

## Actuación del fisioterapeuta en el tratamiento integral de la embarazada

### *Starring the physiotherapist in the comprehensive health of pregnant*

**Autores:** Patricia Guzmán Carrasco (1), Ana María Díaz López (1), Daniel Gómez López (1), Raquel Guzmán Carrasco (2), Ángela Guzmán Carrasco (3).

**Dirección de contacto:** pguzman@sescam.jccm.es

**Cómo citar este artículo:** Guzmán Carrasco P, Díaz López AM, Gómez López D, Guzmán Carrasco R, Guzmán Carrasco A. Actuación del fisioterapeuta en el tratamiento integral de la embarazada. NURE Inv [Internet]. 2013 mar-abr [citado día mes año]; 10(63):[aprox. 8 p.]. Disponible en: [http://www.fuden.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/NURE63\\_protocolo\\_fisioembarazo.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/NURE63_protocolo_fisioembarazo.pdf)

**Fecha recepción:** 20/09/2012

**Aceptado para su publicación:** 08/10/2012

#### Resumen

Cada vez es más frecuente la demanda de solución por parte de la mujer embarazada de problemas como la incontinencia urinaria o los dolores musculoesqueléticos que sufre durante este periodo, donde debe seguir con su vida laboral el máximo tiempo posible, por lo que reclama una calidad asistencial que a menudo no encuentra.

Por esto, pensar en la actualidad que el papel de la fisioterapia ante la mujer embarazada es preparar mediante el aprendizaje de unos ejercicios el momento del parto, es limitar la intervención del fisioterapeuta como miembro integrante de un equipo multidisciplinar que puede realizar una labor tanto asistencial como preventiva y educativa en un programa de atención integral de salud para la mujer. Esta etapa es tan vital que necesita una adaptación progresiva y constante a los cambios fisiológicos y anatómicos durante todo el embarazo.

El objetivo de este protocolo es facilitar la actuación del fisioterapeuta para prevenir y tratar los problemas tanto musculoesqueléticos como de incontinencia, que pueden presentarse en el periodo gestacional y ocasionar graves trastornos incluso de forma permanente a la futura madre.

Siguiendo estas normas, se contribuye a la concienciación de la mujer de adoptar prácticas y posturas seguras para prevenir el dolor lumbar y pélvico, el aprendizaje de ejercicios para aliviar estos dolores si aparecen, fortalecer el suelo pélvico para evitar la incontinencia urinaria, adoptar medidas terapéuticas y posturales ante la aparición del síndrome del túnel carpiano y otros problemas como calambres, problemas vasculares e inestabilidad articular.

#### Palabras clave

Mujer embarazada, fisioterapia, dolor musculoesquelético, trastornos del suelo pélvico, incontinencia urinaria.

#### Abstract

Increasingly frequent settlement demand by pregnant women as urinary incontinence problems or musculoskeletal pain suffered during this period, which they should continue with their work life as long as possible, so that calls for quality of care often is not.

Therefore, to think today, that the role of physiotherapy before the pregnant woman is prepared by learning some exercises at partum, is to limit the intervention of the therapist as an integral member of a multidisciplinary team that can do a job well as preventive care and education in a program of comprehensive health care for women. In this vital stage where they need a progressive and constant adaptation to physiological and anatomical changes throughout pregnancy.

The purpose of this protocol is to facilitate the performance of the physiotherapist to prevent and treat musculoskeletal problems like incontinence both, which may occur in the gestational period and cause serious disorders permanently even at the mother.

Following these rules will contribute to raising awareness of women to adopt safe practices and postures to prevent back and pelvic pain, learning exercises to relieve these pains if they occur, strengthen the pelvic floor to prevent urinary incontinence and therapeutic measures posture at the onset of carpal tunnel syndrome and other problems such as cramps, vascular and joint instability.

#### Key words

Pregnant woman, physical therapy specialty, musculoskeletal pain, pelvic floor disorders, urinary incontinence.

**Centro de Trabajo:** (1) Fisioterapeuta. Hospital Ntra. Sra. Del Prado. (2) Enfermera. Hospital Universitario 12 de Octubre. (3) Enfermera. Hospital del Tajo.

## INTRODUCCIÓN

Se estima que casi todas las mujeres experimentan dolor muscular durante el embarazo y al menos el 25% tiene síntomas en gran medida incapacitantes (1).

