

DOI: <https://doi.org/10.46296/gt.v9i18edespsep.0450>

EFFECTIVIDAD DE LOS PROGRAMAS DE FORTALECIMIENTO DEL SUELO PÉLVICO EN LAS PRIMERAS SEMANAS DEL POSPARTO: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

EFFECTIVENESS OF PELVIC FLOOR STRENGTHENING PROGRAMS IN THE EARLY WEEKS POSTPARTUM: A SYSTEMATIC REVIEW

López-Pérez Eduardo David ¹; Valencia-Meléndez Gabriela Lizbeth ²;
Fernández-Fierro Alex Augusto ³; López-Freire Patricia Marilin ⁴

¹ Instituto Superior Tecnológico España. Ambato, Ecuador.

Correo: eduardo.lopez564@iste.edu.ec. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0007-9541-0473>.

² Instituto Superior Tecnológico España. Ambato, Ecuador.

Correo: gabriela.valencia497@iste.edu.ec. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0002-6754-8399>.

³ Instituto Superior Tecnológico España. Ambato, Ecuador.

Correo: alex.fernandez797@iste.edu.ec. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-9593-6033>.

⁴ Docente del Instituto Superior Tecnológico España. Ambato, Ecuador.

Correo: patricia.lopez@iste.edu.ec. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0003-0398-1182>.

Resumen

El presente tiene como objetivo sintetizar la evidencia disponible sobre la efectividad de los programas de fortalecimiento del suelo pélvico (ejercicios de Kegel y/o biofeedback y/o electroestimulación) iniciados en el posparto temprano sobre la incontinencia urinaria (IU) y el prolapso de órganos pélvicos (POP), en comparación con el cuidado habitual; Métodos: revisión sistemática con búsqueda en PubMed y Scopus (registros exportados en agosto de 2026), siguiendo la metodología PRISMA 2020; se identificaron 197 registros, de los cuales 143 se cribaron tras eliminar duplicados, y 20 ensayos clínicos aleatorizados (ECA) cumplieron los criterios de elegibilidad; Resultados: la mayoría de los ECA reportó mejoras significativas en la fuerza del suelo pélvico tras el entrenamiento estructurado; el efecto sobre la IU fue heterogéneo, con reducciones significativas frente al cuidado habitual o la educación general en varios ensayos, pero sin diferencias frente a un comparador activo en otros; la evidencia sobre el POP fue escasa y, en su mayoría, no mostró diferencias significativas entre grupos; Conclusión: el entrenamiento del suelo pélvico en el posparto temprano mejora de forma consistente la fuerza muscular, pero su efecto sobre la incontinencia urinaria depende del tipo de comparador y de la intensidad de la intervención; la evidencia sobre el prolapso de órganos pélvicos sigue siendo limitada, por lo que se requieren ECA de mayor calidad metodológica y con seguimiento a largo plazo.

Palabras claves: suelo pélvico; incontinencia urinaria; posparto; prolapso de órganos pélvicos; rehabilitación.

Abstract

The objective of this study is to synthesize the available evidence on the effectiveness of pelvic floor strengthening programs (Kegel exercises and/or biofeedback and/or electrical stimulation) started in the early postpartum period on urinary incontinence (UI) and pelvic organ prolapse (POP), compared with usual care; Methods: systematic review with searches in PubMed and Scopus (records exported in August 2026), following the PRISMA 2020 methodology; 197 records were identified, of which 143 were screened after removing duplicates, and 20 randomized controlled trials (RCTs) met the eligibility criteria; Results: most RCTs reported significant improvements in pelvic floor strength after structured training; the effect on UI was

Información del manuscrito:

Fecha de recepción: 23 de junio de 2026.

Fecha de aceptación: 15 de agosto de 2026.

Fecha de publicación: 21 de septiembre de 2026.



heterogeneous, with significant reductions versus usual care or general education in several trials, but no differences versus an active comparator in others; evidence on POP was scarce and mostly showed no significant between-group differences; Conclusion: early postpartum pelvic floor training consistently improves muscle strength, but its effect on urinary incontinence depends on the type of comparator and the intensity of the intervention; evidence on pelvic organ prolapse remains limited, and higher-quality RCTs with long-term follow-up are needed.

Keywords: pelvic floor; urinary incontinence; postpartum period; pelvic organ prolapse; rehabilitation.

1. Introducción

La disfunción del suelo pélvico (DSP)—que incluye la incontinencia urinaria (IU), la incontinencia fecal y el prolapso de órganos pélvicos (POP)— es una de las secuelas más frecuentes del embarazo y el parto. Constituyendo un serio problema de salud pública y un desafío clínico desde el punto de vista de la fisioterapia obstétrica y la uroginecología posparto (Adriana Peinado-Molina et al., 2023).

Según la revisión sistemática (Pelvic floor muscle training for preventing and treating urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women - Woodley, SJ - 2020 | Cochrane Library, s/f), de Cochare Library elaborado por Woodley, SJ. et al en 2020, indica que aproximadamente una de cada tres mujeres presenta incontinencia urinaria y hasta una de cada diez presenta incontinencia fecal después del parto.

El posparto temprano —definido en esta revisión como las primeras seis semanas (42 días) tras el parto vaginal o por cesárea— constituye una ventana fisiológica crítica, en la que el suelo pélvico presenta el mayor grado de distensión, denervación parcial y remodelación tisular, y en la que las intervenciones tempranas podrían modificar la trayectoria de recuperación funcional (Sitaraman et al., 2025).

En el posparto temprano, la DPS no solo se manifiesta a través de estas afecciones que impactan de forma significativa la salud física de la mujer, sino también del dolor perineal o dispareunia ya que durante las primeras semanas tras el alumbramiento, el complejo muscular del periné experimenta un estado de distensión biomecánica extrema, denervación parcial y remodelación tisular; la presencia asintomática de estas disfunciones altera drásticamente el bienestar de la puerpea, minando su calidad de

vida en un periodo de alta vulnerabilidad física y adaptativa (Pérez Gómez & Hernández Pérez, 2026).

