

DOCUMENT DE CONSENS
PER A LA PREVENCIÓ, VALORACIÓ I DETECCIÓ
DE LES DISFUNCIONS DEL SÒL PELVIÀ



· DOCUMENT DE CONSENS
·
· PER A LA PREVENCIÓ, VALORACIÓ I DETECCIÓ
·
· DE LES DISFUNCIONS DEL SÒL PELVIÀ

· Correcció lingüística:
·
· **Míriam Burballa Rived**

· Disseny gràfic:
·
· **Cristina Freixas Tudela**

· Impressió:
· **Pere Noguera** serveis gràfics i publicitat

· Edita: **Associació Catalana de Llevadores**
·
· Primera edició: **Barcelona, octubre 2013**
·
· Tiratge: **800 exemplars**

Grup de treball



Coordinació:

Cristina Martínez Bueno
Elisenda Prats Ribera

Autores:

Susana Abajo Llama. *ASSIR Reus Altebrat. ICS*
Paqui Aliaga Martínez. *ASSIR Garraf. ICS*
Núria Boades Xirgu. *ASSIR Gironès-Pla de l'Estany. ICS*
Dolors Creus Pujol. *ASSIR Lleida. ICS*
Montserrat Junquera. *ASSIR Garrotxa. Fundació Hospital Sant Jaume d'Olot*
Cristina Martínez Bueno. *ASSIR Barcelona ciutat. ICS*
Elisenda Prats Ribera. *ASSIR Garraf. ICS*
Inés Sombrero Torres. *ASSIR Reus-Altebrat. ICS*
Montserrat Villanueva Guevara. *ASSIR Sabadell. ICS*

Revisora:

Montserrat Espuña Pons. *Consorci Sanitari Clínic*

Agraïments de l'Associació Catalana de Llevadores

*A les companyes que han treballat en aquest material, per la seva disponibilitat i dedicació.
A la Dra. Montserrat Espuña, per les seves aportacions i col·laboració que ha fet possible l'edició impresa.*

A totes les llevadores que han estat pioneres en integrar els nous coneixements sobre el sòl pelvià en la pràctica diària de la llevadoria i a totes les que continuen la seva tasca.



Índex

Presentació	7
Justificació	9
Introducció	11
Anatomia del sòl pelvià	13
Musculatura del sòl pelvià	14
Fisiologia de la musculatura del sòl pelvià	16
Entrenament de la musculatura del sòl pelvià	17
Exploració dels músculs del sòl pelvià	18
Exercicis per a l'entrenament dels músculs del sòl pelvià	20
Taula bàsica d'exercici per a la protecció del sòl pelvià	22
Consells per a la protecció del sòl pelvià	25
Errors comuns en l'aprenentatge	27
Exercicis dels músculs del sòl pelvià en l'embaràs	28
Exercicis dels músculs del sòl pelvià en la preparació al naixement	31
Exercicis dels músculs del sòl pelvià en el postpart	32
Exercicis dels músculs del sòl pelvià en la visita preventiva	34
Glossari	37
Bibliografia	39
Annexes	43
1. Algoritme d'actuació durant l'embaràs	45
2. Qüestionari ICIQ-UI-SF	46
3. Algoritme d'actuació durant el puerperi	47
4. Diari d'exercicis	48
5. Qüestionari Jorge and Wexner Faecal	49
6. Massatge del perineu	51
7. Tècniques complementàries per a l'entrenament del sòl pelvià	52



Presentació

Segons dades de la darrera Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA), un 12% de les dones catalanes entre 45 i 64 anys i un 26% entre 65 i 74 anys tenen símptomes de pèrdues involuntàries d'orina. En el moment actual tenim evidència suficient per afirmar que les dones que han tingut fills, tenen més risc de tenir incontinència urinària (IU), incontinència anal (IA) o un prolapse genital, que les que no han tingut mai fills i que el part vaginal suposa més risc que el part per cesària. També sabem que l'embaràs en si mateix és un factor de risc per patir aquests problemes en el postpart.

En un estudi fet en una cohort de dones primíparaes que mai havien tingut símptomes abans de l'embaràs, controlades per llevadores que treballen en el sistema de salut pública de Catalunya, es va evidenciar que la prevalença de símptomes d'IU al final de l'embaràs és del 35% i la de símptomes d'IA del 10%. Els factors de risc per la IU i per la IA identificats en el nostre estudi són: els antecedents familiars d'IU (mare o germanes), l'índex de massa corporal al començament de l'embaràs, l'edat superior a 35 anys i l'increment de pes durant l'embaràs. Després del part la prevalença d'IU i IA és d'un 16% i 7% respectivament. El part vaginal i el fet d'haver tingut símptomes d'IU durant l'embaràs, suposen un increment important del risc en el postpart. Aquest estudi aporta un nivell d'evidència II.

Des del punt de vista fisiopatològic, sabem que els músculs del sòl pelvià (MSP) tenen un paper molt rellevant per mantenir la continència en la dona. El múscul elevador de l'anus (MEA) estableix la uretra sobretot durant els esforços i permet que es mantingui tancada durant els augments de la pressió abdominal. S'ha pogut demostrar que la contracció voluntària del MEA desplaça la bufeta de l'orina endavant i amunt afavorint la continència i que la repetició d'aquestes contraccions, augmenten el volum muscular i tanquen el hiatus urogenital. Sabem que fer una contracció voluntària del MEA abans de fer un esforç, que es coneix com "knack", comprimeix la uretra i augmenta la resistència uretral. Per aconseguir de forma eficaç que els músculs del sòl pelvià potenciïn la continència, és necessari que les dones aprenguin a fer la contracció ben feta sota la supervisió d'un professional de la salut entrenat i que, posteriorment, segueixin un programa d'entrenament segons les seves capacitats, amb la supervisió de l'expert per estimular el seu acompliment. Tenim evidència de nivell I que això és eficaç per millorar la IU d'esforç i la IU mixta en la dona.

Durant l'embaràs hi ha una pèrdua de to dels MSP per l'efecte de les hormones de l'embaràs. En el part el múscul elevador de l'anus es distancia per permetre el pas del fetus, es calcula que el diàmetre del hiatus urogenital s'incrementa entre un 25 i un 45%. Aquest increment pot lesionar també les fibres musculars, sobretot del fascicle pubococcigeal de l'elevador i també es poden lesionar fibres nervioses. Per tant, sembla pertinent que es posi en pràctica una estratègia per millorar la funció muscular durant l'embaràs i recuperar-la en el postpart. Això suposa que les dones siguin instruïdes per fer de forma correcta la contracció voluntària dels MSP i que segueixin un programa d'exercicis a casa seva supervisat periòdicament per un/a professional.

Tant les llevadores, com els ginecòlegs, són els professionals responsables de la cura de la dona durant l'embaràs, el part i el postpart, per tant són els professionals que tenen més oportunitats per entrenar i estimular les dones a practicar els exercicis de contracció dels MSP. La llevadora és el/la professional de la salut que està més a prop de la dona durant tot l'embaràs i en el postpart i el seu paper és clau per posar en marxa qualsevol estratègia preventiva i de tractament de les disfuncions del sòl pelvià en aquest període de la vida de la dona. Per tant, considerant que tenim dades pròpies suficients com per afirmar que a Catalunya la dimensió del problema és considerable, sembla doncs recomanable establir, en la mida que sigui possible, estratègies preventives basades en aquestes dades.

És per a mi una gran satisfacció fer la presentació d'aquest document que han elaborat un grup de llevadores que treballen en els ASSIR i que han participat de forma activa en l'estudi de cohorts en primíparees que va dur a terme el Grup de Recerca del Sòl Pelvià (GRESPE).

L'Associació Catalana de Llevadores edita aquesta monografia que té com a objectiu principal servir de guia per a la posta en marxa d'una acció preventiva del problema del sòl pelvià durant l'embaràs i el postpart.

Montserrat Espuña Pons

*Responsable Unitat del Sòl Pelvià. ICGON. Hospital Clínic
Professora Associada Unitat Docent de Llevadores
Universitat de Barcelona
Presidenta de la Secció de Sòl Pelvià (SESP) de la
Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO)*



Justificació

La incontinència urinària (IU) és una patologia molt prevalent en la població, tal i com hem comentat en la presentació d'aquest document, i dos terços de les persones que reconeixen tenir IU tenen símptomes moderats, greus o molt greus. La gravetat dels símptomes augmenta amb l'edat, tant en homes com en dones. La prevalença global d'IU és 3 cops superior en les dones que en els homes.⁽¹⁾

Les disfuncions del sòl pèlvic, com per exemple la incontinència urinària, són problemes de salut freqüentment ocultats que deterioren la qualitat de vida, limiten l'autonomia i repercuteixen en l'àmbit psicosocial, laboral, afectiu i sexual de la dona. A més, incrementen l'ús de recursos socio-sanitaris i familiars, cosa que comporta una gran despesa econòmica.

La reeducació dels músculs del sòl pèlvic és una intervenció eficaç de baix risc que pot reduir significativament la incontinència. Perquè sigui eficaç la persona ha de tenir la capacitat de contraure els músculs de manera correcta i complir amb un règim específic d'exercicis. Shüssler et. al⁽²⁾ defineix la reeducació com: *Aquelles tècniques que pretenen augmentar la força muscular i millorar el control d'aquest múscul. Això implica que el control i l'educació ha existit en el passat però s'ha perdut o s'ha compromès i això pot comportar una disfunció dels músculs del sòl pèlvic (MSP).*





En aquest sentit l'Associació Catalana de Llevadores va considerar important unificar criteris i consensuar les intervencions per prevenir, detectar i valorar les disfuncions del sòl pelvià, així com proporcionar eines a les llevadores per:

- Promoure estils de vida saludables des de l'adolescència a la menopausa informant i educant les dones.
- Ensenyar a la dona a prendre consciència del seu perineu, de la forma i estructura de la seva pelvis.
- Ensenyar a la dona els exercicis per a l'entrenament dels músculs del sòl pelvià (EMSP) i així adquirir un to adequat a nivell dels MSP.
- Ensenyar a treballar i adaptar els exercicis del sòl pelvià als hàbits quotidians.
- Conèixer i detectar els factors de risc que incideixen negativament en el sòl pelvià durant l'embaràs.
- Sistematitzar les intervencions per a la prevenció del sòl pelvià durant l'embaràs, part i postpart





Introducció

La prevenció primària consisteix en la protecció de la salut, a nivell individual i comunitari, per evitar l'aparició de la malaltia. Les mesures i intervencions pròpies en aquest nivell pretenen reduir la susceptibilitat de les persones a emmalaltir o evitar l'exposició a factors de risc. S'apliquen doncs a persones sanes i quan són efectives disminueixen la incidència de la malaltia. En aquest sentit, la prevenció de les disfuncions del sòl pelvià formen part de l'estratègia per evitar l'aparició d'aquests problemes.