Alrededor del 45% de las mujeres embarazadas presentan dolor lumbar y casi el 20% dolor pélvico en el embarazo y alrededor de un 25% en el postparto (2). Generalmente, el dolor aumenta conforme avanza la gestación e interfiere con las actividades cotidianas (limpiar, sentarse y caminar), impide la asistencia al trabajo y perturba el sueño (3). También sufren dolor en la zona cervico-dorsal y hombros debido al crecimiento de los senos, que provoca variaciones en la tensión de los músculos pectorales y dorsales (4).

El síndrome del túnel carpiano es la compresión más común durante el embarazo, con una prevalencia del 20 al 40% (5,6), generalmente al final del tercer trimestre asociado a un edema generalizado.

El embarazo y parto son factores etiopatogénicos de la incontinencia urinaria de esfuerzo (7), seguida de la incontinencia de urgencia, de las disfunciones anorrectales y de los problemas de estabilidad pélvica (4). El 30-40% de las mujeres (hasta el 85% en el caso de primíparas) presenta incontinencia urinaria durante el embarazo y el 20% en el postparto (8).

Para encontrar soluciones, previamente se hizo un estudio sobre los factores etiológicos relacionados con los cambios fisiológicos, anatómicos y mecánicos que suceden en el embarazo en las distintas patologías a tratar (**Anexo 1**).

Se procedió a una extensa búsqueda y revisión bibliográfica usando como descriptores: complicaciones musculoesqueléticas y embarazo o incontinencia y embarazo. Se hicieron búsquedas en el registro de ensayos del Grupo Cochrane de Embarazo y Parto (Cochrane Pregnancy and Childbirth Group trials register), Cuiden, Cinahl, PEDRo MEDLINE, EMBASE, a partir de Mayo de 2011.

Finalmente, se incluyen los planes de cuidados que representan una aproximación a los posibles diagnósticos enfermeros estandarizados (9,10,11) que puede manifestarse en una mujer en cualquier etapa de su embarazo parto o postparto (**Anexo 2**).

## OBJETIVOS

El **objetivo general** de este protocolo es facilitar y justificar la necesidad de seguimiento por parte del fisioterapeuta, dentro del equipo multidisciplinar,

con el fin de prevenir y de tratar si es necesario, las alteraciones y complicaciones de la mujer durante el periodo de gestación, parto y postparto.

## Objetivos específicos

- Concienciar a la mujer de la necesidad de adoptar prácticas y posturas seguras para la prevención del dolor lumbar y pélvico, así como el aprendizaje y realización de una serie de ejercicios para aliviar estos dolores en el caso de su presencia.
- Minimizar los factores de riesgo que contribuyen a la aparición de la incontinencia urinaria y/o anal tanto preparto como postparto, fortaleciendo el suelo pélvico y periné.
- Enseñar medidas terapéuticas y posturales ante la aparición del síndrome del túnel carpiano.
- Tomar medidas preventivas ante problemas menos frecuentes como calambres, problemas vasculares e inestabilidad articular debida al aumento de la hormona relaxina.
- Restaurar el tono muscular en el posparto, tanto a nivel de la columna vertebral como pélvico.
- Tratar los posibles daños surgidos en el embarazo y parto y recuperar la capacidad funcional lo antes posible.

## PROTOCOLO FISIOTERÁPICO

### A) Prenatal

#### Dolor lumbar, pélvico y cervicodorsal

- No permanecer mucho tiempo sentada o de pie. Mientras esté de pie, mantener un pie en alto apoyado sobre un escalón (4,12,13).
- Usar zapatos cómodos con tacón ancho y de unos tres o cuatro centímetros (4,13).
- Evitar coger objetos pesados (4,12).
- Mejor doblar rodillas que flexionar espalda para levantar o recoger pesos (12,14).
- Al estar acostada:
  - Dormir boca arriba o lateral con las piernas flexionadas si es posible. Evitar dormir boca abajo.

- Colchón recto de firmeza media. Si se duerme boca arriba almohada fina y si duerme de lado almohada más gruesa para mantener el cuello en el eje de la columna.
- Para levantarse de la cama, colocarse de lado y apoyarse con los brazos para incorporarse (12,13,14).
- Al estar sentada:
  - Apoyar completamente los pies en el suelo y mantener las rodillas al mismo nivel o por encima de las caderas.
  - En la silla, la espalda debe tener un completo apoyo en el respaldo.
  - Al hacer movimientos sentada girar todo el cuerpo a la vez. Levantarse y andar cada 45 minutos.
- Al levantarse apoyarse en los reposabrazos, en los muslos o rodillas y mantener la espalda recta (4,12,14).