La relevancia social y económica para los sistemas de salud pública, el manejo tardío o crónico de la incontinencia y el prolapso genera costos directos por consultas especializadas, productos de absorción e intervenciones quirúrgicas, sin tomar costos indirectos derivados de la pérdida de productividad laboral. (Ginnane et al., 2024) En el plano psicoemocional y social, las mujeres con DSP con frecuencias se sienten estigmatizadas, con baja autoestima, aislamiento y limitaciones severas en el desempeño en actividades cotidianas, el ejercicio físico y la vida de pareja. (Monteiro et al., 2022) Por lo tanto, tiene una alta relevancia consolidar estrategias preventivas y terapéuticas eficaces y eficientes, que permitan disminuir la carga socio-sanitaria global de estas patologías.

El entrenamiento muscular del suelo pélvico (PFT) con ejercicios de Kegel, solo o combinado con

biofeedback y/o electroestimulación, es ampliamente recomendado como tratamiento conservador de primera línea para la disfunción del suelo pélvico en la población general de mujeres (Bø et al., 2022). No obstante, la evidencia específica sobre su efectividad cuando se inicia en el posparto temprano (en contraposición al entrenamiento antenatal o al iniciado meses después del parto) es menos consistente: coexisten ensayos con resultados positivos, nulos y mixtos, tanto para la incontinencia urinaria como, de forma más limitada, para el prolapso de órganos pélvicos.

Varios consensos internacionales respaldan el fortalecimiento muscular, en la ventana temprana de posparto, ofreciendo resultados heterogéneos y contradictorios en los ensayos clínicos primarios aplicando, tal como los estudios de (Danesh Shahraki et al., 2025) y (Sigurdardottir et al., 2023) que observan reducciones significativas de la incontinencia urinaria mediante intervenciones guiadas de forma temprana; mas en contraste las investigaciones de (Sacomori et al., 2024) o (Chu et al., 2024), donde el

entrenamiento no mostró diferencias significativas en los síntomas urinarios a mediano plazo frente al cuidado habitual o intervenciones no supervisadas. Esta evidencia de variabilidad en la intensidad, duración, modalidades coadyuvantes y tiempos de inicio, es un alto indicador de la necesidad de clarificar la evidencia disponible.

Por ello, el objetivo principal de esta revisión sistemática es evaluar la efectividad de los programas de fortalecimiento del suelo pélvico — incluyendo ejercicios de rehabilitación muscular aislados o combinados con biofeedback y electroestimulación— iniciados en las primeras semanas del período posparto, en comparación con el cuidado habitual o la atención convencional.

2. Metodología

2.1. Diseño y pregunta PICO

Se realizó una revisión sistemática siguiendo las directrices PRISMA 2020 (Reyes et al., 2025). La pregunta de investigación se estructuró según el formato PICO. Población (P): mujeres en posparto

temprano, definido como las primeras 6 semanas (42 días) tras el parto vaginal o por cesárea. Intervención (I): programas de rehabilitación del suelo pélvico que incluyeran ejercicios de fortalecimiento muscular (Kegel) y/o biofeedback y/o electroestimulación. Comparación (C): cuidado habitual o ningún tratamiento específico; en los ensayos de diseño factorial que compararon “PFMT + coadyuvante” frente a “PFMT convencional”, este último brazo se consideró un comparador aceptable, dado que el entrenamiento básico de Kegel corresponde al estándar de atención conservadora en la mayoría de los contextos clínicos y no constituye, en sí mismo, la variable diferencial evaluada. Resultados (O): como desenlaces principales, la prevalencia o severidad de la incontinencia urinaria y los signos o síntomas de prolapso de órganos pélvicos; como desenlaces secundarios, la fuerza muscular del suelo pélvico, la calidad de vida y la adherencia al tratamiento.

2.2. Estrategia de búsqueda

Se realizaron búsquedas sistemáticas en las bases de datos PubMed y Scopus. Los registros se

exportaron el 21 de agosto de 2026, sin restricción de idioma ni límite inferior de fecha de publicación. La búsqueda en PubMed recuperó 76 registros y la búsqueda en Scopus recuperó 121 registros (n = 197 registros totales antes de la eliminación de duplicados).

Nota metodológica para el autor: la cadena de búsqueda textual exacta empleada en cada base de datos (términos MeSH/Emtree, operadores booleanos y filtros aplicados) no formaba parte de los archivos analizados para este manuscrito. Se recomienda incorporar aquí dicha cadena de forma literal, de manera que la estrategia sea reproducible por terceros, tal como exige la metodología PRISMA.

2.3. Criterios de selección

Se incluyeron ensayos clínicos que compararan un programa de fortalecimiento del suelo pélvico (Kegel, biofeedback y/o electroestimulación) iniciado en el posparto temprano frente a cuidado habitual, ausencia de tratamiento específico o una versión menos intensiva del mismo tipo de intervención (p. ej., PFMT

convencional como comparador de PFMT + coadyuvante), y que reportaran como desenlace la incontinencia urinaria y/o el prolapso de órganos pélvicos.

Se excluyeron: estudios cuya intervención se iniciara durante el embarazo (antenatal), aun cuando el desenlace se midiera en el posparto; estudios con población general no específicamente posparto, o cuya ventana de inicio de la intervención excediera de forma sustancial las primeras semanas del posparto; comparaciones exclusivamente entre dos tratamientos activos sin un brazo de cuidado habitual o PFMT convencional; estudios cuyo desenlace no incluyera IU ni POP; protocolos de ensayo sin resultados publicados; y revisiones, comentarios editoriales y estudios observacionales no comparativos (cohortes, transversales, series de casos).