Els músculs de la cavitat abdominopelviana són els que donen suport als òrgans intrapèlvics (úter, vagina i anus). La seva contracció i relaxació està relacionada amb el control de la micció i la defecació. En condicions normals la pressió existent dins la cavitat abdominal és igual a l'atmosfèrica, és a dir 0, però aquesta pot patir augments fisiològics transitoris, com són els moviments respiratoris, la tos, els esternuts, les deposicions...

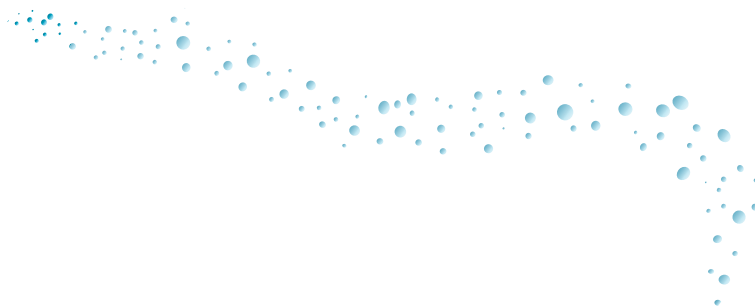
Al llarg de la vida, aquesta musculatura es pot veure sotmesa a agressions que traspassin els augments de pressió fisiològics i transitoris com són els embarassos, els parts, els esports de risc, la pràctica d'instruments de vent... i que, juntament amb l'envelliment, comporten la pèrdua de to muscular, col·lagen i elastina i poden portar a una incontinència urinària d'esforç que alterarà la qualitat de vida de les dones.

L'any 1948 el Dr. Arnolt Kegel va iniciar un mètode per a la rehabilitació de la musculatura del sòl pelvià (SP). Ell sostenia que els problemes de l'SP es generaven després del part per la relaxació genital, produïda per lesions dels nervis per sobreestirament dels músculs o per estrip de la fàscia. El seu mètode consistia en fer contraccions en direcció caudal amb els músculs del sòl pelvià (MSP), és el que s'ha conegut com exercicis de "Kegel" tot i que, actualment, parlem de la contracció voluntària dels músculs del sòl pelvià.

Els exercicis dels MSP fets tant per recuperar el to de la musculatura com realitzats automàticament davant d'un impacte puntual de la musculatura del sòl pelvià, contribueixen a la prevenció, tractament i recuperació d'aquesta patologia.

Existeixen diverses hipòtesis respecte les raons per les quals seria útil entrenar els MSP abans que es desenvolupi una IU. Una d'elles, per exemple, és la que considera que el múscul entrenat podria ser menys propens a l'elongació i a la lesió, de manera que seria més fàcil ensinistrar-lo de nou ja que s'ha fet l'aprenentatge prèviament. També cal considerar que el múscul entrenat té una reserva major de força.⁽³⁾

Durant l'embaràs, l'entrenament dels MSP podria ajudar a contrarestar la major pressió intrabdominal provocada pel creixement del fetus i, també, la reducció de la pressió uretral produïda per les hormones.





Anatomia del sòl pelvià

La musculatura del sòl pelvià tanca la pelvis òssia i desenvolupa un paper fonamental en el manteniment de l'estàtica corporal garantint l'estabilitat de la regió lumbopèlvica junt amb el transvers de l'abdomen. Té un paper important en el manteniment de la continència, permetent la micció i la deposició i intervenint en la resposta sexual.

El sòl pelvià consta d'un sistema interrelacionat que està format pel peritoneu, els òrgans, la fàscia endopèlvica, la membrana del perinè i els músculs. Tot aquest sistema de suport visceral també està format per feixos i lligaments: uns consoliden i donen suport als òrgans i altres, com els lligaments, suspenen aquests òrgans i actuen com punts d'ancoratge, unint la vagina a la pelvis òssia.

La fàscia està formada per teixit conjuntiu, que és el més vulnerable a les lesions. Els elements clau del teixit conjuntiu són: el col·lagen i l'elastina. Aquests dos components pateixen modificacions durant l'embaràs, el part i l'envelliment.

La fàscia estabilitza els òrgans intrapèlvics, formant un entramat de fibres que embolcallen els òrgans. Els engrossiments de la fàscia formen els lligaments. El grau de tensió d'aquest entramat dependrà del to i de la força del múscul elevador de l'anús (MEA). Aquest, proporciona el principal suport muscular i és d'importància decisiva per a la recuperació muscular del sòl pelvià (RMSP).

Actualment, entenem els òrgans pèlvics i les estructures que els suporten com elements dinàmics que pateixen les pressions que es generen dintre del compartiment de l'abdomen.

Des del punt de vista funcional, dividim els elements de l'SP en elements actius i elements passius, sent el MEA l'element actiu principal. La seva integritat juga un paper molt important en el manteniment i suport de l'SP. Els elements passius estan integrats per la fàscia i els lligaments.

De Lancey divideix aquest sistema de suspensió en tres nivells:

- Nivell I: **Estabilitza el cèrvix i el terç proximal de la vagina.**
- Nivell II: **Estabilitza els 2 terços superiors de la vagina.**
- Nivell III: **Defineix l'orientació del terç inferior de la uretra, la vagina i el canal anal.**⁽⁴⁾

La fàscia i els lligaments uterosacres aconseguixen que els dos terços superiors de la vagina es mantinguin horitzontals. Seria com parlar, per exemple, d'una pila de plats sustentats sobre una safata, que és el MEA. Si el MEA es lesiona, aquesta pila de plats s'inclina. D'entrada els òrgans són mantinguts al seu lloc per la fàscia endopèlvica però degut a la poca força acaba cedint, de manera que els plats cauen.⁽⁵⁾

Musculatura del sòl pelvià

Antigament, aquests músculs es representaven com una hamaca (cúpula cap avall), però ara, mitjançant la ressonància magnètica s'observa que els MSP formen dos cúpules amunt, com un arc doble.⁽⁶⁾

Estudis recents divideixen aquests músculs en 3 plans: **el profund, el mig i el superficial.**

Pla profund

El múscul elevador de l'anus es divideix en :

- A/** Porció pubovisceral, formada pel pubococcigeal i el puborectal. Les disfuncions d'aquests, poden causar problemes als òrgans de l'SP, com ara prolapses, incontinença fecal o incontinença urinària.
- B/** L'ílleococcigeal és la porció ubicada a la part posterior. Es tracta d'una estructura dinàmica que contínuament ajusta la seva tensió als successius canvis de la pressió intrapèlvica.

Pla mig

Membrana perineal (abans anomenada “diafragma urogenital”). La vagina i la uretra passen a través d’aquesta membrana i això contribueix a la subjecció d’aquestes estructures. Al pla mig, hi trobem també el múscul transvers profund del periné, que és l’element anatòmic que estableix el cos perineal, element essencial en el sistema de suspensió i suport.

Pla superficial

En aquest pla trobem el periné. El pla superficial es divideix en: **la regió anterior i la posterior**.

En la **regió anterior** trobem:

- El múscul bulbocavernós
- El múscul isquiocavernós
- El múscul transvers superficial del periné

En la **regió posterior** trobem el canal anal amb el múscul de l’èsfinter anal i el rafe anococcigeal.

Si contempléssim la **cavitat abdomino pelviana** com un sol receptacle hi trobaríem:

- El diafragma toràcic per sobre de la cavitat
- Els músculs abdominals pel davant i pels costats
- Els músculs paravertebrals i la columna lumbosacra pel darrera
- El sòl pelvià per sota, tancant una cavitat que és flexible i modelable

En els éssers humans la pressió intrabdominal augmenta durant la majoria de les activitats. Els efectes d’aquest augment de pressió han estat estudiats per diferents investigadors i s’ha demostrat que, perquè hi hagi una bona estabilitat és necessari que els músculs no treballin de manera aïllada sinó amb sinèrgies. Els resultats de les investigacions indiquen que la contracció dels MSP activa la contracció dels músculs abdominals, sobretot del transvers (TrA); per tant deixar relaxat l’abdomen durant la contracció de l’SP resulta inadequat, ja que provoca una disminució de la intensitat de la contracció.⁽⁶⁾

L’SP no és una simple cavitat anatòmica, sinó també una cavitat funcional. L’alteració d’un dels seus components implica, d’una banda, alteracions de la seva funció: incontinència d’orina o fecal i alteracions de l’activitat sexual. D’altra banda, cal considerar les alteracions anatòmiques que es poden produir, com per exemple: prolapses i malformacions.

Fisiologia de la musculatura del sòl pelvià

L'SP està format per una part petita de teixit muscular i una proporció més elevada de teixit conjuntiu.

El múscul elevador de l'anús és de musculatura estriada i conté 2 tipus de fibres musculars:

- 1/ **Les fibres musculars de tipus I o lentes (tòniques).** Són petites i es poden contraure llarg temps però la seva força és feble.
- 2/ **Les fibres musculars de tipus II o ràpides (fàsiques).** Són més grans, tenen més força de contracció i poca resistència.

