

---

# Suelo Pélvico en el Porteo Ergonómico y Diversidad Funcional

**Celia Luis León** -Lic. En Ciencias de la  
Actividad Física y el Deporte  
Fisioterapeuta - Especialista en Suelo Pélvico  
Y MADRE

---



## Portear es Movimiento

- Elegimos portear por el vínculo afectivo, por el piel con piel , porque no queremos dejar que nuestro bebé llore, porque está más relajado, le ayuda a dormir, al reflujo, a expulsar los gases.
- Porque podemos dar el pecho mientras Porteamos.
- Porque sabemos que favorece el desarrollo psico-motor del bebé.
- Por comodidad, por tener libertad para poder hacer otras cosas.
- Porque se reparte mejor el peso y disminuye el dolor en el cuerpo.
- Porque no hace felices a ambos.
- Porque la vida está en continuo cambio, el movimiento es vida y Portear es Movimiento.



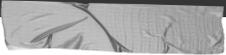
# La idea es este bloque es conocer el Suelo Pélvico

- Saber a qué llamamos Suelo Pélvico
- Qué es un parto Fisiológico y un parto Distócico
- Alteraciones estructurales y de la función del Suelo Pélvico
- Síntomas de alerta

- Cuándo y cuánto tiempo portear
- Qué tipo de portabebé utilizar si tenemos lesionado el Suelo Pélvico
- Ejercicios y Conciencia Corporal para poder portear sin riesgo
- Cuando debes derivar y a qué especialista
- **ACTIVIDAD PROPUESTA**
- Bibliografía

---

# Empezaremos por algo de Anatomía para que sepas reconocer bien el SUELO PÉLVICO



## Consejo

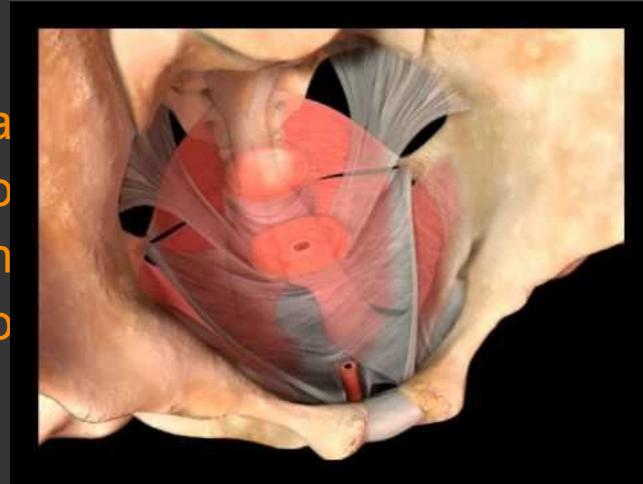
Ante la duda consulta con  
un Fisioterapeuta  
especializado en Suelo  
Pélvico

— El Suelo Pélvico es una estructura de músculos, y tejido conectivo (ligamentos y fascias) que hacen de soporte a los órganos pélvicos y abdominales los mantienen en suspensión. Su principal músculo es el elevador del ano, un músculo que cubre la mayor parte de la pelvis. Los órganos pélvicos pueden dividirse en 3 compartimentos: anterior (vejiga y uretra), medio (útero y vagina, próstata y vesículas seminales) y posterior (recto, conducto anal y aparato esfinteriano).

Debemos mirar al cuerpo desde un punto de vista global, así entenderemos que el diafragma, transverso del abdomen, rectos, oblicuos y multífidos intervienen en la postura y son de vital importancia en correcto funcionamiento del Suelo Pélvico.

### Consejo

Si tienes duda consulta con un fisioterapeuta especialista en Suelo Pélvico.



la Respiración y el  
intercambio de  
presiones



**Una buena respiración depende de una buena postura y un diafragma relajado. Se debe inhalar el aire por la nariz e hinchar el abdomen y exhalar por la boca y devolver el abdomen a la posición inicial**