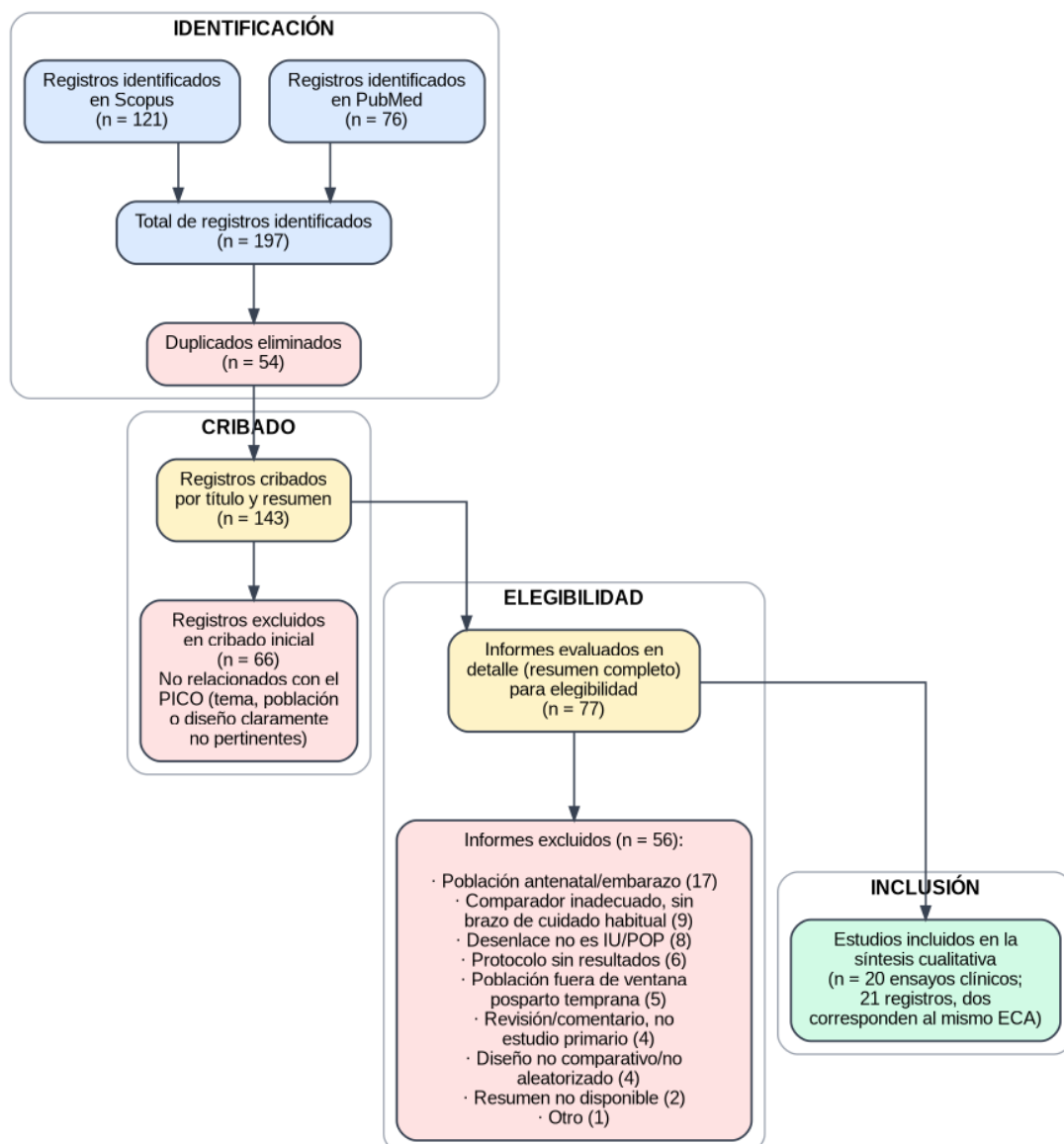
2.4. Proceso de selección de estudios

El proceso de selección se realizó en dos fases. En la primera fase se cribaron los 143 registros únicos (tras eliminar 54 duplicados de los

197 registros identificados) por título y resumen, aplicando los criterios PICO; se excluyeron 66 registros por tema, población o diseño claramente no pertinentes. En la segunda fase se evaluaron en detalle los 77 registros restantes (título, resumen completo y metadatos disponibles), de los cuales se excluyeron 56 por los motivos detallados en la Figura 1,

quedando 20 ensayos clínicos aleatorizados (21 registros, dos de los cuales corresponden al mismo ensayo clínico reportado en dos publicaciones) incluidos en la síntesis cualitativa. El proceso completo de identificación, cribado, elegibilidad e inclusión se presenta en la Figura 1.

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA del proceso de identificación, cribado, elegibilidad e inclusión de estudios.



2.5. Extracción de datos y evaluación del riesgo de sesgo

Para cada estudio incluido se extrajeron los siguientes datos, cuando estaban disponibles en el resumen y los metadatos: autor(es) y año, diseño del estudio, tamaño y características de la población, características de la intervención y del comparador, momento de inicio de la intervención respecto al parto, instrumentos de medición y resultados principales para incontinencia urinaria, prolapso de órganos pélvicos, fuerza muscular y calidad de vida.

Es importante señalar que la extracción de datos y la evaluación formal del riesgo de sesgo con la herramienta Cochrane RoB 2 (Sterne et al., 2019) requieren, en rigor, la lectura del texto completo de cada estudio. El presente análisis se basó en los resúmenes y metadatos bibliográficos exportados de PubMed y Scopus, por lo que la valoración del riesgo de sesgo presentada en la sección de Resultados tiene carácter preliminar y general, fundamentada únicamente en la información

explícitamente reportada en los resúmenes (cegamiento, análisis por intención de tratar y tamaño muestral). Se recomienda que, antes del envío definitivo del manuscrito, el autor complete la evaluación formal de riesgo de sesgo dominio por dominio con la herramienta RoB 2 a partir de los textos completos de los 20 ensayos incluidos.

2.6. Síntesis de los datos

Dada la heterogeneidad clínica y metodológica de los estudios incluidos (poblaciones, tipos de comparador, instrumentos de medición y tiempos de seguimiento), se optó por una síntesis narrativa cualitativa, organizada por desenlace —incontinencia urinaria en primer lugar y, a continuación, prolapso de órganos pélvicos—, sin metaanálisis cuantitativo, siguiendo las recomendaciones para síntesis sin metaanálisis (SWiM) cuando el metaanálisis no es apropiado (Campbell et al., 2020).

