

III CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales al paciente como derecho del ciudadano"

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS DISFUNCIONES DE SUELO PÉLVICO (DSP) EN UNIDADES MULTIDISCIPLINARES. OPORTUNIDAD DE MEJORA DE CALIDAD ATENCIÓN PRIMARIA

Autor principal MARIA DOLORES TORREGROSA TOMAS

CoAutor 1 MARTA GÓMEZ CARVAJAL

CoAutor 2 ANTONIO RONDÓN RAMOS

Área Temática Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales en el Área Comunitaria

Palabras clave suelo pélvico atención primaria calidad pelvic floor

» Resumen

El embarazo y el parto suponen un factor de riesgo de padecer DSP. Uno de sus efectos es sufrir Incontinencia Urinaria (IU) cuya prevalencia aumenta durante el embarazo y es mayor en el período postparto que antes del embarazo. Esto supone un problema de gran dimensión socioeconómica y es la AP el nivel idóneo para la incorporación de la prevención y tratamiento de las DSP a los programas de salud. Así mismo el trabajo multidisciplinar y la coordinación interniveles son primordiales dentro de este contexto. Además de esto, la mejora de la accesibilidad a los cuidados, la actualización de las intervenciones mediante revisión de la evidencia científica, la formación específica de los profesionales implicados, la integración de un proceso de mejora continua de la calidad, el fomento de la cultura investigadora y la participación de la ciudadanía forman parte indisoluble en la implementación y mejora de este tipo de procesos.

» Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

La etiología de las DSP es compleja y multifactorial, entre los factores de riesgo de padecerlas se incluyen entre otras el embarazo y el parto. Según la revisión Cochrane realizada por Hay-Smith EJC, Dumoulin, parece que la prevalencia de la incontinencia urinaria aumenta durante el embarazo y disminuye después del parto, aunque la prevalencia durante el período postparto permanece mayor que antes del embarazo. Las estimaciones de la prevalencia de cualquier tipo de Incontinencia de Esfuerzo durante el embarazo varían entre el 6% y 67%, y del 3% a 38% dos a tres meses después del parto.

En esta misma revisión, se estima que la prevalencia de Incontinencia Fecal (IF) en las mujeres primíparas varía del 2% al 6%; las estimaciones son mayores en los estudios que incluyeron la pérdida involuntaria de flatos además de las heces (incontinencia anal, 13% a 27%). Un factor asociado con la aparición de IF es la lesión obstétrica, en particular el desgarro de tercer o cuarto grado o la rotura del músculo externo del esfínter anal. Las estimaciones de la prevalencia de IF varían del 17% al 62% si ocurrió un traumatismo perineal grave durante el parto o se realizó parto con fórceps.

Los estudios realizados sobre la prevalencia del prolapso lo observan en algún grado en un 50% de mujeres entre 45 y 85 años que han tenido hijos.

La realización de sesiones de formación conjuntas para matronas y fisioterapeutas generan en el grupo la necesidad de realizar un trabajo conjunto en esta área. Tras acudir al Congreso Andaluz de Suelo Pélvico, verificamos que no existe ninguna iniciativa en nuestra Comunidad que plantee la primera línea de intervención en este problema de salud.

Teniendo en cuenta los datos que arrojan los estudios, ya que no existen datos específicos sobre la incidencia de este problema de salud en nuestra población de referencia, se plantea la puesta en marcha de una USP en Atención Primaria en la UGC de Las Lagunas (Mijas), con un equipo multidisciplinar constituido por matronas, fisioterapeutas y médicos de familia y directamente relacionada con la USP hospitalaria en la que trabajan los especialistas de nuestro hospital de referencia, Hospital Costa del Sol (HCS).

Este proyecto conjunto comienza en 2008 y finaliza con la rotación en la USP del HCS en 2011.

» Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

La IU es un problema de salud que genera poca consulta sanitaria, la mayoría de las personas que las sufren suelen utilizar productos absorbentes, porque asumen que es normal que se produzcan pérdidas de orina en determinadas etapas de la vida como pueden ser la maternidad, el climaterio o la vejez.

Debido a la falta de consulta ante estos problemas de salud y a su importante dimensión, tanto social como económica (algunos estudios sitúan el 2% del gasto sanitario destinado a la incontinencia urinaria, en España en 1996 supuso el 3,2% de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud); los profesionales sanitarios debemos plantearnos la necesidad de una captación activa de estas mujeres, así como la incorporación de la prevención y el tratamiento de las DSP a los programas de salud. La AP se plantea como el escenario ideal para la puesta en marcha de estas actividades.