Del teixit muscular un 33% està format per fibres ràpides i un 67% per fibres lentes.⁽⁴⁾

Quan parlem d'entrenament muscular hem de parlar de: **to, força, resistència i nombre de repeticions**

—> **To muscular:**

És la contracció mínima permanent al marge de qualsevol acció voluntària ("tensió en repòs") abans que es produeixi l'esforç.

—> **Força:**

Màxima tensió que un múscul pot generar.

—> **Resistència:**

Període de temps durant el qual es pot mantenir o repetir una contracció.

—> **Repeticions:**

Nombre de vegades que poden repetir-se les contraccions amb la mateixa força.⁽⁴⁾

Entrenament de la musculatura del sòl pelvià

L'entrenament muscular del sòl pelvià (EMSP) és el tractament més freqüentment utilitzat en les dones amb incontinència urinària. En termes generals, l'evidència científica existent⁽⁷⁾ recolza que es realitzi l'entrenament de la MSP en els programes de tractament conservador de les dones amb IU d'esforç, d'urgència o mixta, tot i que l'efecte del tractament és major en les dones joves (de 40 i 50 anys) amb incontinència d'esforç exclusivament i que participen en un programa d'entrenament de la MSP supervisat durant 3 mesos.

S'han proposat 2 teories per explicar l'efectivitat de l'entrenament de la MSP:

1/ **Aprendre a contraure el MSP de manera conscient abans i durant els augments de pressió intrabdominal. Un assaig controlat va demostrar que l'ús d'una contracció muscular de l'SP voluntària i oportuna ("Knack" - anticipació a l'esforç) podria reduir la pèrdua d'orina durant la tos (Miller 1998).**⁽⁸⁾

2/ **Augment del suport muscular per hipertrofia, tenint en compte que el treball també està dirigit a l'enfortiment del teixit conjuntiu que envolta la musculatura i que manté la seva posició dins de la pelvis.**⁽²⁾



Segons el criteri dels membres del comitè de la Societat Internacional per la Continència (ICI) del 2004, un programa d'exercicis del sòl pelvià es defineix com: un programa impartit per un professional sanitari que té com a objectiu ensenyar a realitzar la màxima contracció voluntària dels MSP de manera repetida. L'entrenament pot ser individual o en grups, però sempre supervisat i el més intens possible. Tots els programes coincideixen que el repte és mantenir la motivació i la constància, cosa que afecta tant a l'entrenament de la força, com al manteniment a llarg termini.⁽²⁾

Una revisió de 16 articles sobre l'entrenament de la força dels MSP va revelar una varietat considerable de règims d'exercicis. Tanmateix, tots els autors coincideixen en que les persones han de rebre:

- > **Instruccions individuals**
- > **Palpació vaginal**
- > **Avaluació de la resposta**
- > **Seguiment del treball** ⁽⁴⁾

L'objectiu del treball és augmentar la força i la durada de la contracció per tal d'augmentar la resistència. Així, s'aconsegueixen contraccions de màxima intensitat: allargant el temps de la contracció i augmentant el nombre de repeticions. La resistència es desenvolupa mitjançant un nombre alt de repeticions amb contraccions lentes o de poca càrrega i la força es caracteritza per un nombre baix de repeticions amb contraccions de gran velocitat. ⁽⁴⁾

Bo et al⁽⁹⁾ descriu que l'efecte de l'entrenament produeix un augment de les motoneurones. Quan els músculs treballen amb la màxima força i de forma repetida, augmenta la mida de la fibra muscular. La hipertròfia és una resposta a llarg termini. Fisiològicament, els exercicis volen aconseguir més estimulació de les fibres tipus II per fer front davant l'esforç. ⁽¹⁰⁾

Exploració dels músculs del sòl pelvià



- Cal crear un espai agradable per tal que la dona se senti còmoda
- Cal donar les explicacions suficients perquè la dona entengui què se li demana

Normalment es tria la posició en decúbit supí: columna ben estirada, genolls en angle de 90° i peus separats. L'explorador/a recolza l'índex a la part inferior de la vagina i, a continuació, fa una valoració de la resposta muscular del múscul elevador de l'anus (porció pubovisceral). També es pot utilitzar l'índex i el dit mig, recolzant-los sobre les dues branques de la porció pubovisceral, separats uns 2-3 cm i lleugerament flexionats. Cal evitar o vigilar que la contracció simultània dels rectes abdominals sigui mínima. L'exploració d'aquest múscul dóna informació de la seva integritat i de la força.

Factors que s'han de valorar:

- > **Simetries de l'elevador dret i esquerre**
- > **Depressions, vuits o retraccions en el lloc de la cicatriu de l'episiotomia o estrip**
- > **Força i resistència de l'elevador dret i esquerre en el seu conjunt**
- > **Si hi ha resposta reflexa al tossir**
- > **Desplaçament del múscul quan es demana una contracció⁽⁷⁾**

Per mesurar la força de la musculatura s'utilitzarà l'Escala d'Òxford Modificada:⁽⁷⁾

0	Absència de contracció, inversió de l'ordre
1	No es percep la contracció, però sí certa tensió
2	Contracció feble, es nota la tensió
3	Contracció moderada, es nota la tensió però no admet oposició digital
4	Contracció bona, permet lleugera oposició digital
5	Contracció forta, permet forta oposició digital ⁽²⁾

Al 2009, es va publicar una revisió sistemàtica que analitzava l'eficàcia de l'EMSP per a la prevenció i tractament de la IU en l'embaràs i el postpart.⁽³⁾ Aquesta revisió analitzava el tipus de programa i els mètodes utilitzats. Els resultats demostraven l'evidència que els exercicis de la contracció dels músculs del sòl pelvià són eficaços per eliminar o disminuir el nombre d'episodis d'IU en el postpart. No obstant, la revisió d'aquests estudis no permet tenir evidència de quin seria el programa més eficaç.



Recomanacions per a la prevenció de la IU en un programa d'EMSP sobre la base de la revisió sistemàtica⁽¹¹⁾

- Motivar les dones per fer EMSP tant durant l'embaràs com en el postpart (grau A)
- Atenció especial a les dones que tenen símptomes d'IU durant l'embaràs i el postpart (grau A)
- Incloure el programa d'EMSP dins dels programes d'Educació Sanitària durant l'embaràs i el postpart, afegint al menys dues sessions d'entrenament individual (grau A)

Exercicis per a l'entrenament dels músculs del sòl pelvià

En què consisteixen els exercicis

Són contraccions de la musculatura del sòl pelvià amb la finalitat d'aconseguir augmentar la força i la resistència d'aquests músculs.⁽³⁾

Els exercicis per a l'EMSP estan recomanats per a la prevenció i el tractament de la incontinència urinària i/o anal, també per facilitar el part i també poden millorar les relacions sexuals.

Com realitzar-los

Passos per a l'execució correcta dels exercicis del sòl pelvià

- 1 Identificació dels músculs:** la manera més senzilla per reconèixer el múscul perineal és aturant la micció a intervals. Consisteix a asseure's en el sanitari i a l'orinar intentar retenir el flux d'orina, contraient els músculs del sòl pelvià. Practicant diverses vegades, la persona pot arribar a tenir consciència del grup de músculs que fan la contracció. Si es pot fer, encara que sigui parcialment, s'hauran localitzat els músculs que s'han de treballar, caldrà *fer-ho únicament per reconèixer els músculs, ja que altera el reflex normal de la micció i podria induir a una alteració d'aquest mecanisme o a deixar residu d'orina en la bufeta al finalitzar la micció. Es recomana no fer-ho en la primera micció del dia.*

En les primeres etapes és interessant que la dona prengui consciència dels MSP per tal de no confondre amb la contracció dels rectes abdominals, glutis i abductors.

Opcionalment i per percebre més objectivament la contracció d'aquesta musculatura del sòl pelvià, també pot lubricar-se un dit (a vegades amb una mica d'aigua és suficient) i col·locar-lo en la vagina o en l'anus; immediatament després i amb la musculatura abdominal i dels glutis ben relaxades, expulsar aire poc a poc per la boca i prémer al voltant del dit.

- 2 **Els exercicis poden realitzar-se en qualsevol moment, lloc i posició**, però es recomana, en el seu inici, buscar un lloc tranquil on la dona es pugui concentrar. La posició més fàcil és asseguda en una cadira, ben enrere, amb els peus recolzats a terra i lleugerament separats, inclinar-se endavant, posant els colzes i els avantbraços sobre les cuixes. Aquesta postura evita que es contreguin els músculs de les natges i abdominals. Més endavant podrem fer-los en altres posicions. Altres posicions serien: estirats al llit amb les cames doblegades, lleugerament separades i els peus recolzats, dempeus o de genolls com si es gategés. És aconsellable agafar l'hàbit de fer els exercicis associats a alguna activitat diària.

Sent constant en la pràctica diària del programa d'exercicis establerts i amb la supervisió d'un professional al menys un cop a la setmana, després d'un termini de 4 a 6 setmanes s'ha d'advertir una millora, però en la majoria dels casos el canvi no es nota fins als 3-6 mesos de pràctica regular diària (al menys el 80% dels dies). Com més es practiquin més eficaços són.

Durant l'execució dels exercicis no s'han de sentir molèsties ni a l'abdomen ni a l'esquena: si això succeeix és que s'estan realitzant de forma incorrecta. És molt important no aguantar la inspiració.^(12,13,14,15)

- 3 **Buidar la bufeta.** La pràctica dels exercicis dels MSP s'ha de realitzar amb la bufeta buida.



Tipus de contraccions

Les contraccions dels músculs pelvians poden ser de dos tipus: **lentes i ràpides**.⁽¹⁶⁾

- > **Contracció lenta:** contraure el sòl pelvià durant 6-8 segons i relaxar la musculatura durant un mínim de 6 segons. Inicialment la duració de la contracció serà la que es pugui mantenir sense signes de fatiga muscular.
- > **Contracció ràpida:** contraure el sòl pelvià durant 2 segons en sèries de 4, relaxar la musculatura durant 6 segons.