### A1) Ejercicios para la espalda

Dos aspectos:

#### 1) Sesiones individuales (15).

#### 2) Trabajo en equipo:

- Las técnicas de terapias manuales tienen preferencia durante todo el embarazo, acompañado siempre de una correcta higiene postural y normalización del tono muscular (12, 14, 16).
- Cuatro sesiones de ejercicio a la semana de 50-60 minutos (4).
- En las sesiones de grupo:
  - Grupos de 6-8 mujeres de similares características (16).
  - Ejercicios aeróbicos en colchonetas, con balones y con bandas elásticas (14).
  - Favorecer la estabilidad y el equilibrio de la región lumbopélvica garantizando la correcta transmisión de presiones en el interior del compartimento abdominal. Para ello se realizarán ejercicios de:
    - Técnicas posturales.
    - Estiramiento.

- Analíticos y globales así como de flexibilización articular.
- Tonificación de los músculos abdominales profundos (transverso de abdomen).
- Tonificación de los músculos posteriores del tronco.
- Tonificación de la musculatura del suelo pélvico (3,4).
- En las sesiones individuales:
  - Comprobar la movilidad del sacro y coxis, articulaciones sacroilíacas y lumbares, tono de los músculos del abdomen y de paravertebrales.
  - Tratar las posibles contracturas rigideces y asimetrías (3,14,15).

### A2) Ejercicios de suelo pélvico

- Control del peso (17).
- Evitar consumir líquidos o sustancias irritantes para la vejiga como cafeína o alcohol (17).
- Evitar el estreñimiento para que la vejiga no tenga presión y debilite la musculatura pélvica (17).

Los objetivos son:

- Ganar fuerza y tono en el suelo pélvico (20).
- Aumentar la elasticidad y flexibilidad.
- Mejorar la calidad del movimiento así como el automatismo perineal.
- Controlar la relajación perineal (3, 18,19).
- Ayudar a la estabilidad lumbopélvica junto con el Transverso del Abdomen.
  - Combinación de técnicas abdominopélvicas y ejercicios aislados del suelo pélvico (3, 21).
  - Concienciación de esta musculatura (3,13).
  - Ejercicios en diferentes posturas (a favor y contra de gravedad) (21).
  - Masaje perineal en primíparas durante las 6-10 semanas antes del parto (14, 22, 23). Masaje durante 5-10 minutos al día. Introducir uno o dos dedos 2-3 cm en el interior de la vagina realizando una fuerza en dirección posterior y lateral a cada lado de la vagina también puede ser realizado por la propia mujer tras su aprendizaje con un tubo de pírex.

## B) Postnatal

### Pautas generales

Reposo las primeras 24 horas. Al segundo día incluso con episiotomía, se empezará por los ejercicios más sencillos, sobre todo circulatorios. En los primeros días se realizarán pocas repeticiones, aumentando progresivamente. Con cesárea se esperará unos días más, así como en el caso de complicaciones postparto (4).

### Aspectos a tener en cuenta

- Evitar reposo absoluto.
- En caso de cesárea, enseñanza de técnicas de automasaje para evitar adherencias sobre la musculatura abdominal y liberar la cicatriz (14).

### B1) Ejercicios circulatorios

#### Decúbito Supino

- Piernas elevadas sobre una cuña. Realizar movimientos de flexión y extensión de los dedos de los pies, de los pies y círculos en ambos sentidos con los tobillos (13).

#### Bipedestación

- Extensión de brazos. Abrir y cerrar las manos.
- Marcha normal, de puntillas y talones (13).

### B2) Ejercicios respiratorios

- Comenzar desde el segundo día (13).
- Decúbito supino con las piernas sobre la cuña. Inspirar con las manos en el abdomen notando como éste se eleva, espirar notando como el abdomen desciende y la espalda se aplanan (retroversión pélvica). Así se trabaja el transversario del abdomen. Es importante tomar conciencia de este músculo y su tono para asentar sobre él, el resto de musculatura abdominal (13).

