

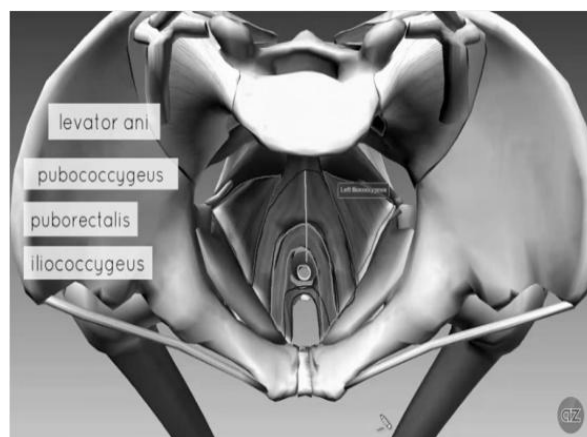
MANEJO DEL PISO PÉLVICO EN LA REHABILITACIÓN SEXUAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Rosario Moreno Vilet

*Grupo Educativo Interdisciplinario en Sexualidad Humana y Atención a la Discapacidad
A.C., México*

chayo_mv@yahoo.com

El piso pélvico es como su nombre lo indica, la parte más inferior de la pelvis, limitado en la parte superior con la cavidad pélvica, que es donde se encuentran las vísceras y órganos sexuales pélvicos internos. Está conformado por el diafragma pélvico, que lo compone principalmente el músculo elevador del ano, el más grande del piso pélvico y del que principalmente se tendrá medición de su fortalecimiento. El músculo elevador del ano, está formado por tres fibras: el músculo pubococcígeo, que rodea a la próstata en hombres y vagina en mujeres, el puborrectal, que rodea la parte inferior del intestino, termina en el recto y contribuye principalmente en el acto de la defecación; y, por último, el íleooccígeo.



El entrenamiento de piso pélvico es un tratamiento alternativo, conservador y preventivo para muchas disfunciones de piso pélvico, incluyendo las disfunciones sexuales, ya que

mediante entrenamiento muscular, el piso pélvico contribuye con la eyaculación en los hombres y las contracciones involuntarias rítmicas durante el orgasmo en la mujer.

El entrenamiento de piso pélvico se divide en cuatro fases:

1) Información: las personas que son enviadas a recibir este tratamiento, ya sea referidas por un especialista, o por iniciativa propia, suele desconocer qué va a hacer el o la fisiatra, además de sentirse avergonzadas o incómodas, por lo que desde un inicio debe establecerse un ambiente de confianza, empatía y naturalidad. Es importante explicar en qué consistirá el entrenamiento, también que se hará en forma privada e íntima; así como explicar los beneficios y los inconvenientes de éste. Por último y no menos importante, debe ser consciente de la necesidad de su esfuerzo, participación activa y responsabilidad para lograr los objetivos planeados.

Vale la pena destacar, que en las personas con discapacidad que no logren comprender las instrucciones o las explicaciones dadas por el o la fisiatra, no podrán ser candidatas al entrenamiento, ya que se pretende evitar la sensación de incomodidad o incluso que llega a percibirse como agresión.

2) Identificación: Una vez establecido el compromiso, así como haber obtenido el consentimiento de la persona, se procederá a la toma de conciencia corporal, que no es más que, la identificación de los músculos a entrenar, que sepan realizar contracciones correctas, sin utilizar músculos accesorios como el abdomen, glúteos o aductores de cadera. La identificación puede ser visual (mediante espejo), táctil por parte de la misma persona, la o el terapeuta, verbal, mediante video o modelos anatómicos de la pelvis. Aun después de haber recibido instrucciones minuciosas de forma individual, el

25% invierte la orden y, en vez de contraer, empujan o dejan de respirar o al contrario contraen después de una inhalación profunda.

Durante esta fase, se incluye la exploración física, exploración neurológica, presencia de reflejos, sensibilidad, así como la exploración global.

Se han descrito más de 20 escalas diferentes para la evaluación digital de piso pélvico, sin embargo la más usada por en fisioterapia es la Escala Modificada de Oxford, por sus siglas en inglés MOS. La técnica correcta para su evaluación es con la persona recostada, con flexión y separación de caderas, rodillas dobladas, con la colocación del dedo índice 4-6 cm dentro de vagina en mujeres o recto en hombres y posicionado a las 4 y 8 del reloj, se le pide a la persona que realice una contracción voluntaria máxima. La medición consistirá de acuerdo a la siguiente escala:

PUNTAJE	ACCIÓN
0	Sin contracción
1	Flicks
2	Débil
3	Moderado (con elevación)
4	Bueno (con elevación)
5	Fuerte (con elevación)

Para el registro y técnica de evaluación del piso pélvico, se utilizará en acrónimo PERFECT por sus siglas en inglés:

PRESIÓN (POWER) O FUERZA es medida con escala modificada de Oxford con palpación digital durante una contracción voluntaria máxima.