L'objectiu és poder arribar a exercitar la musculatura combinant les contraccions **lentes i ràpides**:

- > **Contraure el sòl pelvià durant 6-8 segons seguit de 3-4 contraccions ràpides i relaxar la musculatura entre 6-8 segons.**

Taula bàsica d'exercici

Després de revisar diferents intervencions per l'entrenament de la musculatura del sòl pelvià i comprovar que no existeix cap estudi amb evidència científica que determini l'efectivitat de l'EMSP per a la prevenció i tractament de la IU/IF, s'ha inclòs el règim d'entrenament de Dumoulin⁽¹⁷⁾. Els seus paràmetres consisteixen en afavorir la força màxima i un nombre relativament petit de repeticions. També inclou aprendre a contraure els MSP de manera conscient abans i durant l'augment de pressió intrabdominal "Knack" (anticipació a l'esforç).⁽⁸⁾

La pauta d'entrenament seria de 8-12 contraccions a màxima intensitat mantinguda durant 6-8" cadascuna i, després de cada contracció, afegir 3-4 contraccions ràpides i un descans d'un mínim de 6-8" entre contracció i contracció. S'ha de realitzar 3 vegades al dia durant 5 dies a la setmana, 8 setmanes de tractament i adquirir l'hàbit de la contracció dels MSP davant l'esforç.

La conclusió de les intervencions que s'han revisat de la Cochrane indica que per reduir la prevalença de la IU/IF en la última etapa de l'embaràs i després del part, els programes d'EMSP han de ser més intensos del que s'ha fet fins ara i ensenyar-los a grups específics de dones que tinguin més probabilitats de beneficiar-se. No existeixen suficients proves per suggerir si els efectes persisteixen a llarg termini.^(3, 17)

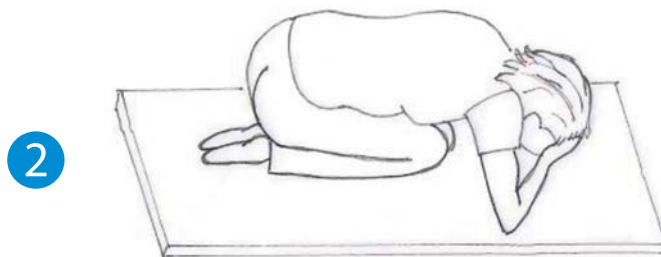
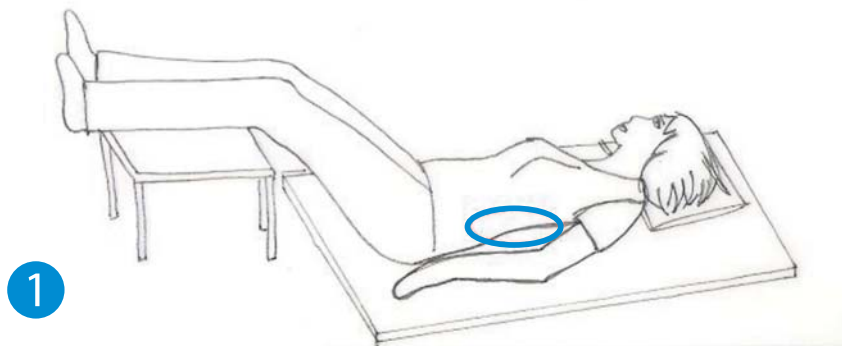
Cal tenir en compte els següents aspectes en l'EMSP:

- 1 Els exercicis s'han de realitzar en llocs on no hi hagi soroll i pugui reservar-se la intimitat i afavorir la concentració.
- 2 Cal respirar correctament durant els exercicis. Per aconseguir-ho cal relaxar els músculs pelvians en la inspiració i contraure'ls en l'expiració.
- 3 Exercici d'anticipació a l'esforç: dempeus, les cames lleugerament separades, posar una mà a l'abdomen per sota del melic, contraure el sòl pelvià i tossir mantenint la contracció. És important que l'abdomen no empenyi la mà endavant.
- 4 Es recomana la pràctica diària de l'exercici en 3 sèries fins arribar a 12 exercicis cada vegada, variant la postura. Matí en decúbit supí, tarda dempeus i a la nit asseguda. És important que aquests exercicis es facin de forma continuada.^(12,13,14,15)
- 5 L'exercici ha de ser continuat amb regularitat per mantenir l'efecte del tractament. Una pauta de manteniment seria dedicar 10 minuts al dia a la realització dels exercicis.⁽⁸⁾

Tot i que segons els resultats de Dumoulin⁽¹⁷⁾ i Hay-Smith⁽³⁾ la pràctica d'aquests exercicis comporta un benefici tant a nivell de tractament com de prevenció, independentment del TMV, és important fer una valoració de cada dona i personalitzar la pauta d'exercicis, si és necessari.

Postures per als exercicis

Abans de cada sèrie d'exercicis, convé relaxar la musculatura del sòl pelvià durant 3 o 4 minuts. Aquestes dos postures són molt recomanables en aquesta fase.



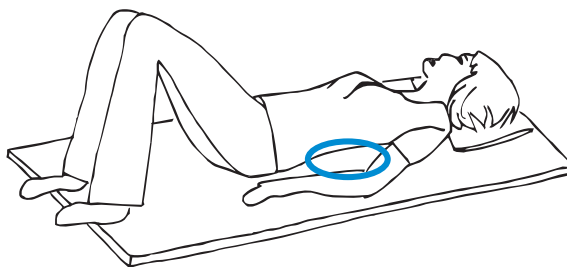
- 1 Estirada al terra respectant la curvatura fisiològica de l'esquena, col·locar les cames damunt d'una cadira.
- 2 Col·locar-se de genolls i amb el cos inclinat cap endavant recolzant els avantbraços al terra i el cap entre les mans.

Es poden adoptar aquestes altres postures per l'EMSP:

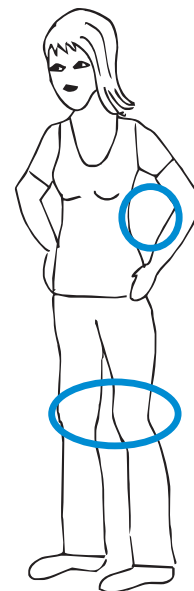
- 1 Asseguda sense recolzar l'esquena, peus ben recolzats al terra, cames lleugerament separades, genolls a l'alçada dels malucs, inclinar-se endavant posant els colzes i els avantbraços sobre les cuixes. Podem estar amb la mateixa posició i posar un objecte entre les cuixes que provoqui una resistència, com una tovallola enrotllada.
- 2 Tombada al terra respectant la curvatura fisiològica de l'esquena, cames flexionades i lleugerament separades amb els peus recolzats al terra.
- 3 Dempeus, les cames semi flexionades, peus lleugerament separats, espatlles fixes i mans a les crestes ilíiaques.⁽¹³⁾



1



2



3

Consells per a la protecció del sòl pelvià

Prevenició en les activitats quotidianes:

Per protegir la zona pelviana en les activitats quotidianes caldrà adoptar la posició corporal correcta per tenir cura d'aquesta zona en tots els moviments i activitats del dia i d'aquesta manera disminuir la sobrecàrrega sobre aquesta musculatura:

→ Posició corporal:

Quan s'estigui dempeus evitar tensar els genolls desplaçant l'abdomen endavant. Tensar els músculs abdominals i pelvians amb lleugera flexió dels genolls, assentant la columna vertebral.

→ A l'aixecar-se o asseure's:

Abans d'aixecar-se d'una cadira, desplaçar el cos cap a l'extrem, després tensar la zona pelviana i aixecar-se amb l'esquena recta i lleugerament inclinada endavant. Per asseure's seguir els mateixos passos en ordre invers, tenint cura, un cop asseguts, de mantenir l'esquena recta fent que el pes reposi sobre els ísquiums.⁽¹³⁾

→ Activitats corrents de la vida diària:

Tensar els músculs pelvians en activitats com: tasques domèstiques (passar l'aspirador, escórrer la fregona...), pujar escales, esternudar, tossir, en la pràctica d'instruments de vent, al cantar, riure, a l'aixecar o arrossegat objectes pesats.^(13, 14)

Intervals miccionals no superiors a tres hores.

Evitar el restrenyiment.

Evitar l'obesitat.

Ingesta hídrica correcta (no superior a 1,5 litres/dia).⁽¹⁵⁾

Bons hàbits higiènics.

Prevenició a la infància

→ Educar els esfínters.

→ Hàbits miccionals i deposicionals correctes.



Prevenició a l'adolescència

- Integració del sòl pelvià a l'esquema corporal.
- Entrenament de la musculatura del sòl pelvià en les dones que practiquen esports, especialment, esports d'impacte.
- Detectar factors de risc: bulímia, tabaquisme, alcohol.

Prevenició durant l'embaràs / part / puerperi

- Evitar el restrenyiment.
- Bons hàbits miccionals.
- Evitar l'augment excessiu de pes.
- Practicar exercicis perineals.
- Realitzar massatge perineal durant l'embaràs.
- En el període d'expulsiu del part, mantenir la bufeta buida.
- Evitar expulsius perllongats amb espoderaments amb inspiració bloquejada.
- Correcta protecció del perineu.
- Iniciar precoçment els exercicis de sòl pelvià.

Prevenició durant la menopausa

- Detecció precoç de prolapses o incontinència.
- Bons hàbits d'higiene i dieta.
- Exercicis perineals.