3. Resultados

3.1. Flujo de selección de estudios

La búsqueda combinada en PubMed (n = 76) y Scopus (n = 121) identificó 197 registros. Tras eliminar 54 duplicados, se cribaron 143 registros únicos por título y resumen; 66 se excluyeron en esta primera fase por no relacionarse con el PICO definido. Los 77 registros restantes se evaluaron en detalle, de los cuales 56 se excluyeron: 17 por corresponder a intervenciones antenatales (iniciadas durante el embarazo), 9 por comparador inadecuado (sin brazo de cuidado habitual ni PFMT convencional), 8 por desenlace no relacionado con IU/POP, 6 por tratarse de protocolos de ensayo sin resultados publicados, 5 por población fuera de la ventana posparto temprana, 4 por tratarse de revisiones o comentarios editoriales (no estudios primarios), 4 por diseño no comparativo o no aleatorizado, 2 por falta de resumen disponible y 1 por otros motivos. Finalmente, se

incluyeron 20 ensayos clínicos aleatorizados (21 registros) en la síntesis cualitativa (Figura 1).

3.2. Características de los estudios incluidos

La Tabla 1 resume las características de los 20 ensayos clínicos incluidos, publicados entre 2020 y 2026, con tamaños muestrales que oscilaron entre 26 y 670 participantes. La mayoría se realizó en China, con estudios adicionales en Islandia, Arabia Saudita, Irán y otros países. Todos evaluaron algún componente de entrenamiento del suelo pélvico (Kegel, biofeedback y/o electroestimulación), con amplia variabilidad en el comparador (cuidado habitual, educación general, PFMT convencional) y en el momento exacto de inicio de la intervención respecto al parto, dato que en varios estudios no se especificó con precisión en el resumen disponible.

Tabla 1. Características de los estudios incluidos (n = 20 ensayos clínicos aleatorizados)

Autor/Año	Diseño	Población (n)	Intervención	Grupo control	Resultados principales
Sigurdardottir et al., 2020 / 2023	ECA ciego para evaluador	84 primíparas (41/43); cribadas 6-10 sem. posparto	PFMT individualizado guiado por fisioterapeuta, 12 sesiones semanales (inicio ≈9 sem.)	Sin instrucciones tras evaluación inicial	↓ IU a 6 meses (57% vs 82%, p=.03); sin diferencia a 12 meses; sin diferencia en síntomas de POP (corto ni largo plazo)

Khorasani et al., 2020	ECA paralelo, simple ciego	80 mujeres con IUE y lumbalgia posnatal	Ejercicios domiciliarios de estabilización centrados en suelo pélvico, 3x/sem., 12 sem.	Sin tratamiento	Mejoría significativa en fuerza de suelo pélvico, dolor lumbar e IU (ICIQ-UI-SF) en el grupo intervención
Sacomori et al., 2020	ECA	202 mujeres, posparto inmediato	Sesión única supervisada de instrucción de PFME + folleto domiciliario	No especificado en el resumen	Sesión única ineficaz para mejorar síntomas de IU a los 3 meses; adherencia 85.1%
Wang et al., 2020	ECA paralelo, 2 brazos	108 primíparas	PFMT guiado por audio vía aplicación móvil	PFMT domiciliario convencional	Sin diferencia significativa en gravedad de IUE global; mejor autoeficacia, fuerza muscular y menor descenso vesical a 6 meses en grupo audio
Wu et al., 2021	ECA (cegamiento no especificado)	75 primíparas con laceración perineal 2º grado; n=45 analizadas	PFMT asistido por biofeedback EMG, iniciado semana 1 y 4 posparto, domiciliario hasta semana 6	No especificado en el resumen	Sin diferencia significativa en función sexual (PISQ-12) ni síntomas urinarios (UDI-6) entre grupos
Movahedi et al., 2021	ECA prospectivo	114 primíparas (57/57)	Fisioterapia de suelo pélvico	Recomendaciones posparto rutinarias (multivitamínico + calcio)	Mejoría significativa en función sexual e incontinencia urinaria/fecal en grupo intervención a 8 y 16 semanas
Rao et al., 2023	ECA	341 primíparas con IU o POP (147/194)	Kegel iniciado a las 6 semanas posparto	Educación general posparto	↑ fuerza muscular normal a 1 año (56.0% vs 43.4%, p=.033); sin diferencia significativa en tasa de mejora de POP ni en frecuencia de IU
Wang & An, 2023	ECA, 3 brazos	38 participantes (14/12/12)	Internet + Kegel; Internet + Pilates	Kegel solo	Mejoría en las 3 ramas en pad test y episodios de incontinencia; diferencias significativas entre grupos en escalas Oxford/ICIQ-SF
Dai et al., 2024	ECA	70 primíparas con lesión de MSP posparto	Acupuntura tibia + Kegel	Acupuntura simulada (sham) + Kegel	Mejor recuperación de fuerza muscular, parámetros ecográficos y eficacia del tratamiento de IU en grupo combinación (p<.05)
Li & Li, 2024	ECA	102 pacientes con IU posparto (52/50)	PFMT + fisioterapia con infrarrojo	Intervención convencional	Menor volumen de fuga, mejor fuerza muscular y calidad de vida en grupo combinado a 1-2 meses
Li et al., 2024	ECA (tabla de números aleatorios)	670 mujeres con PFD posparto (327/343)	Biofeedback + electroestimulación + PFMT	PFMT sola	↓ IUE (p=.005); mejor fuerza tipo I/II y PFDI-20/PFIQ-7/ICIQ-SF a 3 y 6 meses; sin diferencia significativa en grado de POP