El embarazo, el parto y el postparto son etapas de la vida de la mujer de alto riesgo perineal, así que se antojan como idóneas para la prevención y la captación precoz de mujeres con riesgo de padecer DSP, así como del tratamiento de éstas si precisan.

Las matronas han sido los profesionales que han trabajado la prevención de SP durante el embarazo y puerperio, pero precisan de otros profesionales y una estructura organizativa mejor para ofrecer una intervención de la máxima calidad.

Planteamos el abordaje de las mujeres durante el embarazo y el postparto, para centrarnos en uno de los momentos de mayor riesgo perineal y con los mejores resultados en sus intervenciones.

Este tipo de Unidades podría exportarse con un coste de personal y de recursos materiales mínimo al resto de UGC de AP.

Objetivos:

-Fomentar la prevención y tratamiento de las DSP en embarazo y puerperio. El primer escalón terapéutico deben ser medidas higiénico-dietéticas, modificaciones de la conducta y ejercicio (Nivel de Evidencia A).

-Implementar prácticas recomendadas con evidencia científica, actualizando y estructurando nuestras intervenciones para conseguir la máxima efectividad en las mismas.

-Mejorar accesibilidad a los cuidados del SP: realizar la valoración y tratamiento en su Centro de Salud.

-Aportar un enfoque multidisciplinar: matronas, fisioterapeutas, médicos de familia y especialistas.

-Trabajo interniveles: derivación directa a las USP Hospitalarias.

Las mejoras se implementan en:

- Educación maternal en primer trimestre.

Refuerza en grupo la información recibida en la primera consulta proporcionando la educación sanitaria específica de SP (obesidad, tabaquismo,...).

Se realiza una sesión en primer trimestre de embarazo de 90 minutos con la participación de madres y padres.

- Educación maternal postparto.

Retoma los cuidados del SP finalizado el puerperio antes de recuperar la actividad cotidiana: trabajo corporal con ejercicios hipopresivos (no se pueden realizar en embarazo) y educación sanitaria.

Se realizan 4 sesiones de 90 minutos con cada semana con la participación de madres, padres e hijos. Se trata:

o SP: anatomía, fisiología, educación sanitaria específica en SP.

o Sexualidad y anticoncepción.

o Lactancia materna. Introducción de alimentos complementarios.

o Cuidados y patología banal del recién nacido.

En cada sesión: trabajo corporal con ejercicios hipopresivos y toma de conciencia corporal del periné.

- Consulta postparto: consulta de valoración e intervención de DSP.

Se realiza una consulta al finalizar el puerperio para valorar SP, es posible realizar una valoración más completa del SP que en la visita puerperal (no hay suturas, ni laceraciones). Si aparecen disfunciones realizaremos un seguimiento individualizado con aprendizaje de ejercicios de Kegel con feedback, bolas chinas,..

Se crea una consulta semanal con 8 citas de 15 minutos de duración. Las citas las proporcionan únicamente las matronas del centro, se derivan las mujeres atendidas en visita puerperal que presenten DSP o factores de riesgo (partos instrumentados,..). A las mujeres que presentan DSP se les ofrece tratamiento individualizado en esta misma consulta, y se valora la necesidad de derivación al médico de familia. Las que precisan de intervención por parte del fisioterapeuta, se derivan a su consulta.

- Consulta individual con fisioterapeuta.

Para mujeres que precisen de intervenciones individuales más específicas.

Un fisioterapeuta del Dispositivo de Apoyo del Distrito se dedica un día a la semana a esta consulta con una duración de 30 minutos por persona.

Los objetivos a tener en cuenta son:

Valorar, analizar y evaluar la naturaleza e intensidad del problema.

Aumentar el conocimiento sobre su proceso.

Aumentar y mejorar el control muscular así como el control perineal voluntario.

Normalización del tono muscular.

Mejorar la propiocepción.

En el caso de Incontinencia Urinaria de Urgencia (IUU): aumentar la capacidad vesical y mejorar el funcionamiento de los sistemas inhibidores.

La metodología consiste en:

Educación sanitaria.

Higiene postural.

Ejercicios correctivos de la estática lumboabdominopélvica y de la columna vertebral.

Ejercicios respiratorios.

Electroestimulación o biorretroalimentación.

Enseñar a utilizar los dispositivos de entrenamiento de la musculatura pélvica.

Masaje perineal o cicatricial.

GAH.

Relajación Neuromuscular.

Técnicas manuales ortopédicas de manipulación.

Tratamiento fisioterápico de dolores asociados.

- Educación sanitaria grupal para mujeres con DSP.