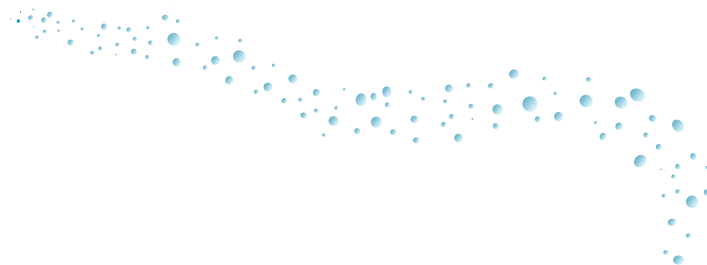
Errors comuns en l'aprenentatge dels exercicis dels músculs del sòl pelvià

Els errors més comuns són la contracció dels glutis, adductors i, sobretot, els músculs abdominals enlloc dels músculs del sòl pelvià per manca d'integració de l'esquema corporal de la pròpia dona. Per això, és important que primer s'identifiqui correctament l'MSP.^(pàg. 19)

S'ha de tenir present que entre el 25% - 30% de les dones inverteixen l'ordre i empenyen en comptes de tensar; aquest fet pot tenir greus conseqüències perquè pot empitjorar la incontinença i els prolapses incipients, especialment en el post part.^(16, 17)

La contracció ideal dels músculs del sòl pelvià implica el moviment de la musculatura pelviana en direcció cefàlica amb mínima activitat dels músculs abdominals; una contracció excessiva dels músculs abdominals causaria pressió sobre ells. La contracció dels músculs glutis i adductors podria emascarar una contracció feble dels músculs pelvians.⁽²⁰⁾

També cal tenir en compte que la respiració, el desplaçament del diafragma, té un efecte sobre la musculatura pelviana. L'inspiració té un efecte de tracció sobre els músculs pelvians, per tant serveix de suport durant la pràctica dels exercicis. Un error a evitar és fer els exercicis en apnea inspiratòria: durant la inspiració hi ha un descens de la cúpula diafragmàtica, els òrgans interns i els intestins es comprimeixen i es dilata la zona pelviana i abdominal.⁽¹³⁾



Entrenament de la musculatura del sòl pelvià en l'embaràs

En el transcurs de l'embaràs, la musculatura del sòl pelvià va disminuint la seva capacitat de contracció, que es tradueix en un debilitament de la mateixa. Aquest progressiu debilitament es pot veure accentuat en determinades circumstàncies, com poden ser: un augment de pes elevat, una debilitat de la musculatura abdominal que afavoreixi l'accentuació de la lordosis lumbar, que desplaça el centre de gravetat i les pressions es dirigeixen cap a la part anterior del diafragma pèlvic o factors hiperpresius abdominals.⁽³⁾

Un cop demostrada l'eficàcia dels exercicis en el manteniment i reeducació de la musculatura del sòl pelvià, aquests s'han d'introduir de manera sistemàtica dins les visites prenatales, l'educació sanitària i en el postpart. La llevadora és el/la professional sanitari/a que acompanya la dona en aquest procés i és per això que ha de desenvolupar habilitats i estratègies adequades.⁽²¹⁾

Els músculs del sòl pelvià es comporten com tots els músculs, per tant, quan s'afebleixen es poden enfortir de nou mitjançant exercicis. Una vegada apresos i comprovat l'aprenentatge per part de la llevadora, val la pena exercitar-los diàriament, ja que està demostrat que ben fets milloren els símptomes i disminueixen les pèrdues d'orina.

Es poden realitzar en qualsevol lloc i gairebé en qualsevol situació: asseguda, dempeus, en situació d'espera, estirada...

Per realitzar-los no cal cap tipus de preparació especial. No cal cap estat de preparació física.

Amb un programa preventiu durant l'embaràs en el qual les gestants aprenguin a tonificar la musculatura perineal i prendre consciència del sòl pelvià, disminuirà la instauració de lesions i disfuncions d'aquests músculs.



Primera visita control gestació

→ Entre les 6-11 setmanes de gestació^(annex 1)

1 Dins de l'anamnesi general recollir específicament:⁽²²⁾

- Factors de risc:
 - Dones majors de 35 anys.
 - Mare o germana que hagin patit incontinència.
 - IMC $\geq$ 25 a l'inici de l'embaràs.
- Antecedents obstètrics:
 - Pes de fills anteriors, tipus de parts anteriors, bessonades, llarg període d'expulsiu, episiotomies, esquinços (I, II, III graus).
- Hàbits tòxics:
 - Tabac, pel possible efecte de tos crònica, bronquitis crònica.
- Antecedents personals:
 - Infeccions urinàries de repetició.
 - Restrenyiment habitual.
 - Esports de risc i instruments de vent.
 - Activitat laboral diària amb algun tipus d'esforç físic intens (aixecar pesos, fregar, córrer, pujar escales).
 - Antecedents personals (incontinència urinària i/o fecal i de gasos).

2 Donar informació sobre el procés de l'embaràs i de com afecta sobre el sòl pelvià.

3 Informació sobre hàbits saludables:

- Evitar el tabac.
- Dieta variada i equilibrada segons l'activitat física.
- Augment de pes recomanat durant l'embaràs (segons IMC) (grau B).
- Evitar begudes amb cafeïna, pot causar que s'orini amb més freqüència (grau B).
- Beure abundants líquids durant el dia (sobretot aigua), reduint la quantitat a la nit i abans d'anar a dormir.
- No aguantar el desig de miccionar.
- Buidar la bufeta completament i sense empènyer.
- Evitar el restrenyiment.



4 Exploració de la musculatura del sòl pelvià, tenint en compte els factors de risc,⁽¹⁵⁾ realitzar un test muscular vaginal (TMV) i registrar-lo a la història clínica.

- El TMV es realitzarà a la primera visita o abans de les 16 setmanes.
- Prendre consciència de la musculatura del sòl pelvià.
- Integració del concepte de protecció perineal a l'activitat quotidiana.
- Valoració i pauta d'exercicis personalitzada.⁽¹⁴⁾

—> Visita segon trimestre entre les 24-26 setmanes.^(annex 1)

- Recordar hàbits saludables i la realització de l'EMSP.
- Valoració del TMV i registre.
- Passar el qüestionari validat: ICIQ-UI-SF ^{(23) (annex 2)}
- Passar el qüestionari Jorge and Wexner Faecal. ^{(24) (annex 5)}
- Valorar l'augment ponderal.
- Comentar la dieta.
- Promocionar i animar-la per assistir a les sessions de preparació al naixement.
- S'explicarà la importància que té el massatge al perineu a partir de les 34 setmanes de l'embaràs, per facilitar la distensió del perineu a l'hora del part i així evitar possibles esquínços o episiotomies innecessàries.^(annex 6)
- Valoració i pauta d'exercicis personalitzada.

—> Visita tercer trimestre entre les 35-37 setmanes.^(annex 1)

- Recordar els hàbits saludables i la realització de l'EMSP.
- Valoració del TMV i registre.
- Passar els qüestionaris validats: ICIQ-UI-SF i Jorge and Wexner faecal.
- Recordar el massatge perineal.^(annex 6)
- Valorar l'augment ponderal.
- Comentar la dieta.
- Valoració i pauta d'exercicis personalitzada.



Entrenament de la musculatura del sòl pelvià en el programa: preparació per al naixement

- Realització de TMV abans de l'inici de les sessions (en la primera visita d'embaràs o a la primera visita de contacte a l'ASSIR si es controla la gestació en un altre servei).
- Considerar les valoracions de l'SP enregistrades a la història clínica, tant el TMV com els qüestionaris ICIQ-UI-SF i Jorge and Wexner Faecal.
- Si no consta cap valoració de l'SP, es realitzarà una primera visita amb la llevadora abans d'iniciar la preparació al naixement, per tal d'assegurar la realització adequada dels exercicis d'EMSP, que s'inclouen dins del programa d'entrenament psicofísic.
- Detecció i registre de factors de risc per a presentar IU, informar la gestant.
- Durant l'exploració de l'SP, s'explicarà a la dona gestant la realització dels exercicis de l'EMSP.
- A la primera sessió de preparació al naixement es farà un recordatori insistint en la presa de consciència de la musculatura del sòl pelvià:
 - > **Posició inicial:** assegudes amb l'esquena recta, en una cadira o màrrega, amb les cames estirades o en "posició de sastre"
 - 1. Contraure cap endins i cap amunt només els músculs del sòl pelvià, evitant la contracció d'abdominals, d'abductors i dels glutis. Mantenir la contracció de 6 a 8 segons.
 - 2. Relaxar-se un mínim de 6 segons.
 - > **Fer contraccions seguides.**
 - > **Respiració lliure, sense apnees.**
 - > **Durant el dia, caldria fer 2 o 3 repeticions de 10 contraccions en diferents posicions.**

Quan la gestant ha assolit els coneixements de les contraccions lentes i ràpides s'ha de passar a la taula d'exercicis,⁽¹⁴⁾ amb la finalitat de treballar els dos tipus de fibres que tenen els músculs del sòl pelvià.

A més a més de l'entrenament específic del sòl pelvià, s'inclouran altres exercicis del "Programa de Preparació per al Naixement":⁽²⁵⁾

Exercicis pectorals, exercici núm. 4

Exercici perineal/abdominal, exercici núm. 8

Exercicis de moviment de la pelvis, exercicis núm. 16, 17 i 18

A cada sessió es recordarà la importància de realitzar diàriament els exercicis de l'EMSP en diferents posicions. S'aconsellarà l'associació amb activitats diàries (per exemple: abans d'aixecar-se, durant la higiene dental, abans de dormir, al rentar-se les mans...) per facilitar-ne l'acompliment.

Entrenament de la musculatura del sòl pelvià en el post-part

—> 1a VISITA abans dels 15 dies.^(annex 3)

- Anamnesi – Enregistrar tipus de part, pes del nadó, episiotomies i/o esquinços, (duració de l'expulsiu), factors de risc (IU gestació).
- Informació d'hàbits saludables (tabac, begudes amb cafeïna, consells higiènic-dietètics)⁽²²⁾
- Observació i valoració del perineu. Visualització de la contracció en el nucli fibrós central del perineu (NFCP) i depenent del seu estat realitzar el TMV i enregistrar-lo a la història de l'ASSIR. Insistir en el reconeixement i presa de consciència de la musculatura del sòl pelvià, realització dels exercicis de l'EMSP.
- Omplir els qüestionaris validats: ICIQ- UI-SF^(annex 2) i Jorge and. Wexner Faecal.^(annex 5)
- Recordatori de la importància dels exercicis per a una bona recuperació de la musculatura del sòl pelvià.
- Valoració i pauta d'exercicis personalitzada.
- Donar full per registre d'exercicis de l'EMSP.^(annex 4)

—> 6 setmanes. ^(annex 3)

- Registre de la realització dels exercicis de l'EMSP.
- Exploració, TMV. Registre.
- Omplir qüestionaris.

