual de Fisioterapia, módulo III*. Sevilla. Editorial MAD, Noviembre 2004. 1ª edición.
4. Ferri A., Amostegui J.M. Prevención de la disfunción del suelo pélvico de origen obstétrico. *Fisioterapia* 2004; 26(5): 249-65
5. Vila Coll M.A., Gallardo Guerra M.J. Incontinencia urinaria, una visión desde la Atención Primaria. *Semergen* 2005; 31(6):270-83
6. Postgrado de Fisioterapia Obstétrica y reeducación de suelo pélvico. Universidad Internacional de Cataluña. Octubre 2005- Junio 2006
7. Stephenson R.G, O´Connor L.J. *Fisioterapia en obstetricia y ginecología*. Madrid. Editorial McGraw Hill-

Interamericana. 2ª edición.

8. Anderson B. Estirándose. Barcelona. Editorial RBA Integral, Febrero 2004. 5ª edición.

9. Martínez Rodríguez A., Martínez Bustelo S. El programa de Educación Maternal en el Sistema Público de Salud de Galicia. Rev Iberoam Fisioter Kinesol 2007; 10(1):5-11

10. Moreno Sierra J., Redondo González E., Bocardo Fajardo G., Silmi Moyano A., Resel Estévez L. Recuperación y reeducación perineal. Clínicas Urológicas de la Complutense, 8, 425-441, Servicio de publicaciones. UCM. Madrid 2000

11. I congreso Nacional sobre disfunciones del suelo pelviano en al mujer. Grupo de estudio del suelo pelviano en la mujer. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)

12. Figuera K. Programa de ejercicios: Parto psicoprofiláctico. <http://www.efisioterapia.net>. Enero 2007

13. Ejercicios de Kegel

14. Fisioterapia postparto

15. Asociación de Fisioterapeutas Españoles del Suelo Pélvico (AFESP)

16. <http://www.espalda.org>

17. <http://kidney.niddk.gov>

18. <http://www.elbebe.com>

19. <http://mundopadres.estilismo.com>

20. <http://www.hospiten.es>

21. <http://babysitio.com>

22. Ortega Ramos, J. Reeducción de la incontinencia urinaria. <http://www.efisioterapia.net>.

23. Berghmans. El papel del fisioterapeuta pélvico. Actas Urol Esp 2006; 30 (2): 110-122



[Tienda eFisioterapia.net](http://www.efisioterapia.net)
<http://www.efisioterapia.net/tienda>
[Compra en la web nº1 de Fisioterapia](http://www.efisioterapia.net/tienda)

Tens y electroestimuladores: electroestimulación al mejor precio, camillas de masaje, mecanoterapia, electroterapia, ultrasonidos... y mucho más. Visítanos en <http://www.efisioterapia.net/tienda>

© <http://www.efisioterapia.net> - portal de fisioterapia y rehabilitacion