---



# Postura Correcta

## LA IMPORTANCIA DE UNA BUENA POSTURA

### Posición CORRECTA

En equilibrio

REFERENCIA

Centro de gravedad



### Posición INCORRECTA

Anteriorizado

REFERENCIA

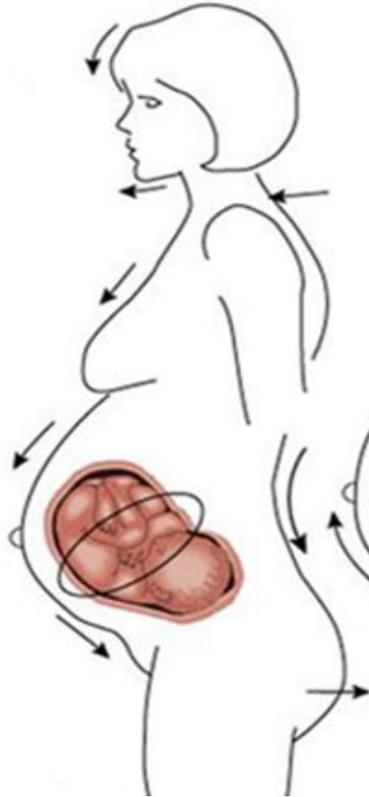
Centro de gravedad



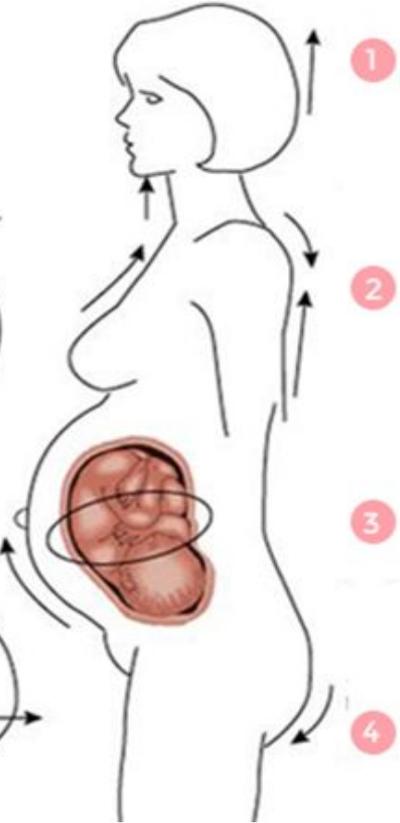
- PELVIS EN POSICIÓN NEUTRA. CADERAS Y RODILLAS ALINEADAS.
- EJE CENTRAL ALINEADO. COLUMNA ALINEADA.
- CABEZA. CORREGIR MENTÓN. CABEZA ANTERORIZADA
- CORREGIR HOMBRO. ANTERO-POSTERIOR. LONGITUDINAL.



**POSTURA INCORRECTA:**  
*Centro de gravedad anteriorizado*



**POSTURA CORRECTA:**  
*Centro de gravedad equilibrado*



### Consejo

Si tienes duda consulta con un fisioterapeuta especialista en Suelo Pélvico. Una buena postura en el Embarazo protegerá nuestro Suelo Pélvico

1. Elongación y doble mentón
2. aproximación de las escápulas
3. evitar la hiperlordosis lumbar
4. pelvis en posición neutra alineada con eje central

—  
**PARTO FISIOLÓGICO O  
EUTÓCICO,  
PARTO DISTÓCICO**

# Parto fisiológico o eutócico

El parto normal es el proceso fisiológico con el que la mujer finaliza su gestación a término (entre las 37 y las 42 semanas cumplidas). Su inicio es espontáneo, se desarrolla y finaliza sin complicaciones, culmina con el nacimiento de un bebé sano y no necesita más intervención que el apoyo integral y respetuoso. El periné queda íntegro.



# Parto Distócico

El parto distócico o parto anormal es un parto complicado, que tiene dificultades, ésto sucede cuando el feto tiene anomalías tanto anatómicas como funcionales, esto puede ser tanto por la madre, pelvis, útero o cérvix, o una mezcla de algunos de ellos que llevan a tener complicaciones con el parto normal de una mujer. suelen ser partos instrumentalizados (forceps o ventosas) y muchos terminan en **Cesárea**.