Si no existeix IU i/o fecal, s'informarà de la necessitat de realitzar els exercicis i de mantenir uns hàbits de vida saludables, recordant els factors de risc, per tal de prevenir alteracions del sòl pelvià. ⁽²¹⁾

Si existeix IU i/o fecal es citarà a la puérpera en 6 setmanes (3 mesos postpart).

—> 3 mesos. ^(annex 3)

- Registre de la realització dels exercicis de l'EMSP.
- Exploració, TMV. Registre.
- Omplir qüestionaris.

Comparació dels resultats de l'exploració prèvia. Valoració de l'acompliment en la realització dels exercicis.

Modificar pla de treball, si és precís. Individualitzar en cada cas l'afectació en la qualitat de vida i nou control als sis mesos, amb derivació a servei especialitzat si es considera necessari. ^(26, 27)

Informar de l'existència d'altres activitats per enfortir la musculatura del sòl pelvià (*gimnàstica hipopresiva, dansa del ventre, així com utilització d'esferes de silicona o cons vaginals*). ⁽²⁸⁾



Entrenament de la musculatura del sòl pelvià en la visita preventiva a la salut sexual i reproductiva

Hi ha tres graus de prevenció: **primària, secundària i terciària** ⁽³⁾

1 La prevenció primària

Procura eliminar les causes de la IU i motivar la pràctica de l'EMSP en la dona sana i sense factors de risc.

2 La prevenció secundària

Procura detectar la disfunció asimptomàtica i tractar-la precoçment per parar-ne la progressió (recomanar la pràctica d'EMSP en el postpart).

3 La prevenció terciària

És el tractament dels símptomes existents per prevenir la progressió de la malaltia (indicar pràctica d'EMSP en cas d'incontinència).

En la visita de ginecologia preventiva i patològica caldrà:

→ Revisió de la història clínica

- Revisar i confirmar els diagnòstics mèdics i d'infermeria presents en la història de la dona.
- Avaluació de l'estat general de salut per tal de detectar patologies, intervencions i/o tractaments que poden generar simptomatologia ginecològica relacionada amb la incontinència (fecal i urinària).

→ Anamnesi

L'anamnesi es farà segons el decurs de la visita, avaluant la presència d'incontinència urinària i/o fecal.

- Preguntar si es realitza algun esport de manera habitual, quin és i com es realitza per tal d'analitzar conjuntament si suposa una sobrecàrrega muscular del sòl pelvià i buscar el detonant de la incontinència.

- Preguntes clau que es poden introduir dins l'anamnesi enfocades a investigar quin coneixement té la dona del sòl pelvià:
 - Coneix els exercicis d'entrenament del sòl pelvià per reforçar la musculatura del sòl pelvià?
 - Ha llegit o coneix quins avantatges té la seva pràctica?
 - Els practica regularment?, amb quina freqüència?
 - De quina manera creu que els podria introduir en els seus hàbits de vida?
 - Creu convenient repassar-los i/o explorar si la contracció muscular que vostè fa és correcta?

→ Exploració clínica

Una vegada finalitzada la història clínica i l'anamnesi iniciarem l'exploració clínica aprofitant la posició de litotomia.

- Valorar la presència de patologia de sòl pelvià (cistocèle, rectocèle, prolapse uterí), així com alteracions en genitals externs.
- Valoració de TMV.
- Informarem de la bona praxis dels exercicis de l'EMSP.

→ Recomanacions i objectius

- Informar sobre els avantatges que suposa la pràctica regular dels exercicis i ressaltar que requereixen constància i poca dedicació.
- Valorar el grau de preocupació i/o afectació de la qualitat de vida.
- Motivar a l'entrenament regular de la musculatura del sòl pelvià.
- Informar d'altres grups musculars sinèrgics amb la MSP i aconsellar exercicis.
- Orientar de quina manera es poden introduir els exercicis en la vida quotidiana.
- Informar dels beneficis que ofereix la regularitat dels exercicis en les relacions sexuals.
- Informar de l'existència d'altres activitats per enfortir la musculatura del sòl pelvià (*gimnàstica hipopresiva, dansa del ventre, així com utilització d'esferes de silicona o cons vaginals*).



→ Conclusions

Es fa necessari ressaltar la importància, en totes les etapes del cicle vital de la dona, dels beneficis de la pràctica regular dels exercicis per enfortir la musculatura pèlvica.

Quan es detecta IUE i/o IUU instaurada en el moment de la visita, es realitzarà pla de treball introduint la pràctica dels exercicis de l'EMSP.

Si la dona realitza correctament els exercicis es citarà en 2-3 mesos per valorar seguiment.

En cas de contracció nul·la o incorrecta s'aconsellarà sobre el fet que és molt *important la presa de consciència del sòl pelvià i reconèixer adequadament la contracció i relaxació de la musculatura. En aquest cas, i de forma excepcional, es pot aconsellar la realització dels exercicis de l'EMSP controlant la micció. El primer pas és reconèixer bé l'exercici.*

S'aconsellarà la inclusió dels exercicis en les activitats de la vida diària i es citarà en 2 setmanes per reavaluar, veure si es reconeix la musculatura de l'SP, establir el pla de treball i valorar posteriors visites de seguiment. Si la contracció és nul·la o molt feble s'haurà de considerar i consensuar amb la pacient la possibilitat de derivació al servei especialitzat en sòl pelvià.

Individualitzar en cada cas, en les visites de seguiment, l'acompliment dels exercicis de l'EMSP, a través del diari de registre^(annex 4) valorant si cal modificar el pla de treball i/o derivar la dona al servei especialitzat.

Recordar que no seria convenient recomanar la pràctica regular dels exercicis de l'EMSP sense confirmar que la contracció que realitza la dona és correcta.



Glossari

- **ASSIR** Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva
- **EMSP** Entrenament de la musculatura del sòl pelvià
- **ESCA** Enquesta de Salut de Catalunya
- **Grau A** Grau d'evidència científica*
- **Grau B** Grau d'evidència científica*
- **GRES P** Grup d'estudi que va publicar l'estimació de la incontinència urinària associada a l'embaràs Catalunya 2004
- **ICIQ-UI-SF** International Consultation on Incontinence Questionnaire–Urinary Incontinence–Short Form. Qüestionari validat específic per a la detecció i avaluació de la IU
- **ICI** International Continence Society (Societat Internacional per a la Continència)
- **IF** Incontinència fecal
- **IMC** Índex de massa corporal
- **IU** Incontinència urinària
- **IUE** Incontinència urinària d'esforç
- **IUU** Incontinència urinària d'urgència
- **MEA** Múscul elevador de l'anus
- **MSP** Musculatura del sòl pelvià
- **NFCP** Nucli fibrós central del perineu
- **RMSP** Recuperació muscular del sòl pelvià
- **SP** Sòl pelvià
- **TMV** Test muscular vaginal
- **TrA** Múscul transvers abdominal



Graus de recomanació*	
A	Existeix bona evidència en base a la investigació per donar suport a la recomanació.
B	Existeix moderada evidència en base a la investigació per donar suport a la recomanació.
C	La recomanació es basa en l'opinió d'experts o en un panell de consens.

Bibliografía

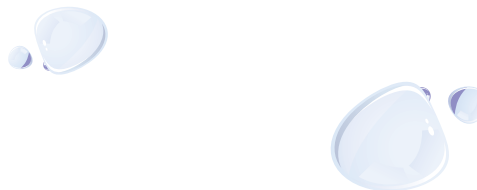


Bibliografía referenciada

1. **España M, Brugulat P, Costa D, Medina A, Mompart A.** Prevalencia de incontinencia urinaria en Cataluña. Med Clin. 2009, 133(18) 702-705.
2. **España M, Castro D.** Tratado de incontinencia urinaria. Asociación Española de Urología; 2006.
3. **Hay-Smith EJC, Morkved S, Fairbrother KA, Herbison GP.** Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. A Cochrane systematic review 2009.
4. **Peschers UM, DeLancey JOL.** Evaluación del Paciente. **Laycock J, Haslam J.** Tratamiento de la incontinencia y disfunción del suelo pélvico. Ed. Mayo; 2004.
5. **España M, Porta O.** Manual de Anatomía funcional y quirúrgica del suelo pélvico . Marge Medica Boocks; 2010.
6. **Walker C.** Fisioterapia en obstetricia y uroginecología. Masson; 2006.
7. **Hay-Smith EJC, Dumoulin C.** Entrenamiento del suelo pelviano versus ningún tratamiento o tratamientos de control inactivo para la incontinencia urinaria en mujeres. A Cochrane systematic review; 2008.
8. **Miller JM, Ashton-Miller JA, DeLancey JOL.** A pelvic muscle precontraction can reduce cough-related urine loss in selected women with mild. SUI. Journal of the American Geriatric Society 1998; 46:870-4.
9. **Bo K.** Pelvic floor muscle training is effective in treatment of female stress urinary incontinence, but how does it work?. Int Urogynecol J; 2004.
10. **Pascual MA, Padilla AI, Delgado A.** Embarazo e incontinencia urinaria de esfuerzo. Folia clínica en obstetricia Ginecología Núm. 54-Ed. Mayo; 2005.