Wang et al., 2024 (JAMA Netw Open)	ECA multicéntrico, ciego para evaluador	452 mujeres con IUE de novo (mediana 50 días posparto; 223/229)	PFMT supervisado + dispositivo de biofeedback por presión domiciliario	PFMT domiciliario sin dispositivo	Mayor tasa de curación de IU (20.2% vs 8.7%, $p=.001$) y mejor fuerza muscular en grupo biofeedback
Chu et al., 2024	ECA unicéntrico	148 primíparas (76/72); PFMT iniciado a las 6 sem. posparto	Recordatorios diarios de PFMT vía app (WeChat)	PFMT sin recordatorios	↑ adherencia (53.9% vs 20.8%, $p<.001$) y mejor EMG de superficie; sin diferencia en IUE (ICIQ-SF)
Lange et al., 2024	ECA pragmático multicéntrico, abierto, 3 brazos	52 mujeres con IU posparto (17/17/18)	PFMT; pesario vaginal	Cuidado habitual (cursos de recuperación estándar)	Mayor satisfacción con pesario (77.8%) vs. cuidado habitual (41.2%) vs. PFMT (23.5%), $p=.006$
Zhang et al., 2025	ECA	60 primíparas, parto único cefálico	Telerehabilitación de mecánica pélvico-abdominal, 6 semanas	Cuidado habitual/rutinario	↓ PFDI-20 y menor distancia interrectos a 42 días; sin diferencia en fuerza muscular (Oxford)
Alahmri & Embaby, 2024	ECA	26 mujeres con IUE leve-moderada posparto (13/13)	Ejercicios core domiciliarios + PFMT	Solo PFMT domiciliario	Mejora significativamente mayor en fuerza/resistencia de MSP, pad test e ICIQ-SF en grupo A
He et al., 2025	ECA	72 puérperas con diabetes gestacional (36/36)	PFMT guiado por app móvil (Keep)	Instrucción rutinaria de PFMT posparto	↑ adherencia, fuerza muscular y autoeficacia; ↓ ICIQ-SF en grupo app
Xiao et al., 2025	ECA	90 mujeres posparto	Método teach-back + app móvil	Ejercicios de suelo pélvico y educación estándar	↓ volumen de fuga (pad test); ↑ fuerza (Oxford), conocimiento y adherencia ($p<.01/.05$)
Jin et al., 2026	ECA	110 primíparas	Kegel + aplicación en puntos de acupuntura (Qi Hai, Guan Yuan)	Kegel solo	↓ tasa de fuga urinaria; mejor fuerza tipo II, ICIQ-SF y menor ansiedad a 42 días; sin diferencia en fuerza tipo I ni POP-Q
Nahid et al., 2024	Estudio prospectivo aleatorizado	150 mujeres con parto vaginal normal (3 grupos de 50)	Kegel; fisioterapia de suelo pélvico (8 sesiones)	Cuidado de rutina	↓ prevalencia de IUE en grupo Kegel vs. control a las 8-12 sem.; IU de urgencia sin diferencia significativa

3.3. Resultados de la síntesis

Incontinencia urinaria

De los 20 ensayos incluidos, 18 reportaron algún desenlace relacionado con la incontinencia urinaria. Los resultados fueron

heterogéneos según el tipo de comparador. Frente a un verdadero cuidado habitual o ausencia de tratamiento, varios ensayos mostraron reducciones significativas de la IU: Sigurdardottir et al. (2020) encontraron menor frecuencia de

incontinencia urinaria en el grupo de entrenamiento guiado por fisioterapeuta frente a un grupo sin instrucciones (57% frente a 82% de mujeres sintomáticas a los 6 meses, $p = .03$), aunque la diferencia no se mantuvo al año; Movahedi et al. (2021) reportaron mejoría significativa de la incontinencia urinaria y fecal con fisioterapia de suelo pélvico frente a recomendaciones posparto rutinarias; y Rao et al. (2023) hallaron mayor proporción de mujeres con fuerza muscular normal en el grupo de Kegel frente a educación general, aunque sin diferencia significativa en la frecuencia de incontinencia urinaria.

En los ensayos que compararon un componente adyuvante (biofeedback, electroestimulación, acupuntura, aplicaciones móviles) añadido al entrenamiento convencional de Kegel frente al entrenamiento convencional solo, los resultados también favorecieron mayoritariamente al grupo con la intervención más intensiva: Li et al. (2024) reportaron menor proporción de incontinencia urinaria de esfuerzo con biofeedback y

electroestimulación combinados con PFMT frente a PFMT sola ($p = .005$); Wang et al. (2024), en un ensayo multicéntrico de 452 mujeres publicado en JAMA Network Open, encontraron mayor tasa de curación de la incontinencia urinaria con biofeedback domiciliario añadido al PFMT supervisado (20.2% frente a 8.7%, $p = .001$); y Dai et al. (2024) hallaron mejor eficacia del tratamiento de la incontinencia urinaria con acupuntura tibial combinada con Kegel frente a acupuntura simulada combinada con Kegel. No obstante, otros ensayos con diseño similar no encontraron diferencias significativas en la incontinencia urinaria entre grupos, aunque sí en la fuerza muscular o la adherencia —como los de Chu et al. (2024) y Wang et al. (2020) con recordatorios o guías por aplicación móvil—, y el ensayo de Lange et al. (2024) encontró que el pesario vaginal fue superior tanto al PFMT como al cuidado habitual en términos de satisfacción del tratamiento.

Prolapso de órganos pélvicos

La evidencia sobre el prolapso de órganos pélvicos fue considerablemente más escasa:

solo 3 de los 20 estudios incluidos reportaron desenlaces específicos de POP. Sigurdardottir et al. (2023), en el análisis secundario del mismo ensayo islandés, no encontraron diferencias significativas en los síntomas de prolapso entre el grupo de entrenamiento guiado por fisioterapeuta y el grupo control, ni a corto ni a largo plazo. Rao et al. (2023) tampoco hallaron diferencias significativas en la tasa de mejora del prolapso de órganos pélvicos entre el grupo de Kegel y el grupo de educación general. Li et al. (2024) reportaron mejor recuperación de la fuerza muscular con biofeedback y electroestimulación combinados, pero sin diferencia significativa en el grado de prolapso de órganos pélvicos frente a PFMT solo. En conjunto, la evidencia disponible no permite concluir que el entrenamiento del suelo pélvico iniciado en el posparto temprano modifique de forma significativa el grado o los síntomas de prolapso de órganos pélvicos a corto plazo.