### B3) Ejercicios abdominales

- Comenzar aproximadamente a la semana del parto.
- Evitar los abdominales tradicionales, altamente lesivos para el suelo pélvico.
- Seguir trabajando el músculo transversario del abdomen.
- Ejercicios abdominales hipopresivos (Caufriez). Para proteger el suelo pélvico y tratar la incontinencia urinaria.
- Siempre "activación perineal antes de la contracción" es decir hacer siempre una contracción previa del periné.
- Realizar el esfuerzo abdominal simultáneamente con la espiración (libera presión abdominal) (4,14).

### B4) Ejercicios para la espalda

- En el postparto:
  - a) Para dar el pecho o el biberón al bebé se recomienda la posición sentada con los pies apoyados en el suelo o cruzados a la altura de los tobillos, no sobre la rodilla.
  - b) Al coger al bebé flexionar las rodillas.
  - c) Al enseñar a andar al niño, no guiarlo desde atrás para evitar la inclinación de la columna en una posición inestable. Con las rodillas flexionadas coger las manos del niño y guiarlo de forma que él ande hacia delante y la madre hacia atrás (4).
- Bascular la pelvis en retroversión por el aumento de la lordosis que se ha producido durante el embarazo. Esta técnica permite la toma de conciencia de su posición (14, 18).
- Ejercicios:
  - Retroversión pélvica en bipedestación, decúbito supino o lateral (contracción abdominal y glúteos).
  - Rotaciones del tronco y lateralizaciones.
  - Ejercicios de la musculatura pectoral y periescapular.
  - Ejercicios encaminados a mejorar el tono de la musculatura extensora de tronco (3,4,14).

## B5) Ejercicios de suelo pélvico

Para el entrenamiento del suelo pélvico se realizarán ejercicios (18, 19,24):

- En cuadrupedia o genupectoral (resulta fácil elevar el periné) (17,25).
- En decúbito lateral para terminar el entrenamiento en posición de cuclillas (17, 25).
- De estiramiento del piramidal y obturador interno. Sus espasmos podrían influir sobre el suelo pélvico (17, 25).
- Ejercicios de Kegel progresivos (26).
- Ejercicios hipopresivos: ritmo lento, en respiración libre o apnea (27). Tonifican el suelo pélvico y la cincha abdominal, y normalizan las tensiones de las estructuras blandas antagonistas. Se estimula la hipopresión mediante:
  - Inhibición de la hipertónia de los antagonistas: se estiran las estructuras hipertónicas.
  - Estimulación de los hipopresores: cuádriceps, serrato mayor, dorsales e iliolumbares.
  - Posicionamiento antigravitatorio: descenso y anteriorización del centro de gravedad.
- La práctica del "stop pipí" no es recomendable si hay trastornos en la función miccional y durante un periodo prolongado (25, 28).

## Ejercicios túnel carpiano

### Medidas higiénico-posturales

- Evitar cualquier actividad que requiera movimientos manuales fuertes y repetitivos (15).
- Si se trabaja con ordenador, evitar que las muñecas estén dobladas hacia abajo mientras se escribe. Un teclado ergonómico especial puede ser útil. Hacer pausas para estirar las manos (15).
- Si los síntomas son nocturnos, cambiar de posición para dormir e intentar apoyar el brazo sobre una o dos almohadas. Evitar dormir sobre las manos.

## Ejercicios

- Ejercicios suaves de flexión y extensión de la muñeca sin llegar al límite para evitar adherencias tendinosas (15,29,30).
- Masoterapia trófica y circulatoria para facilitar el drenaje y evitar el edema (15, 29,30).
- Colocación de vendaje neuromuscular (14):
  - **Tape 1.** Técnica en X sin estiramiento y la dirección de distal a proximal buscando un efecto relajante.
  - **Tape 2.** Técnica en I con estiramiento del 50% hasta máximo y la dirección desde el lado anterior del radio sobre el dorso de la muñeca hacia el lado anterior del cúbito para ampliar el espacio y descomprimir.