**Desproporción cefalopélvica:** La cabeza del bebé es demasiado grande para el tamaño de la pelvis.



**Posición de nalgas:** El bebé está colocado con las nalgas o los pies primero.



**Posición transversal:** El bebé está en posición horizontal con respecto a la pelvis.



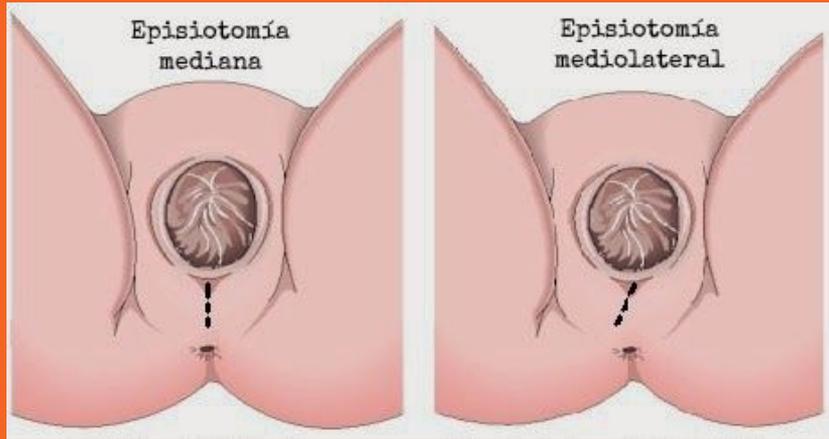
**Abrupción placentaria:** La placenta se separa del útero.



**Placenta previa:** La placenta bloquea el cuello uterino.

Qué consecuencias puede sufrir nuestro suelo pélvico

# Episiotomía



Es una incisión quirúrgica en la zona del periné femenino, que comprende piel, plano muscular y mucosa vaginal, se hace para ampliar el canal blando del parto y permitir la salida del bebé, actualmente se procuran no hacer episiotomía pero todavía hay sitios que la siguen haciendo, las episiotomías suelen crear malas cicatrizaciones y la mamá necesitará que un fisioterapeuta especializado en suelo pélvico trate la cicatriz.

La tendencia actual son los desgarros, en caso de que hayan y es la manera natural que tiene nuestro cuerpo de romper el tejido para permitir la salida del bebé, suelen tener menos problemas de cicatrización pero igualmente necesitan ser tratados.

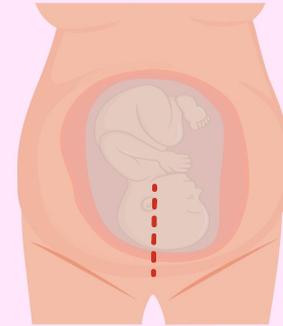
# La Cesárea

La cesárea es una cirugía para el nacimiento de un bebé. El bebé se saca a través de una incisión en el abdomen de la madre. Se cortan 5 capas de tejido para llegar al bebé

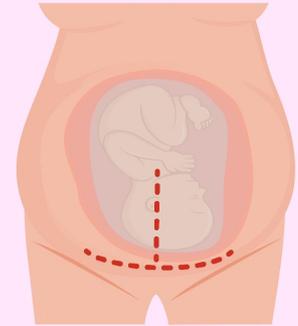
Es una cirugía mayor e implica riesgos. También requiere un período de recuperación más prolongado que el parto vaginal. Puede aumentar el riesgo de tener problemas en embarazos futuros. Algunas mujeres pueden presentar problemas al intentar un parto vaginal más adelante. No obstante, muchas mujeres pueden dar a luz por parto vaginal después de una cesárea. EL hecho de que haya habido una cesarea no quiere decir que la paciente no presente problemas de suelo pélvico