RESISTENCIA (ENDURANCE) se describe con duración mayor a 10 segundos en una contracción voluntaria máxima (isométrica) puede ser sostenida antes de disminuir su fuerza 30% o más. La contracción es medida hasta que el músculo comience con fatiga.

REPETICIONES el número de repeticiones debe ser 10, con 4 segundos de descanso (evitan la debilidad y recuperación del músculo trabajado).

CONTRACCIONES RAPIDAS (FAST) después de un descanso de 1 minuto, se realizan 10 repeticiones de 1 segundo.

CADA CONTRACCION MEDIDA (EVERY CONTRACCION TIMED) Recuerda al evaluador los registros que debe tomar en cuenta.

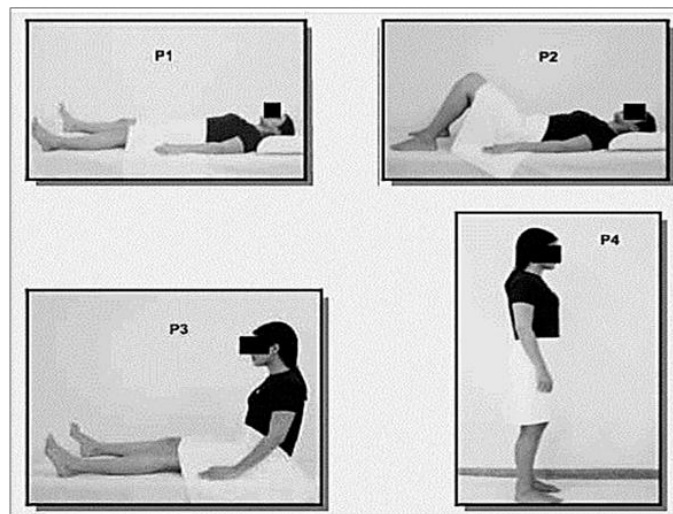
P (POWER, PRESSION)	PODER, PRESIÓN O FUERZA
E (ENDURANCE)	RESISTENCIA
R (REPETITIONS)	REPETICIONES
F (FAST CONTRACTIONS)	CONTRACCIONES RÁPIDAS
ECT (EVERY CONTRACCION TIMED)	CADA CONTRACCIÓN MEDIDA

3) Terapia Activa: Arnold Kegel en 1948 estableció una serie de ejercicios para las mujeres con Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, logrando buenos resultados, sin embargo, al encontrarse diversificación y variedad en posturas, se ha establecido que los ejercicios de piso pélvico se realizan siguiendo cinco etapas de complejidad creciente:

- a) Trabajo activo del periné acostado
- b) Trabajo activo del periné modificando posición.
- c) Asociado con otros grupos musculares.

- d) Cierre del periné ante el esfuerzo.
- e) Cierre del periné ante actividades de la vida diaria.

Iniciando en posición acostada, sin que se vean afectados por la acción de la gravedad. A medida que se produce el fortalecimiento, y para aumentar la carga, se proporciona el entrenamiento sentado, y finalmente en posición de pie.



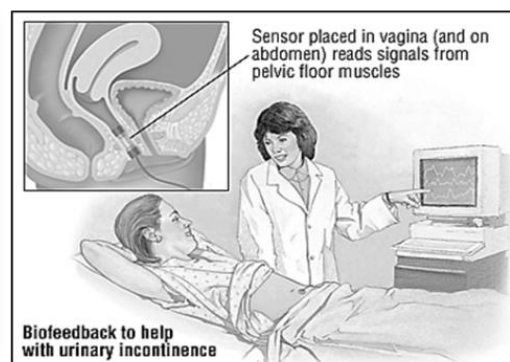
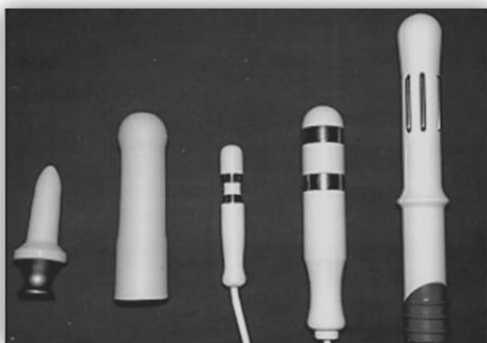
Teniendo en cuenta que, en una serie de repeticiones, es la segunda contracción muscular que se ejercita, la que mayor potencia muscular desarrolla y que a partir de la tercera se pone en evidencia la presencia de la fatiga muscular, se pueden seguir las recomendaciones de Grace Dorey cuando indica que, para mejorar la potencia muscular durante la contracción del piso pélvico, se requiere seguir un entrenamiento de tres contracciones en cada una de las tres posiciones anteriormente expuestas. Cada una de estas contracciones será solicitada durante un periodo de 3-10 segundos. A pesar de que Kegel recomendó en su día realizar 300-400 contracciones al día, la práctica diaria muestra que esta pauta, además de innecesaria, es contraproducente, creando malestar en los pacientes que conlleva a una tasa elevada de abandono. Por lo