2.4. Evaluación del riesgo de sesgo

Como se indicó en la sección de métodos, esta valoración es preliminar y se basa únicamente en

la información explícitamente reportada en los resúmenes disponibles; no sustituye una evaluación formal con la herramienta RoB 2 a partir de los textos completos. Con esa salvedad, se observó que la mayoría de los ensayos incluidos reportó aleatorización explícita, y varios señalaron cegamiento del evaluador de resultados (p. ej., Sigurdardottir et al., 2020 y 2023; Wang et al., 2024) o diseño simple ciego (p. ej., Khorasani et al., 2020; Zhang et al., 2025). En varios estudios de origen chino con tamaños muestrales grandes (Li et al., 2024; Rao et al., 2023) el resumen no especificó el método de cegamiento ni el análisis por intención de tratar, lo que introduce incertidumbre sobre el riesgo de sesgo de selección y de desgaste. Ningún estudio incluido reportó explícitamente el registro prospectivo del protocolo como criterio excluyente, aunque varios mencionaron números de registro en plataformas como ClinicalTrials.gov o el Registro Chino de Ensayos Clínicos (ChiCTR).

4. Discusión

Los hallazgos de esta revisión indican que el entrenamiento del suelo pélvico iniciado en el posparto temprano mejora de forma relativamente consistente la fuerza muscular, mientras que su efecto sobre la incontinencia urinaria depende marcadamente del comparador utilizado: los ensayos que compararon PFMT (o una versión intensificada de este) frente a un verdadero cuidado habitual o ausencia de tratamiento tendieron a mostrar beneficios significativos sobre la IU (Sigurdardottir et al., 2020; Movahedi et al., 2021), mientras que los ensayos que compararon dos formas de PFMT entre sí (p. ej., con y sin dispositivo de biofeedback, o con y sin recordatorio por aplicación) mostraron con más frecuencia diferencias en fuerza muscular o adherencia, pero no siempre en la incontinencia urinaria reportada por la paciente (Chu et al., 2024; Wang et al., 2020). Este patrón es coherente con la revisión Cochrane de Fernandes et al. (2025) sobre biofeedback, que concluyó que añadir biofeedback al PFMT

convencional produce poca o ninguna diferencia en la calidad de vida relacionada con la incontinencia, aunque sí pequeñas reducciones en los episodios de fuga.

La escasez de evidencia específica sobre el prolapso de órganos pélvicos en el posparto temprano identificada en esta revisión coincide con lo reportado por el consenso internacional de uroginecología (Bø et al., 2022), que señaló que la evidencia sobre la intervención temprana en el periodo periparto para la prevención y el tratamiento del POP es escasa e inconsistente, en contraste con la evidencia sólida a favor del PFMT como tratamiento de primera línea del POP en la población general de mujeres. Esto sugiere que, aunque existan razones fisiológicas plausibles para esperar un beneficio del entrenamiento temprano sobre el sostén de los órganos pélvicos, la ventana posparto inmediata podría no ser suficiente, por sí sola, para modificar el grado de prolapso medido con POP-Q en el corto plazo, y que se requieren periodos de seguimiento más prolongados o intervenciones

de mayor intensidad para detectar un eventual efecto.

Desde el punto de vista clínico, estos hallazgos sugieren que ofrecer entrenamiento estructurado y supervisado del suelo pélvico —más allá de la sola recomendación verbal de “hacer ejercicios de Kegel”, que en varios de los ensayos incluidos actuó como comparador relativamente ineficaz— podría aportar un beneficio adicional relevante en la prevención y el manejo de la incontinencia urinaria posparto, especialmente si se combina con estrategias que mejoren la adherencia (recordatorios, telerehabilitación, aplicaciones móviles), dado que la adherencia fue, junto con la fuerza muscular, uno de los desenlaces secundarios que más consistentemente mejoró en los grupos de intervención.

Fortalezas y limitaciones

Entre las fortalezas de esta revisión se encuentran la búsqueda sistemática en dos bases de datos bibliográficas amplias (PubMed y Scopus), la aplicación explícita y documentada de criterios PICO, y la trazabilidad completa del proceso de

cribado y selección, disponible para auditoría. La principal limitación es que la selección y extracción de datos se realizó a partir de los resúmenes y metadatos bibliográficos disponibles, y no de los textos completos de los estudios; por lo tanto, algunas decisiones de elegibilidad —en particular el momento exacto de inicio de la intervención respecto al parto, que en varios estudios no se especificó con precisión en el resumen— y la evaluación del riesgo de sesgo deben confirmarse mediante la lectura del texto completo antes de considerar definitivas las conclusiones de esta revisión. Adicionalmente, la ausencia de metaanálisis cuantitativo, justificada por la heterogeneidad clínica y de instrumentos de medición entre los estudios, limita la posibilidad de estimar un tamaño de efecto combinado.

5. Conclusiones

En mujeres en posparto temprano (primeras 6 semanas tras el parto vaginal o por cesárea), los programas de fortalecimiento del suelo pélvico —ejercicios de Kegel, con o sin biofeedback y/o

electroestimulación— mejoran de forma consistente la fuerza muscular del suelo pélvico frente al cuidado habitual o a versiones menos intensivas de la misma intervención. Su efecto sobre la incontinencia urinaria es más heterogéneo: parece más probable observar un beneficio clínico claro cuando se compara frente a un verdadero cuidado habitual o ausencia de entrenamiento estructurado, mientras que la evidencia es menos concluyente cuando se compara frente a otra forma de entrenamiento del suelo pélvico. La evidencia sobre el prolapso de órganos pélvicos sigue siendo limitada, tanto en cantidad de estudios como en consistencia de resultados.

Para la práctica clínica, estos hallazgos respaldan la recomendación de ofrecer entrenamiento estructurado y, en lo posible, supervisado del suelo pélvico desde las primeras semanas del posparto como estrategia de prevención y manejo de la incontinencia urinaria, en lugar de limitarse a la indicación verbal genérica de realizar ejercicios de Kegel. Para la investigación futura,

se recomienda: (a) estandarizar el momento de inicio de la intervención y reportarlo con precisión en términos de semanas o días posparto; (b) incluir de forma sistemática el prolapso de órganos pélvicos como desenlace medido con POP-Q, dada la escasez actual de evidencia; (c) emplear diseños con un brazo de cuidado habitual o ausencia de tratamiento, y no solo comparaciones entre variantes activas del entrenamiento; y (d) realizar seguimientos a mediano y largo plazo (más allá de los 6-12 meses posparto) para determinar la persistencia de los beneficios observados.