## Otros ejercicios

- Estiramientos sobre todo de miembros inferiores con el fin de evitar los temidos calambres musculares (4, 13).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Borg-Stein J, Dugan SA. Gruber Musculoskeletal aspects of pregnancy. Am J Phys Med Rehabil. 2005; 84: 180-92.
2. Milan Munjin L, Francisco Ilabaca G, Juan Rojas B. Dolor lumbar relacionado al embarazo. Rev chil obstet. 2007; 72(4): 258-65.
3. Pennick VE, Young G. Intervenciones para la prevención y el tratamiento del dolor pélvico y lumbar durante el embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
4. Walker C. Fisioterapia en Obstetricia y Uroginecología. Barcelona: Masson; 2006.
5. Aroori S, Spence T. Carpal tunnel syndrome. Ulster Med J. 2008; 77(1): 6-17.
6. Tejerizo LC, Moro J, Sanchez MM, Rábago J, García RM, Teijelo A, et al. Obstetricia. Síndrome del túnel carpiano del embarazo. Prog Obstet Ginecol. 1999; 42 (9): 659-68.

7. Navarro García MA, Carlos Alegre V. Incontinencia Urinaria de Esfuerzo asociada a la gestación. Revisión bibliográfica. Pulso. 2008 dic; 56:47-50.
8. Ruiz de Viñaspre Hernández R, Tomás Aznar C. Incontinencia urinaria en gestación: prevalencia y factores asociados. Metas Enferm. 2010; 13(10): 66-72.
9. Herdman TH, Heath C, Meyer G, Scroggins L, Vasallo B. Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación 2007-2008. NANDA Internacional. Madrid: Elsevier; 2008.
10. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de resultados de Enfermería (NOC). 3ª ed. Madrid: Elsevier España; 2005.
11. McCloskey Dochterman J, Bulechek G. Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC). 4ª ed. Madrid: Elsevier España; 2005.
12. Padua L, Padua R, Bondi R et al. Patient oriented assesment of back pain in pregnancy. Eur Spine J 2002; 11: 272-5.
13. Britnell SJ, Cole JV, Isherwood L, Sran MM, Britnell N, Burgi S et al. Postural health in women: The role of physiotherapy. J Obstet Gynaecol Can. 2005; 27: 493-510.
14. Romero Morante M, Jiménez Reguera B. Actuación del fisioterapeuta durante la gestación, parto y posparto. Rev Fisioterapia. 2010; 32(03): 123-30.
15. Mata F, Chulvi I, Roig J, Heredia JR, Isidro F, Benítez Sillero JD et al. Prescripción del ejercicio físico durante el embarazo. Rev Andal Med Deporte. 2010; 03(02): 68-79.
16. Mørkved S, Salvensen KA, Schei B, Lydersen S, BØ K. Does group training during pregnancy prevent lumbopelvic pain? A randomized clinical trial. Acta Obstet Gynecol Scand. 2007; 86: 276-82.
17. Navio Ruiz AM, Artieda Oseñalde EM. Programa para la prevención de la incontinencia urinaria durante el embarazo y postparto. Metas Enferm. 2009 mar; 12(2): 27-31.
18. Stuge B, Hilde G, Vollestad N. Physical therapy for pregnancy-related low back and pelvic pain: a systematic review. Acta Obstet Gynecol Scand 2003; 82: 983-90.
19. Vleeming A, Albert H, Ostgaard H, Stuge B, Stursson B. European guidelines on the diagnosis and treatment of pelvis girdle pain. WG4 Concept Version 2005.
20. Dinc A, Kizilkaya Beji N, Yalcin O. Effect on pelvic floor muscle exercises in the treatment or urinary incontinence during pregnancy and the postpartum period. Int Uroginecol J. 2009; 20: 1223-31.
21. Oliveira Camargo F, Moura Rodrigues A, Martins Arruda R, Gracio Ferreira Sartori M, Batista Castello Girão MJ, Aquino Castro R. Pelvic floor muscle training in female stress urinary incontinence: comparison between group training and individual treatment using perfect assesment scheme. Int Uroginecol J. 2009; 20: 1455-62.
22. Nieto García GM, Ráez Martín C. ¿El masaje perineal durante el embarazo aumenta la probabilidad de periné intacto tras el parto? Evidentia. 2010; 7(32).
23. Hallak M, Levy A, Mei-dan E, Raz I, Walfisch A. Perineal Massage during Pregnancy: A Prospective Controlled Trial. IMAJ. 2008; 10: 499-502.
24. Fine P, Burgio K, Borello-France D, Rotcher H, Whitehead W, Weber A et al. Traeching and practicing of pelvic floor muscle exercises in primiparous women during pregnancy and the postpartum period. Am J Obstet Gynecol. 2007; 197:107.
25. Best Practice Joanna Briggs. Efectividad de un programa de ejercicios musculares del suelo pélvico en la incontinencia urinaria después del parto. 2005; 9(2): 1-6.
26. González Fernández-Conde MM. Ejercicios de Kegel. (Acceso 15/06/2012); Disponible en:<http://www.institutoindas.com/index.php/area-pacientes/cuidadores/publicaciones/177.html>.
27. Amostegui Azkúe JM, Ferri Morales A. Prevención de la disfunción del suelo pélvico de origen obstétrico. Fisioterapia. 2004; 26: 249-65.
28. Milla España FJ, Vázquez Rodríguez R. La controversia del stop-test en la reeducación uroginecológica. Enfuro. 2010 (en, feb, mar); 113: 19-23.
29. Roquer J, Cano JF. Factores etiológicos del síndrome del túnel carpiano. Aten Primaria. 1997( feb); 19(3): 149-152.
30. Espiñeira Álvarez JM, López García M, Fernández-Palacios Fernández F. Programa de ejercicios terapéuticos para manos en el síndrome de túnel carpiano. Cuest Fisiot-Esp. 2005; 30: 71-81.
31. Mogren I, Pohjanen A. Low back pain and pelvic pain during pregnancy: prevalence and risk factors. Spine 2005; 30: 983-91.