11. **Haddow G, Watts R, Robertson J.** Effectiveness of a pelvic floor muscle exercise program on urinary incontinence following childbirth. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 2005, 3:103-146. doi: 10.1111/j.1479-6988.2005.00023.x.
12. **Moreno J.** Recuperación y reeducación perineal. Clínica urológica de la Complutense. Servicio de publicaciones. UCM. 2002; 8:425-441.
13. **Höfler H.** Gimnasia para la zona pélvica. Hispano Europea, SA; 2001.
14. National Kidney and Urologic Diseases. Ejercicios para los músculos de la pelvis. Publication, 2001 oct 01-4188S. (Citada el 24 de març de 2013); Disponible a: <http://kidney.niddk.nih.gov/Spanish/pubs/exercise/index.aspx>
15. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC). Detección, Diagnóstico y Tratamiento Inicial de Incontinencia Urinaria en la Mujer. Mexico: Secretaría de Salud; 2008. (Citada el 24 de març de 2013); Disponible a: http://www.cvsp.cucs.udg.mx/guias/TODAS/IMSS_056_08_INCONTINENCIA_URINARIA_EN_LA_MUJER/IMSS_056_08_EyR.pdf
16. **Espuña M.** Actualización sobre la reeducación del suelo pélvico en la mujer. Papel de los conos vaginales. Ed. Mayo; 1999.
17. **Dumoulin C, Hay-Smith J.** Pelvic floor muscle trining versus no tratment for urinary incontinence in women. A Cochrane systematic review. *Eur J Phys Rehabil Med*; 2008.
18. **Llorca A.** Tratamiento funcional de la incontinencia urinaria: rehabilitación del suelo pélvico. *Med. Clínica*, 2003; 4(3); 33-42.
19. **Sebastià G.** Curso de recuperación física post-parto: prevención y reeducación uroginecológica para matronas. 2003.
20. **Cardona MC, Faus V.** Técnicas de reeducación de la incontinencia urinaria en la mujer. *Enferm Integral*. 2000; 49:7-11
21. I Curso teórico-práctico de tratamiento conservador de la incontinencia de orina en la mujer: de la evidencia a la práctica clínica. Barcelona 3 diciembre 2004.
22. **Grup de Recerca en Sòl Pelvià (GRES P).** Estimación de incontinencia urinaria asociada al embarazo y al parto. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias AATRM Núm. 10; 2006.

- 23. Espuña M, Rebollo P, Puig M.** Validación de la versión española del International Consultation on Incontinence Questionnaire- Short Form. Un cuestionario para evaluar la incontinencia urinària. Med Clin (Barc); 2004.
- 24. Vaizey CJ, Carapeti E, Cahill JA, Kamm MA.** Prospective comparison of faecal incontinence grading systems. Gut 1999, vol 44, 1:77
- 25. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.** Educació maternal: preparació per al naixement. Barcelona. Generalitat de Catalunya; 2010.
- 26. Sebastià G.** Cuidado del suelo pélvico en el postparto. Congreso Mundial de Medicina Perinatal. Barcelona; 2001.
- 27. Sebastià G.** Reeduación del suelo pélvico en el post parto. . World Congress of Perinatal Medecine. Barcelona; 2001.
- 28. Calais-Germain B.** El periné femenino y el parto. Anatomía para el movimiento. La Liebre de marzo; 2004.



Altra bibliografia



Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn*; 2002.

Atención Primaria en la Red. Ejercicios para la incontinencia urinaria de la mujer. (Citada 24 de marzo 2013). Disponible a: http://www.fisterra.com/salud/1infoConse/incont_urinaria.asp

España M. Parto vaginal como factor etiológico de la incontinencia de orina. *Urol Intgr. Invest* 2000; 5 (3):205-212.

España M, Salinas J. Tratado de uroginecología. Incontinencia urinaria. *Ars Médica*; 2004.

Fenwich L, Simkin Md y Penny. Posición materna para la prevención o corrección de distocias durante el trabajo de parto. The Childbirth Education Association Seattle. Washington.

Gabor T. Kovacs. Penny Heath and Campbell HEATHER. First Australian trial of the birth-training device Epi-no: A highly significantly increased chance of an intact perineum. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2004; 44: 347-348.

Medlineplus. Ejercicios de Kegel. (Citada 24 de marzo de 2013). Disponible a: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/patientinstructions/000141.htm>

Moreno J, Redondo E, Bocardo G, Silmi A, Resel L. Recuperación y reeducación perineal. *Clínicas urológicas de la Complutense. Servicio de publicaciones. UCM.* 2000; 8: 425-441.

Petros P. Suelo Pélvico en la mujer. Función, disfunción y tratamiento según la teoría integral. Ediciones Mayo; 2006.

Sebastiá G. Importancia del suelo pélvico en la incontinencia urinaria de la mujer. *Revista de la Asociación Española de Enfermería en Urología.* 1994; 52: 24-28

Slome JS. Perineal outcomes after practising with a perineal dilator. *Midwifery Digest.* 2004; mar:14.

Exercicis de la musculatura del sòl pelvià en l'embaràs

1a visita de gestació o abans de les 16 setmanes:

- ▶ TMV
- ▶ Reconèixer la musculatura
- ▶ Hàbits saludables:
 - Restrenyiment
 - Pes equilibrat
 - Hàbits miccionals

24-26 setmanes:

- ▶ TMV
- ▶ ICIQ-UI-SF i Jorge and Wexner faecal
- ▶ Hàbits saludables
- ▶ Pla de treball

35-37 setmanes:

- ▶ TMV
- ▶ ICIQ-UI-SF i Jorge and Wexner faecal
- ▶ Hàbits saludables
- ▶ Massatge perineal, iniciar-lo al voltant de les 34 setmanes
- ▶ Pla de treball

QÜESTIONARI ICIQ-IU-SF

1	Amb quina freqüència perdeu orina? (marqueu només una resposta)		
A	Mai	0	punts
B	Un cop a la setmana	1	
C	2-3 cops / setmana	2	
D	Un cop al dia	3	
E	Vàries vegades al dia	4	
F	Contínuament	5	

2	Indiqueu la vostra opinió sobre la quantitat d'orina que creieu que s'us escapa. És a dir, la quantitat d'orina que perdeu habitualment, tant si porteu protecció com si no. (marqueu només una resposta)		
A	No se m'escapa res	0	punts
B	Molt poca quantitat	2	
C	Una quantitat moderada	4	
D	Molta quantitat	6	

3	En quina mesura aquestes pèrdues d'orina han afectat la vostra vida diària?									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Res									Molt

4	Quan perdeu orina? Assenyaleu quan us passa	
	Mai	
	Abans d'arribar al servei	
	En tossir o esternudar	
	Mentre dormiu	
	En realitzar esforços físics / exercici	
	Quan acabeu d'orinar i ja us heu vestit	
	Sense motiu evident	
	De forma contínua	

Resultats de l' ICIQ-IU-SF		Lleu	→	1-5
		Moderada	→	6-12
		Greu	→	13-18
		Molt greu	→	19-21

Qüestionari validat per:
 Espuña M., Rebollo P., Puig M. 2004

Exercicis de la musculatura del sòl pelvià en el puerperi



Visita puerperi (< 15 dies postpart):

- ▶ Anamnesi part
- ▶ Exploració i observació de la MSP
- ▶ Visualització de la contracció en el NFPC
- ▶ Qüestionaris: ICIQ-UI-SF i Jorge and Wexner faecal
- ▶ Programa d'exercicis
- ▶ Educació sanitària



6 setmanes postpart:

- ▶ Valoració full registre d'exercicis MSP
- ▶ TMV
- ▶ ICIQ-UI-SF i Jorge and Wexner faecal
- ▶ Hàbits saludables
- ▶ Pla de treball

Si IU i/o fecal → Citar en 6 setmanes

Si no existeix IU i/o fecal → Reforçar hàbits saludables i realització d'exercicis
Activitat grupal en el postpart



3 mesos:

- ▶ Registre exercicis MSP
- ▶ TMV
- ▶ ICIQ-UI-SF i Jorge and Wexner faecal
- ▶ Valoració, exploració i compliment del programa d'exercicis
- ▶ Modificació pla de treball i/o derivació a servei especialitzat

DIARI PER ALS EXERCICIS DEL SÒL PELVIÀ

Diumenge

He exercitat els músculs de la pelvis vegades

He dedicat minuts a fer els exercicis

En cada sessió he contret vegades els músculs de la pelvis

Dilluns

He exercitat els músculs de la pelvis vegades

He dedicat minuts a fer els exercicis

En cada sessió he contret vegades els músculs de la pelvis

Dimarts

He exercitat els músculs de la pelvis vegades

He dedicat minuts a fer els exercicis

En cada sessió he contret vegades els músculs de la pelvis

Dimecres

He exercitat els músculs de la pelvis vegades

He dedicat minuts a fer els exercicis

En cada sessió he contret vegades els músculs de la pelvis

Dijous

He exercitat els músculs de la pelvis vegades

He dedicat minuts a fer els exercicis

En cada sessió he contret vegades els músculs de la pelvis

Divendres

He exercitat els músculs de la pelvis vegades

He dedicat minuts a fer els exercicis

En cada sessió he contret vegades els músculs de la pelvis

Dissabte

He exercitat els músculs de la pelvis vegades

He dedicat minuts a fer els exercicis

En cada sessió he contret vegades els músculs de la pelvis

Qüestionari abreujat de: JORGE AND WEXNER FAECAL CONTINENCE

Quan té ganes de defecar, necessita anar urgentment al lavabo per por a que se li escapi la femta?

☐ SI

☐ NO

Té vostè pèrdues involuntàries de femta sòlida, líquida o gasos?

☐ SI

☐ NO

En cas afirmatiu:

Amb quina freqüència ha presentat vostè incontinència de femta sòlida

☐ Mai

☐ Rarament (menys d'un cop al mes)

☐ Alguna vegada (un cop o més al mes però menys d'un cop per setmana)

☐ Freqüentment (un o més cops a la setmana però menys d'un cop al dia)

☐ Sempre (un o més cops al dia)

Amb quina freqüència ha presentat vostè incontinència de femta líquida?