Incisión horizontal



Incisión vertical



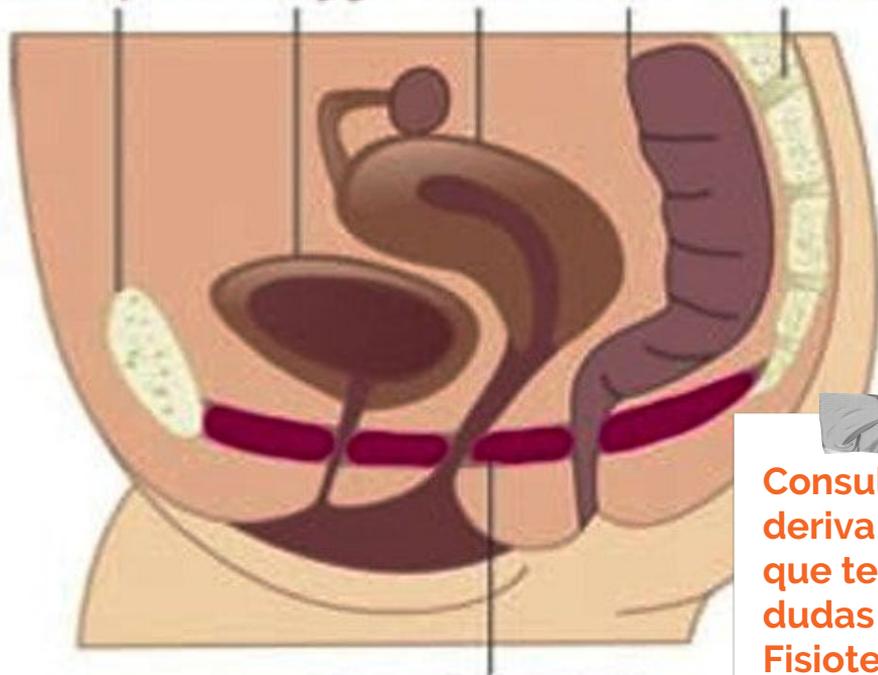
Incisión en forma de T

—

# ALTERACIONES ESTRUCTURALES Y DE LA FUNCIÓN DE SUELO PÉLVICO

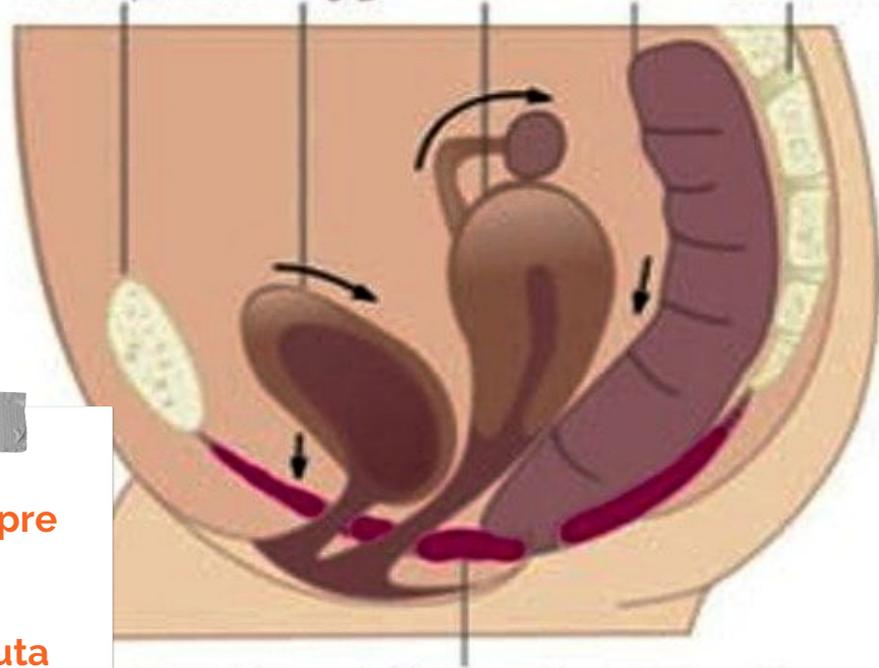
# Alteraciones estructurales y de la función del Suelo Pélvico

hueso púbico vejiga útero recto columna



Suelo pélvico

hueso púbico vejiga útero recto columna



Suelo pélvico debilitado

Consulta o deriva siempre que tengas dudas a un **Fisioterapeuta especializado en Suelo Pélvico**