Bibliografía

- Adriana Peinado-Molina, R., Hernández-Martínez, A., Martínez-Vázquez, S., Rodríguez-Almagro, J., & Miguel Martínez-Galiano, J. (2023). RESEARCH Open Access Pelvic floor dysfunction: prevalence and associated factors. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16901-3>
- Bø, K., Anglès-Acedo, S., Batra, A., Brækken, I. H., Chan, Y. L., Jorge, C. H., Kruger, J.,

- Yadav, M., & Dumoulin, C. (2022). International urogynecology consultation chapter 3 committee 2; conservative treatment of patient with pelvic organ prolapse: Pelvic floor muscle training. *International Urogynecology Journal*, 33(10), 2633–2667. <https://doi.org/10.1007/s00192-022-05324-0>
- Chu, L., Jin, X., Wu, S., Tong, X., Li, H., & Chen, X. (2024). Effect of Pelvic Floor Muscle Training With Smartphone Reminders on Women in the Postpartum Period: A Randomized Controlled Trial. *Urogynecology*, 30(2), 138–146. <https://doi.org/10.1097/SPV.0000000000001401>
- Danesh Shahraki, A., Hajhashemi, M., Movahedi, M., & Abbasi, F. (2025). Correlation between Delivery Type and Pelvic Floor Dysfunction: A Case-Control Study. *Advanced Biomedical Research*, 14(1). https://doi.org/10.4103/abr.abr_548_24
- Ginnane, J. F., Aziz, S., Sultana, S., Allen, C. L., McDougall, A., Eddy, K. E., Scott, N., & Vogel, J. P. (2024). The cost-effectiveness of preventing, diagnosing, and treating postpartum haemorrhage: A systematic review of economic evaluations. *PLoS Medicine*, 21(9 September). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004461>
- Monteiro, F., Antunes, P., Pereira, M., Canavarro, M. C., & Fonseca, A. (2022). Cost-utility of a web-based intervention to promote maternal mental health among postpartum women presenting low risk for postpartum depression. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 38(1), e62. <https://doi.org/10.1017/S0266462322000447>
- Pelvic floor muscle training for preventing and treating urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women - Woodley, SJ - 2020 | Cochrane Library. (s/f). Recuperado el 22 de agosto de 2026, de <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007471.pub4/full>
- Pérez Gómez, J. R., & Hernández Pérez, J. (2026). Efectos de la sutura continua vs discontinua en la reparación perineal posparto: revisión bibliográfica. *Nure Investigación*. <https://doi.org/10.58722/nure.v23i142.2698>
- Reyes, C., José, E., De, E., Zegel, N., Medina, B., & Felipe, R.

- (2025). Estructuras metodológicas PICO y PRISMA 2020 en la elaboración de artículos de revisión sistemática: Lo que todo investigador debe conocer y dominar. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 9(1), 8525–8543.
https://doi.org/10.37811/CL_RCM.V9I1.16491
- Sacomori, C., Araya-Castro, P., Sperandio, F. F., Zomkowski, K., & Dantas, D. (2024). Pelvic Floor Physiotherapy and its Research Development in the Continuum of Gynecological, Prostate, and Colorectal Cancer Care. 411–440.
https://doi.org/10.1007/16833_2024_205
- Sigurdardottir, T., Steingrimsdottir, T., Geirsson, R. T., Halldorsson, T. I., Aspelund, T., & Bø, K. (2023). Postpartum pelvic organ prolapse and pelvic floor muscle training: secondary analysis of a randomized controlled trial of primiparous women. *International Urogynecology Journal* 2023 34:6, 34(6), 1319–1326.
<https://doi.org/10.1007/S00192-023-05502-8>
- Sitaraman, L., Lewicky-Gaupp, C., & Rao, S. S. C. (2025). Postpartum Anorectal and Pelvic Floor Disorders: Evaluation, Treatment, and Prevention. En *Current Gastroenterology Reports* (Vol. 27, Número 1). Springer.
<https://doi.org/10.1007/s11894-025-01000-7>
- Alahmri, L. M., & Embaby, H. (2024). Effect of home-based core exercises on postpartum stress urinary incontinence during COVID-19 pandemic in Jeddah city: A randomised control trial. *Physiotherapy Quarterly*.
<https://doi.org/10.5114/pq.2024.135420>
- Bø, K., Anglès-Acedo, S., Batra, A., Brækken, I. H., Chan, Y. L., Jorge, C. H., Kruger, J., Yadav, M., & Dumoulin, C. (2022). International urogynecology consultation chapter 3 committee 2; conservative treatment of patient with pelvic organ prolapse: Pelvic floor muscle training. *International Urogynecology Journal*.
<https://doi.org/10.1007/s00192-022-05324-0>
- Campbell, M., McKenzie, J. E., Sowden, A., Katikireddi, S. V., Brennan, S. E., Ellis, S., Hartmann-Boyce, J., Ryan, R., Shepperd, S., Thomas, J., Welch, V., & Thomson, H. (2020). Synthesis without meta-analysis (SWiM) in

- systematic reviews: Reporting guideline. *BMJ*, 368, l6890. <https://doi.org/10.1136/bmj.l6890>
- Chu, L., Jin, X., Wu, S., Tong, X., Li, H., & Chen, X. (2024). Effect of pelvic floor muscle training with smartphone reminders on women in the postpartum period: A randomized controlled trial. *Urogynecology*. <https://doi.org/10.1097/SPV.0000000000001401>
- Dai, J., Jin, Z., Zhang, X., Lian, F., & Tu, J. (2024). Efficacy of warm acupuncture therapy combined with Kegel exercise on postpartum pelvic floor dysfunction in women. *International Urogynecology Journal*. <https://doi.org/10.1007/s00192-023-05698-9>
- Fernandes, A. C. N. L., Jorge, C. H., Weatherall, M., Ribeiro, I. V., Wallace, S. A., & Hay-Smith, E. J. C. (2025). Pelvic floor muscle training with feedback or biofeedback for urinary incontinence in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009252.pub2>
- He, X., Xie, Y., Xie, B., Zhao, M., Zhang, H., Zhao, X., & Zhao, H. (2025). Use of mobile fitness app to improve pelvic floor muscle training in puerperal women with gestational diabetes mellitus: A randomized controlled trial. *Health Informatics Journal*. <https://doi.org/10.1177/14604582251316774>
- Jin, Z., Li, W., Tu, J., Yan, L., & Chen, Y. (2026). Effects of Kegel training combined with acupoint application in preventing postpartum pelvic floor dysfunction: A randomized controlled trial. *African Journal of Reproductive Health*. <https://doi.org/10.29063/ajrh2026/v30i9s.3>
- Khorasani, F., Ghaderi, F., Bastani, P., Sarbakhsh, P., & Berghmans, B. (2020). The effects of home-based stabilization exercises focusing on the pelvic floor on postnatal stress urinary incontinence and low back pain: A randomized controlled trial. *International Urogynecology Journal*. <https://doi.org/10.1007/s00192-020-04284-7>
- Lange, S., Lange, R., Tabibi, E., Hitschold, T., Müller, V. I., & Naumann, G. (2024). Comparison of vaginal pessaries to standard care or pelvic floor muscle training for treating postpartum urinary incontinence: A pragmatic randomized controlled trial. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*.