que varios autores coinciden en que es mejor la calidad que la cantidad, por lo que según Grace Dorey y Kari Bo se aconseja 2 series al día.

La pauta de entrenamiento debe realizarse por un periodo igual o superior a 12 semanas para poder observar cambios significativos. Con seguimiento de 6 meses para obtener el hábito del ejercicio.

Se pueden realizar variaciones de contracciones así como de posturas.

Los medios instrumentales que se utilizan con mayor frecuencia para el entrenamiento de piso pélvico es la electroterapia, con diversidad de electrodos vaginales o rectales, así como con electrodos de superficie. Además del entrenamiento con bioretroalimentación o *biofeedback*, que utiliza sensores externos auditivos y visuales (ideales para personas ciegas o sordas) en donde tanto el fisiatra como la persona en entrenamiento pueden darse cuenta si está trabajando la parte correcta del cuerpo o no.



4) Mantenimiento: Por último, es importante darle seguimiento a la persona y vigilar su correcto apego al entrenamiento, ya que, de abandonar el ejercicio, se pierde del 5-10% de la fuerza adquirida por semana, hasta desaparecer la mejoría adquirida en 20 semanas.

Durante el entrenamiento, además de la valoración física, anteriormente descrita, se valora el seguimiento en relación a la experiencia sexual mediante un cuestionario validado llamado ASEX, por sus siglas en inglés *The Arizona Sexual Experience Scale*. Esta escala es corta y de fácil elaboración y comprende la experiencia sexual en hombres y mujeres, y se utiliza previo a recibir el entrenamiento de piso pélvico, así como al final.

Hablar de este tema en particular, hace énfasis a lo referido por la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS), en la Declaración de los Derechos Sexuales, donde dice que “Toda persona tiene el derecho de obtener el grado máximo alcanzable de salud y bienestar en relación con su sexualidad, que incluye experiencias sexuales placenteras, satisfactorias y seguras. Esto requiere de servicios de atención a la salud sexual de calidad, disponible, accesible y aceptable, así como el acceso a condicionantes que influyen y determinan la salud incluyendo la salud sexual”. “Toda persona tiene el derecho a disfrutar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones en relación con la sexualidad y la salud sexual”, por lo que se continua en constante investigación y modernización de las opciones terapéuticas con el objetivo único de preservar la salud sexual.

1. Bo, K. (2007). *Evidence-Based Physical Therapy for the Pelvic Floor*. Ed. Elsevier. Churchill Livingstone.
2. Dorey, G. (2009). Developing a pelvic floor muscle training regimen for use in a trial intervention. *Physiotherapy*, 95, 3, 199-209.
3. Frawley, H. (2006). Pelvic floor muscle strength testing. *Australian Journal of Physiotherapy*, 52, 307.
4. Laycock, J. (2001). Pelvic Floor Muscle Assessment: The PERFECT Scheme. *Physiotherapy*, 87, 12, 631-642.
5. Lowenstein, L. (2010). Can stronger pelvic muscle pelvic floor improve sexual function? *International Urogynecology Journal*, 21, 553-556.

6. McGahuey, C. A. (2000). The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): Reliability and Validity. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26, 25-40
7. Ramírez, G. I, Blanco. R. L, Kauffmann, F. S. (2013). *Rehabilitación del Suelo Pélvico Femenino. Práctica clínica basada en la evidencia*. Ed. Panamericana. Barcelona.
8. WAS (2014). Declaración de los derechos sexuales. En http://www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/declaracion_derechos_sexuales_sep03_2014.pdf