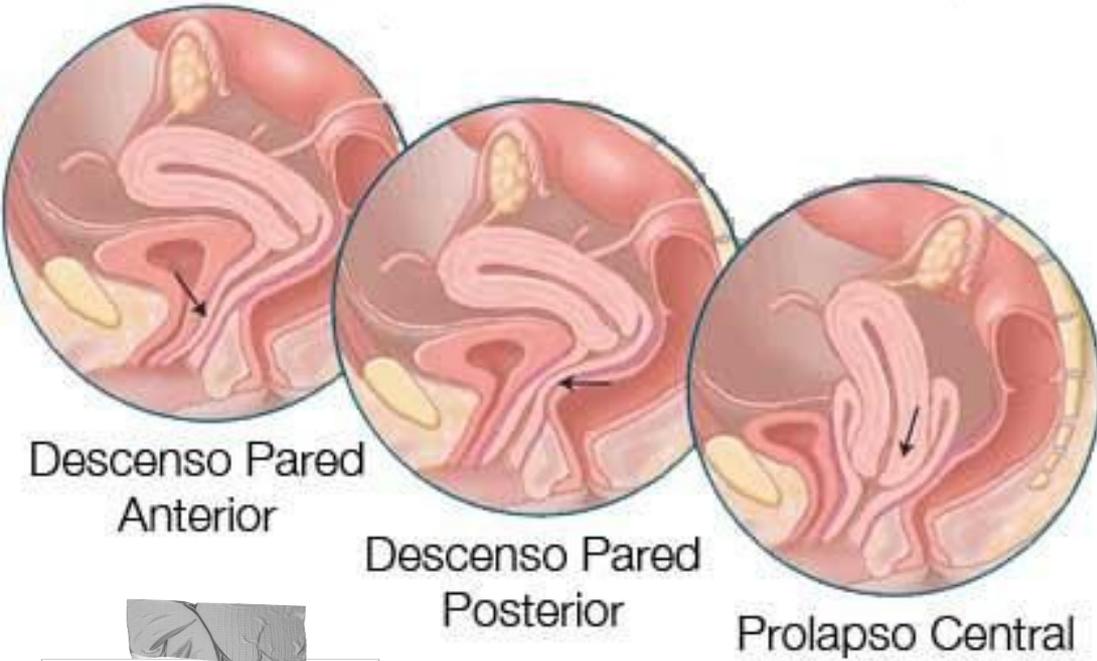
# Incontinencia Urinaria y Fecal

La incontinencia se define como **cualquier pérdida involuntaria de orina que supone un problema social o higiénico**. Existen distintos tipos de incontinencia según los síntomas que se presenten:

## Incontinencia Urinaria

- **Incontinencia de Esfuerzo** :Si la pérdida involuntaria de orina tiene lugar cuando se hace un esfuerzo que aumente la presión abdominal (tosar, reír, correr...)
- **Incontinencia de Urgencia**:Si la pérdida involuntaria de orina se acompaña o precede a la sensación de hacer pis difícil de controlar y con miedo al escape
- **Incontinencia Mixta** Si la pérdida involuntaria se asociada al esfuerzo y a la urgencia.
- **Incontinencia por Rebosamiento**:Si la pérdida involuntaria se presenta en pacientes que no tienen deseo alguno de ir al baño, y necesita el uso de compresas o pañales.

**Incontinencia Fecal** (pérdida involuntaria de heces) y la **incontinencia de gases**(pérdida involuntaria de gases) también se dan, generando igualmente problemas en la calidad de vida de los pacientes que lo padecen.



Descenso Pared Anterior

Descenso Pared Posterior

Prolapso Central

# PROLAPSOS :

SON LA CAÍDA DE LOS ÓRGANOS PÉLVICOS

Reciben también el nombre de:

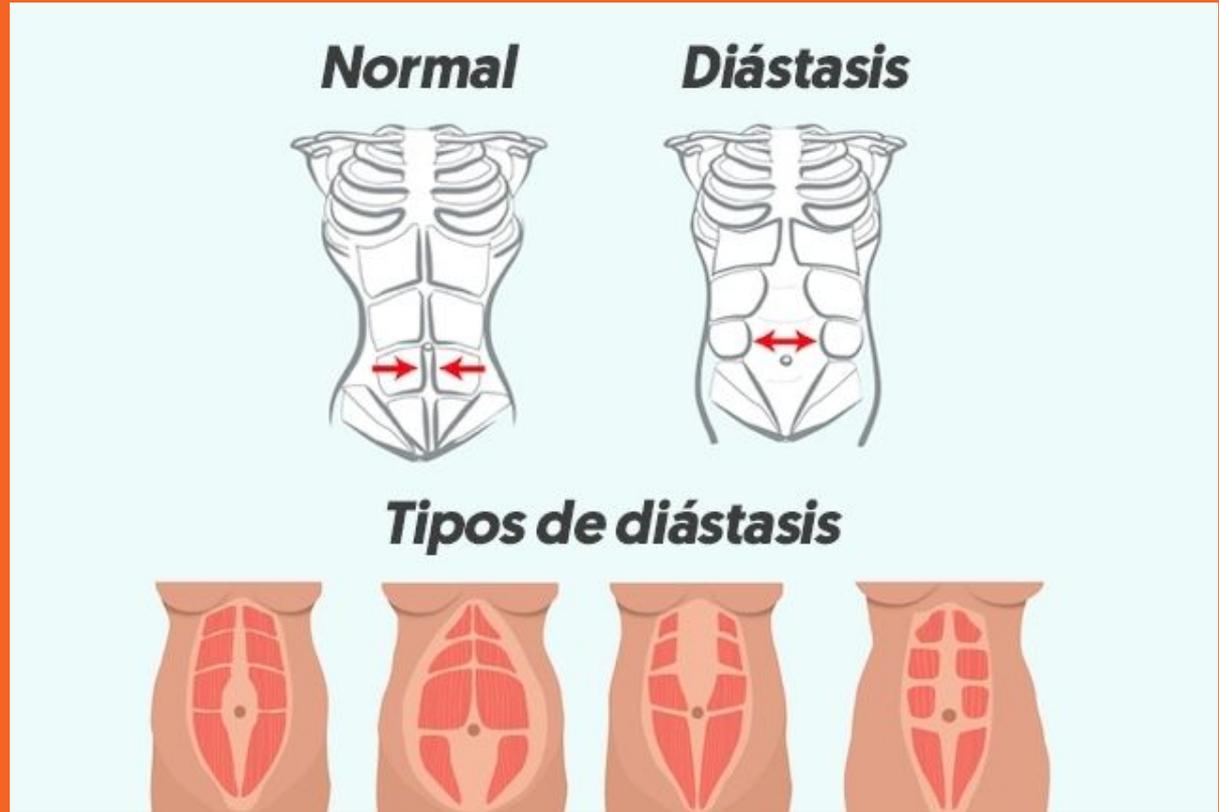
**CISTOCELE**

**RECTOCELE**

**ENTEROCELE**

# DIÁSTASIS

Es la separación de los Rectos del Abdomen , a nivel de la línea alba



# SÍNTOMAS DE ALERTA

- 
- Dolor en la parte anterior de la pelvis (bajo vientre), sensación de pesadez o presión al estar de pie, se alivia al tumbarse.
  - Sensación de tener un bulto en los genitales.
  - Dolor zona lumbo-sacra.
  - Dolor a las relaciones sexuales.
  - Molestias al ejercicio, pérdidas de orina y/ o de gases.
  - estreñimiento, tos, náuseas, vómitos.
  - cualquier tipo de incontinencia urinaria.



### **Consejo: porteo controlado**

Ante estos síntomas consulta a un Fisioterapeuta Especializado en Suelo Pélvico, la Mamá necesita Rehabilitación

—

**CUÁNDO Y CUÁNTO  
TIEMPO SE DEBE PORTEAR**



## Adaptarse siempre a cada clienta y sus circunstancias

- Si tenemos un parto **fisiológico** y no tenemos ningún síntoma de debilidad de Suelo Pélvico anterior al embarazo podemos portear al bebé desde el inicio, con un fular por ejemplo, siempre con un portabebé ergonómico, respetando la posición de ranita y de C en el bebé y la postura correcta en el porteador. Podemos utilizar otro fular a la altura de las caderas para ayudar a la pelvis a que vuelva a su sitio en vez de una faja
- Si hemos tenido un parto **Distócico** y tenemos sospechas de que puede existir un problema de Suelo Pélvico, nuestra Mamá necesita Rehabilitación y asesoramiento de un Fisioterapeuta especializado en Suelo Pélvico .
- Sin duda es mejor portear que coger al bebé, sólo con nuestros brazos, si no tenemos otra alternativa, como el Padre,acompañante ( cualquier modelo de familia) que puede portear para que la mamá descanse.