- https://doi.org/10.1055/a-2243-3784
- Li, C., & Li, K. (2024). Effect of pelvic floor muscle exercise combined with infrared physiotherapy on postpartum urinary incontinence. *Technology and Health Care*.
https://doi.org/10.3233/THC-240831
- Li, Y., Bai, W., Zhang, J., & Zhang, R. (2024). Biofeedback electrical stimulation therapy in the rehabilitation of pelvic floor function after vaginal delivery: A clinical randomized controlled study. *Chinese General Practice*.
https://doi.org/10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0354
- Movahedi, M., Torabipoor, M. S., Mohammadi, M. S., Shariat, M., Haghollahi, F., & Hajhashem, M. (2021). The effect of postpartum physiotherapy on sexual function and incontinence of primiparous women in Al-Zahra and Shahid Beheshti hospitals of Isfahan: A randomized clinical trial. *Tehran University Medical Journal*.
- Nahid, R., Mahsa, B., Alimohammadi, N., & Samar, M. (2024). The effect of Kegel exercises and pelvic floor physiotherapy on the improvements of stress urinary incontinence and urge incontinence in women with normal vaginal delivery. *Current Women's Health Reviews*.
https://doi.org/10.2174/1573404820666230517153716
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71.
https://doi.org/10.1136/bmj.n71
- Rao, L., Zhang, L., Yuan, J., & Lu, B. (2023). Effect of postpartum pelvic floor muscle training on improving pelvic floor function. *Journal of Shanghai Jiao Tong University (Medical Science)*.
https://doi.org/10.3969/j.issn.1674-8115.2023.03.006
- Sacomori, C., Zomkowski, K., dos Passos Porto, I., Cardoso, F. L., & Sperandio, F. F. (2020). Adherence and effectiveness of a single instruction of pelvic floor exercises: A randomized clinical trial. *International Urogynecology Journal*.

<https://doi.org/10.1007/s00192-019-04032-6>

Sigurdardottir, T., Steingrimsdottir, T., Geirsson, R. T., Halldorsson, T. I., Aspelund, T., & Bø, K. (2020). Can postpartum pelvic floor muscle training reduce urinary and anal incontinence?: An assessor-blinded randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*.

<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.09.011>

Sigurdardottir, T., Steingrimsdottir, T., Geirsson, R. T., Halldorsson, T. I., Aspelund, T., & Bø, K. (2023). Postpartum pelvic organ prolapse and pelvic floor muscle training: Secondary analysis of a randomized controlled trial of primiparous women. *International Urogynecology Journal*. <https://doi.org/10.1007/s00192-023-05502-8>

Sterne, J. A. C., Savović, J., Page, M. J., Elbers, R. G., Blencowe, N. S., Boutron, I., Cates, C. J., Cheng, H.-Y., Corbett, M. S., Eldridge, S. M., Emberson, J. R., Hernán, M. A., Hopewell, S., Hróbjartsson, A., Junqueira, D. R., Jüni, P., Kirkham, J. J., Lasserson, T., Li, T., ... Higgins, J. P. T. (2019). RoB 2: A revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*, 366,

l4898.

<https://doi.org/10.1136/bmj.l4898>

Wang, J., & An, D. (2023). Effect of Internet combined with pelvic floor muscle training on postpartum urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*. <https://doi.org/10.1007/s00192-023-05561-x>

Wang, X., Qiu, J., Li, D., Wang, Z., Yang, Y., Fan, G., Mao, X., Wang, J., Gao, S., Zhu, X., Xu, T., & Sun, Z. (2024). Pressure-mediated biofeedback with pelvic floor muscle training for urinary incontinence: A randomized clinical trial. *JAMA Network Open*. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.42925>

Wang, X., Xu, X., Luo, J., Chen, Z., & Feng, S. (2020). Effect of app-based audio guidance pelvic floor muscle training on treatment of stress urinary incontinence in primiparas: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103527>

Woodley, S. J., Lawrenson, P., Boyle, R., Cody, J. D., Mørkved, S., Kernohan, A., & Hay-Smith, E. J. C. (2020). Pelvic floor muscle training for preventing and treating

urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. Cochrane Database of Systematic Reviews.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD007471.pub4>

training rehabilitation program for pelvic floor rehabilitation in puerperal women: A randomized controlled study. European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.25.08971-3>

Wu, T.-F., Huang, L.-H., Lai, Y.-F., Chen, G.-D., & Ng, S.-C. (2021). Early postpartum biofeedback assisted pelvic floor muscle training in primiparous women with second degree perineal laceration: Effect on sexual function and lower urinary tract symptoms. Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2020.11.011>

Xiao, X., Zhang, C.-H., Yang, Y.-M., Yan, W.-W., Li, X.-J., & Shang, H.-L. (2025). Innovative application of mobile health management combined with the teach-back method in the rehabilitation of pelvic floor muscle in postpartum women with urinary incontinence. International Urogynecology Journal. <https://doi.org/10.1007/s00192-025-06229-4>

Zhang, R., Guo, Y., Zhang, J., Zhang, J., Zhuang, R., Liao, C., & Bo, H. (2025). Effectiveness of telehealth pelvic-abdominal mechanics