Se programan 8 sesiones de trabajo corporal y de educación sanitaria para las mujeres que presentan DSP.

Se realiza GAH, relajación y concienciación de los diferentes factores de riesgo perineal promoviendo el cambio de conductas en problemas de salud como el tabaquismo, la obesidad, el estreñimiento y otros hábitos de vida que impliquen deterioro perineal.

- Actualización en SP. Formación conjunta con fisioterapeutas.

Formación de SP conjunta para matronas y fisioterapeutas, mejorando así el aprovechamiento de los recursos y fomentando el trabajo en equipo.

- Reciclaje en otras USP.

Conocer el trabajo de otros profesionales y favorecer la continuidad asistencial a través de canales de comunicación específicos.

- Verificación.

Evaluación de los resultados.

- Grado de cumplimiento de los objetivos.

» **Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?**

Objetivos alcanzados:

- a. Grupos de educación sanitaria en primer trimestre y en postparto. Reestructuración del programa de Educación Maternal: se inicia en el primer trimestre y se completa con las sesiones postparto adaptando mejor los recursos de tiempo y espacio a las necesidades de las embarazadas. De esta forma se consigue mayor cobertura que cuando se iniciaba durante el segundo trimestre (10% más de inscripciones). Los grupos postparto no se ofertan a toda la población, ya que al participar la madre y el hijo de forma conjunta y tener un espacio limitado el número de inscripciones es menor.
- b. Consulta específica para valoración e intervención en SP. Se atiende en la consulta de postparto a todas las mujeres que presentan disfunciones de SP o factores de riesgo de padecerlas en la visita puerperal y están interesadas. Se continúa la atención en consulta individual con aquellas mujeres susceptibles de intervención con la matrona.
- c. Realización de 45 horas de formación conjunta.
- d. Una matrona se recicla en Unidad de Suelo Pélvico del Hospital Costa del Sol.
- e. Se presentan comunicaciones en Congresos Nacionales e Internacionales así como publicaciones en revistas especializadas.

Objetivos pendientes:

- a. Educación sanitaria grupal para mujeres con DSP.
- b. Consulta individual fisioterápica.
- c. Equipo multidisciplinar.

- Incorporación de la mejora al proceso y ajuste de actuaciones.

Para la puesta en marcha se reestructuran las actividades existentes de la matrona y del fisioterapeuta permitiendo la realización de las nuevas actividades.

» Barreras detectadas durante el desarrollo.

La prevención, promoción y tratamiento de DSP se realiza por matronas en AP, sin conexión con otros profesionales como fisioterapeutas o médicos especialistas. No hay relación con Unidades de Suelo Pélvico (USP) Hospitalarias. Funciona dentro de las intervenciones que realiza la matrona, pero no hay consultas programadas para su valoración y tratamiento específico.

Existe una gran variabilidad en el abordaje del trabajo de SP entre las distintas matronas de nuestro ámbito realizando actividades poco estructuradas que precisan un criterio común.

Existe un vacío para estos cuidados en AP, a pesar de su elevada prevalencia (25-50% de IU según estudios), del gran impacto en la calidad de vida, del elevado gasto sanitario y de ser el tratamiento de elección según la evidencia científica.

La falta de personal se plantea como una de las barreras más importantes en la implementación de todo el programa.

» Oportunidad de participación del paciente y familia.

Se fomenta la participación de las madres, padres e hijos proporcionando un feedback entre participantes y profesional/es que refuerza los conocimientos adquiridos.

Se mantiene informada en todo momento a la madre sobre alternativas terapéuticas disponibles así como la posibilidad de elección de las mismas y alternativa de derivación a otras Unidades según el flujograma establecido y bajo consejo profesional.

Se realiza pretest-postest de conocimientos adquiridos.

Se realiza encuesta de satisfacción familiar de la atención recibida durante el proceso al finalizar este.

» Propuestas de líneas de investigación.

La investigación resulta fundamental para la obtención de datos que nos permitan alcanzar conclusiones sobre los resultados obtenidos en las intervenciones programadas.

Se obtendrán datos sobre los siguientes aspectos:

- Incidencia y prevalencia de los factores de riesgo y de DSP. En la bibliografía existe una gran variabilidad en función del tipo de población y del enfoque del estudio. Es prioritario conocer el número de mujeres que en nuestro entorno presentan factores de riesgo perineal (partos instrumentados, lesiones perineales, episiotomías,) y la incidencia de las DSP (IU, IF, prolapsos, dolor perineal, dispareunia) para conocer el impacto de las mismas en nuestra población.

- Adherencia terapéutica y conocimientos adquiridos.