## ANEXO 1

**FACTORES ASOCIADOS CON LA APARICIÓN Y DESARROLLO DE LOS PROBLEMAS MUSCULOESQUELÉTICOS EN LA MUJER EMBARAZADA**
**Dolor lumbar, pélvico y cervicodorsal**

- Inclinación pélvica que modifica la curvatura lumbar (2,31).
- Insuficiencia de musculatura abdominal (especialmente del transverso del abdomen) que conlleva un aumento de la curvatura lumbar (31).
- Crecimiento del útero, con lo que el apoyo lumbar disminuye (1).
- Aumento de la contranutación del sacro que provoca un aumento de tensión sobre el ligamento dorsal largo y dolor en la zona pélvica (1).
- Crecimiento de los senos, haciendo que los hombros se desplacen hacia abajo y adelante provocando tensión de los músculos pectorales y dorsales (1).
- En el último trimestre se acentúan los cambios en el centro de gravedad y en la alineación corporal (2,31).
- Inestabilidad mecánica de las articulaciones sacroilíacas que provoca asimetrías en el movimiento y causa dolor (1,31).
- Inestabilidad articular producida por el incremento de la relaxina (2).

**Síndrome de túnel carpiano**

- Factores hormonales y cambios metabólicos (29).
- Incremento de retención de líquidos sobre todo en el tercer trimestre provocando edema generalizado (29).

**Incontinencia urinaria y/o anal y disfunciones de la musculatura del periné**

- Descenso de la presión de cierre uretral por causas hormonales (27,31).
- Distensión abdominal (27,31).
- Aumento de la presión sobre la vejiga por crecimiento del útero o necesidad de una mayor estabilización pélvica (27).
- Modificaciones de las propiedades musculares del suelo pélvico en cuanto al tono y fuerza muscular (1,8).
- Desgarros por rotura sin control de los músculos del periné (8).
- Edad superior a 35 años (8).
- Antecedentes familiares (8).
- Sobrepeso u obesidad al principio del embarazo (8,27).
- Parto vaginal, principal responsable de la disfunción del suelo pélvico (27,31).

**ANEXO 2**

**PLAN DE CUIDADOS**

Patrón alterado	NANDA	NOC	NIC
<b>Patrón Eliminación</b>	<b>00017</b> Incontinencia de esfuerzo	<b>0502</b> Continencia urinaria <b>0503</b> Eliminación urinaria	<b>0560</b> Ejercicio del suelo pélvico <b>6390</b> Cuidados del parto <b>1750</b> Cuidados perineales <b>0590</b> Manejo de la eliminación urinaria
<b>Patrón Actividad-Ejercicio</b>	<b>00085</b> Deterioro de la movilidad física	<b>0221</b> Movimiento articular: muñeca	<b>0224</b> Terapia de ejercicios: movilidad articular <b>0202</b> Fomento de ejercicios: extensión <b>1400</b> Manejo del dolor
<b>Patrón Cognitivo-Perceptual</b>	<b>000132</b> Dolor agudo	<b>2102</b> Nivel del dolor	<b>1400</b> Manejo del dolor <b>0200</b> Fomento del ejercicio <b>0910</b> Inmovilización