- Es muy importante que durante el porteo ergonómico se pueda respirar libremente, no podemos comprimir nuestro abdomen, porque aumenta la presión intraabdominal, eso puede favorecer los prolapsos, incontinencias urinarias. podemos hacer ejercicios de Kegel (que nos lo enseñaran los fisioterapeutas o matronas) mientras portear a la vez que realizamos la activación de la musculatura abdominal.
- En el caso de tener **Prolapso o desgarrros** no debemos portear desde el inicio, ni coger peso, podemos disfrutar del piel con piel con nuestro bebé tumbados,nuestra mamá necesita rehabilitación de Suelo pélvico,con un Fisioterapeuta especializado. Pero ante situaciones que no dispongamos de ayuda siempre mejor el porteo que el peso del bebé libremente,eligiendo el portabebé ergonómico adecuado.

- Si la mamá tiene una **diástasis**, Es importante que la mamá tenga en cuenta su musculatura abdominal, hay que recuperar la activación del transverso del abdomen, estabilizar la pared abdominal, como la pelvis y la columna lumbar durante el porteo. haremos el porteo ergonómico en la espalda. una vez hayamos recuperado la musculatura abdominal podremos hacer un porteo con nuestro bebé en la cara anterior de nuestro cuerpo. En caso de que **sólo** haya una diastasis y **no** hayan síntomas de alerta podemos rodear nuestro abdomen con el fular simulando una faja.

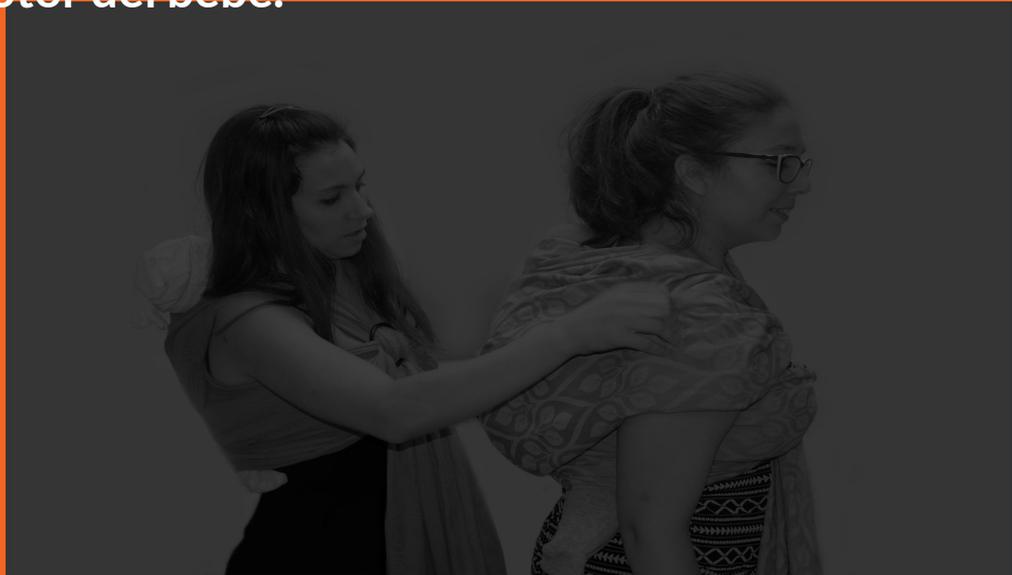
- Cuando ha habido una **cesárea**, no se debe portear, haremos el piel con piel con nuestro bebé tumbadas en la cama, se necesita mucho descanso. La cicatriz no debe ser comprimida, debe estar limpia y al aire para su mejor cicatrización, (la cicatriz no es lo que vemos por fuera solamente,, son 5 capas de tejido que han suturado y eso sólo se ve en ecografía) así que lo correcto es nuestra Mamá se haga una ecografía para saber si el útero está bien cicatrizado, la paciente necesita Rehabilitación para su cicatriz y para que recupere el control de su musculatura abdominal, La evolución va en función de cada mujer ,hay que ir poco a poco trabajando en progresión y así comenzar con un porteo ergonómico seguro pero hay que tener en cuenta que las cicatrices internas cierran aproximadamente a los tres meses. si las necesidades familiares hacen que la clienta necesite portear le recomendaremos, en periodos cortos de tiempo el uso del nudo canguro que nos deja libre el abdomen o el uso de bandolera.