☐ Mai

☐ Rarament (menys d'un cop al mes)

☐ Alguna vegada (un cop o més al mes però menys d'un cop per setmana)

☐ Freqüentment (un o més cops a la setmana però menys d'un cop al dia)

☐ Sempre (un o més cops al dia)

Amb quina freqüència ha presentat vostè incontinència de gasos?

☐ Mai

☐ Rarament (menys d'un cop al mes)

☐ Alguna vegada (un cop o més al mes però menys d'un cop per setmana)

☐ Freqüentment (un o més cops a la setmana però menys d'un cop al dia)

☐ Sempre (un o més cops al dia)

Taula 1. **Puntuació de gravetat de la incontinència de WEXNER**

Tipus d'incontinència	F r e q ü è n c i a				
	mai	rare vegades	de vegades	habitualment	sempre
Sòlids	0	1	2	3	4
Líquids	0	1	2	3	4
Gas	0	1	2	3	4
Precisa compresa	0	1	2	3	4
Afectació vida social	0	1	2	3	4
La puntuació s'obté mitjançant la suma de les diferents qüestions, des de 0 punts (perfecte) fins a un màxim de 20 punts (incontinència completa).					
Rare vegades: <1 cop/mes; de vegades: >1 cop/mes i <1 cop/setmana;					
Habitualment: >1 cop/setmana i < 1 cop/dia; sempre >1 cop/dia					

Massatge del perineu

- ▶ Rentar-se bé les mans. Les ungles han d'estar netes i tallades.
- ▶ Buscar un lloc còmode de la casa i utilitzar un mirall per poder explorar el perineu.
- ▶ Posició semi-asseguda.
- ▶ Es pot començar amb un bany calent de 10 minuts o aplicant compreses calentes a la zona perineal per relaxar-la.
- ▶ En cas d'automassatge, aquest es farà amb el dit polze i, si el fa la parella, amb els dits índex i cor, introduint-los fins la segona falange.
- ▶ Lubricar els dits, la vagina i el perineu amb un lubricant aquós.
- ▶ Col·locar els dits dins la vagina (uns 3 o 4 cm). Empènyer el perineu cap a la zona del recte i cap als costats de la vagina, estirar la zona fins que es noti coïssor i mantenir la pressió sobre la zona del perineu amb els dits durant 2 minuts o fins que molesti.
- ▶ Agafar la zona perineal entre el dit polze (a l'exterior) i els dits índex i cor (a l'interior) i fer un moviment de vaivé. Aquest moviment estira els teixits de la vagina, els músculs i la pell del perineu. Realitzar aquest massatge durant 3-4 minuts.
- ▶ Durant el massatge, no pressionar sobre la uretra, per evitar possibles infeccions d'orina.

Convé practicar aquest massatge un cop al dia durant 10 minuts.

Després d'una setmana, s'haurien d'apreciar els resultats d'aquest exercici sobre el perineu i la vagina, augmentant la seva flexibilitat i estirament (Sanz, 2007).



Tècniques complementàries per a l'entrenament del sòl pelvià

1 Cinesiteràpia

2 Bio-Feedback

3 Electroestimulació funcional

4 Massoteràpia (massatge perineal annex núm. 6)

1 Cinesiteràpia.

S'utilitzen dispositius (conus vaginals, tubs de Pirex, boles xineses, etc.) que la dona intenta aguantar amb un augment de pes progressiu. L'objectiu és aconseguir el reforç màxim dels músculs del sòl pelvià durant l'activitat quotidiana.

→ Teràpia amb conus vaginals

Sistema de peses vaginals de pes creixent comercialitzats en sets de cinc unitats.

Tenen una forma cònica i pesos creixents (des de 20-25 gr amb un augment progressiu de 12 grams cada pes o conus). Es col·loquen dins la vagina quedant el fil a fora i es mantenen al seu lloc sense esforç gràcies a l'acció reflexa automàtica dels músculs del sòl pelvià. Aquesta acció proporciona una fisioteràpia interna que restaura ràpidament aquests músculs.

Les peses s'han d'utilitzar 15 minuts dues vegades al dia. La millora es comença a notar a les 2-3 setmanes i moltes dones hauran solucionat el seu problema als tres mesos de la seva utilització.

→ Teràpia amb boles xineses

Les boles xineses són esferes de silicona que dins porten una altra esfera més petita. Es pot utilitzar una o dues esferes que s'introdueixen al fons de la vagina humidificades amb un lubricant per facilitar la inserció, aquest lubricant hauria de ser aquós per protegir la silicona. Aquestes boles produeixen una contracció muscular involuntària que evita que caiguin. Quan la dona camina o es mou, la bola interior produeix una vibració que ajuda a l'enfortiment de la musculatura perineal.

Els estudis científics demostren que per tenir una correcta eficàcia de les boles xineses,

han d'estar dins la vagina al voltant de mitja hora amb la dona en moviment. Al principi del tractament es començarà amb menys temps i s'anirà augmentant progressivament fins arribar als 30 minuts.

En el cas que les boles xineses caiguin de la vagina es farà el tractament amb una sola bola més petita i de menys pes (Teneo Uno) i quan s'aguanti còmodament es podrà augmentar el pes o fer combinacions amb boles de diferents pesos (Leo Luna).

El disseny interior de BOLTEX Inertial amb cel·les hexagonals, afavoreix que el rodament interior impacti de manera contínua i s'aconsegueixi una vibració constant, la qual es transfereix a la musculatura, aconseguint una tonificació òptima.



2 Bio-Feedback

El Bio-Feedback és una manera d'assegurar l'execució correcta de l'EMSP.

Mitjançant un dispositiu electrònic, la dona pot visualitzar en una pantalla en quin moment contrau els músculs perineals i en quin moment no ho fa. El sistema de retroalimentació recull la informació que és amplificada i retornada en forma de senyal visual o sonora.

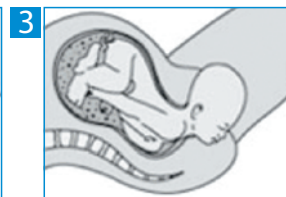
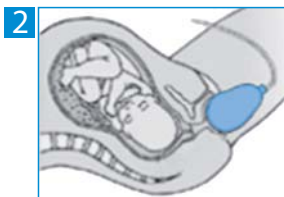
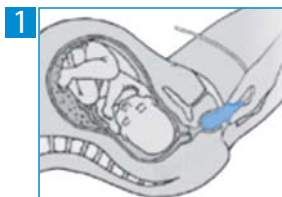
L'objectiu del Bio-Feedback és aconseguir un reforç positiu o muscular actiu, demanant a la dona que practiqui contraccions voluntàries estables i aïllades dels altres músculs paràsits.

EPI-NO. Dispositiu per exercitar la musculatura del sòl pelvià, per a la preparació al part i per restaurar el to muscular després del part.

Consisteix en un globus de silicona i una pereta de mà amb un visualitzador de pressió integrat (bio-feedback) per supervisar la millora dels músculs del sòl pelvià.

- 1 Consolidació dels músculs del sòl pelvià. Introduir dos terços del globus dins la vagina i contraure i relaxar suaument.
- 2 Estirament del perineu. Inflar lentament el globus de l'EPI-NO fins al nivell personal de comoditat de la dona, notant una sensació d'estirament.

- 3** Simulació del part. Després de la fase d'estirament, relaxar els MSP i permetre que la vagina expulsi suament l'EPI-NO inflat. Aquest exercici familiaritza la dona amb la sensació d'expulsió del fetus.



3 Electroestimulació funcional

Pretén induir la contracció passiva de l'esfínter uretral i la musculatura del perineu aplicant una corrent elèctrica a la paret vaginal o anal. Aquest estímul elèctric provoca un estímul nerviós activant les arrels sacres S1, S2 i S3. L'esfínter estriat envolta la uretra membranosa, l'elevador de l'anus i el sòl de la pelvis (especialment el transvers del perineu) que estan innervats primàriament per aquestes arrels. Està contraindicada quan el sòl pelvià està enervat.

4 Massoteràpia.

Massatge de la musculatura perineal (annex núm. 6). Està indicat:

- a/ Durant l'embaràs, per a la preparació del perineu a l'hora del part. L'objectiu és afavorir l'elasticitat dels teixits evitant possibles esquinçaments.
- b/ En el postpart, a partir de la sisena setmana. L'objectiu és evitar fibrosis cicatritzants, retraccions o tibantors degudes a l'episiotomia.
- c/ Per a la preparació de cirurgia vaginal.
- d/ Recuperació de la cirurgia vaginal.
- e/ Disfuncions sexuals.
- f/ Coloproctologia.



Boltex

INERTIAL

DISPOSITIVO PARA LA TONIFICACIÓN Y REHABILITACIÓN DEL **SUELO PÉLVICO**

El dispositivo elaborado con materiales de grado médico de la mejor calidad, permite gracias a su sistema patentado de celdas interiores hexagonales, una tonificación eficaz de la musculatura del suelo pélvico. Tanto el diseño, (una superficie exterior totalmente lisa), como los materiales utilizados, hacen del dispositivo un producto de fácil limpieza y totalmente higiénico.

El diseño interior de **BOLTEx Inertial** con celdas hexagonales, favorece que el rodamiento interior impacte de manera continua y se logre una vibración constante, la cual se transfiere a su vez a la musculatura, logrando una tonificación óptima.



Pelvic System Care

INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO

Av. Altos Hornos de Vizcaya, 33 - Edificio Ilguer
48902 Barakaldo (Bizkaia) - Spain
www.pelvicssystemcare.com

Bexen medical

FABRICANTE Y DISTRIBUIDOR

Oiarso S.Coop., Bº Zikuñaga, 57 - F / Pol. Ind. Ibarluze
20120 Hernani (Gipuzkoa) - Spain
www.bexenmedical.com

amb la col·laboració de:

Boltex
INERTIAL



Associació
Catalana
de Llevadores

www.llevadores.cat