- En estos caso donde existe un problema de suelo pélvico, nuestro cliente debe tener un control de su musculatura abdominal y perineal para el portear. DEBEMOS IR EN PROGRESIÓN, unos 10min el primer dia, 15 al dia siguiente, 20min al siguiente y no superar la media hora portearo pues los síntomas se pueden agravar, respetar nuestro cuerpo y descansar (ésto es un ejemplo pero la idea principal es que vayamos probando en progresión, que no hayan molestias ni dolor ,ir avanzando poco a poco) acompañado de la Rehabilitación de Suelo Pélvico.

—  
**QUÉ TIPO DE  
PORTABEBÉS O  
NUDOS PUEDES  
UTILIZAR SI TENEMOS  
EL SUELO PÉLVICO  
LESIONADO**

# EN CASO DE PROLAPSOS, INCONTINENCIAS URINARIAS, DIÁSTASIS, CESÁREAS

Todos aquellos portabebés ergonómicos, donde dejen libre el abdomen y respeten íntegramente la postura del BEBÉ y del PORTEADOR, SERÁN ADECUADOS, ahora toca adaptarse a la comodidad de ambos y a la evolución del desarrollo motor del bebé.



# cesáreas

(Bandoleras, Furlar, Kanga) dejar libre la cicatriz



**Muy Importante** Si hay diastasis +cesárea+síntomas de patología de SP debemos esperar mínimo tres meses para portear (necesita rehabilitación de Fisioterapia Suelo Pélvico)

## Consejo

PORTEAMOS DEL LADO DOMINANTE, PERO ES RECOMENDABLE CAMBIAR DE LADO SI APARECE DOLOR



—

**EJERCICIOS DONDE SE  
TRABAJA LA CONCIENCIA  
CORPORAL, PARA PORTEAR  
SIN RIESGO**

# LOS BUENOS EJERCICIOS DEBEN DE TRABAJAR

## (Buena Postura, Respiración, Autoeleongación, Activación del transverso del Abdomen y ejercicios de kegel)

### Método 5P

Propiocepción perineal,  
reeducación perineal con  
trabajo sobre el tronco

### Hipopresivos

Gimnasia abdominal  
hipopresiva que recupera el  
tono muscular abdominal

### Método TAD

trabajo de Suelo pélvico y  
de transición a la actividad  
deportiva

*Actividades que podemos recomendar a nuestras clientas para que trabajen el abdomen y suelo pélvico, también el pilates, la natación, yoga pueden ser buenas opciones*

# —

# CUÁNDO Y A QUIÉN DERIVAR

- **MATRONA O MATRÓN:** para la primera inspección después de un parto.
- **DIGESTIVO:** Si nuestra mamá sufre estreñimiento, hemorroides cualquier problema digestivo. portear agudizará los síntomas.
- **COLOPROCTÓLOGO:** incontinencia fecal.
- **GINECÓLOG@:** siempre después de una cesárea para asegurar la cicatriz de útero y si la mamá nota un bulto en su vagina, problemas ginecológicos de cualquier índole.
- **URÓLOG@:** problemas de incontinencia urinaria.
- **Fisioterapeuta Especialista en Suelo Pélvico:** si la mamá tiene un diagnóstico, el Fisioterapeuta tratará y rehabilitará las lesiones de Suelo Pélvico ( cicatrices, prolapsos, diástasis, incontinencias urinarias y fecales, dolor pélvico crónico...)
- **DERIVAR LO ANTES POSIBLE SI LA MAMÁ HA SUFRIDO UN PARTO DISTÓCICO.**

# Les propongo una actividad para que nos la envíes

haz fotos de perfil, de frente y de espalda sólo con el bebé y LUEGO con el portabebé ergonómico, analizaremos tu postura y la del bebé, piensa que tienes algún síntoma de patología de Suelo pélvico y nos explicas cual has elegido.

# Bibliografía

- Rehabilitación del Suelo Pélvico Femenino, Práctica clínica basada en la evidencia
- Tratamiento Rehabilitador de las disfunciones del Suelo Pélvico, Rehabilitación de las inconsistencias, prolapso urogenitales y dolor pélvico crónico.
- Reeducción del Periné, Fisioterapia en Incontinencia Urinaria
- Incontinencia Urinaria Femenina y disfunción del piso pélvico
- Manual de Anatomía funcional y quirúrgica del suelo Pélvico
- Experiencia clínica propia

Portear me  
ha ayudado  
en el camino  
de la  
Maternidad

**GRACIAS**



Celia Luis León Fuerteventura