

Guía de apoio do Programa de abordaxe das disfuncións do solo pelviano feminino en atención primaria

Actualización 2024



Edita: Xunta de Galicia.
Consellería de Sanidade.
Servizo Galego de Saúde.
Dirección Xeral de
Asistencia Sanitaria.

Lugar: Santiago de Compostela
Ano: novembro 2024

Coordinación

Subdirección Xeral de Atención Primaria.
Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria.
Servizo Galego de Saúde

Autoras/es:

Fátima Alastrué Ruíz

Xefa de sección do Servizo de Atención Hospitalaria.
Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria.
Servizo Galego de Saúde.

Mª Sinda Blanco Lobeiras

Médica de familia.
Área sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza.

Patricia Chamorro Núñez

Fisioterapeuta.
Centro de saúde de Xinzo de Limia.
Área sanitaria de Ourense, Verín e O Barco de Valdeorras.

Tirso Docampo Ferreira

Supervisor de área funcional de Fisioterapia e Rehabilitación.
Área sanitaria de Vigo.

Paula Fraga Blanco

Facultativa especialista de Área de Obstetricia e Xinecoloxía.
Hospital Virxe da Xunqueira. Área sanitaria da Coruña e Cee.

Sonia Gómez Tomé

Fisioterapeuta.
Centro de saúde de Narón.
Área sanitaria de Ferrol.

Amalia Isabel Loureiro Fuentes

Matrona.
Centro de saúde de Ordes.
Área sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza.

Mª Dolores Martínez Romero

Técnica. Subdirección Xeral de Atención Primaria.
Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria. Servizo Galego de Saúde.

José Eloy Moral Santamarina

Xefe do Servizo de Xinecoloxía e Obstetricia.
Complexo Hospitalario Universitario de Pontevedra.
Área sanitaria de Pontevedra e O Salnés.

Nuria Peláez Rodríguez

Fisioterapeuta.
Hospital Nicolás Peña.
Área sanitaria de Vigo.

José Manuel Pérez Crespo

Médico de familia.
Área sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza.

Mª Teresa Rey Liste

Médica de familia. Subdirección Xeral de Atención Primaria.
Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria. Servizo Galego de Saúde.

Mª Dolores Rodríguez García

Matrona.
Centro de saúde de Marín.
Área sanitaria de Pontevedra e O Salnés.

Fátima Varela Basalo

Matrona.
Centro de saúde de Carballo.
Área sanitaria da Coruña e Cee.

Sonia Vázquez Vilabrille

Matrona.
Hospital de Monforte.
Área sanitaria de Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos.

Guía de apoio do Programa de abordaxe das disfuncións do solo pelviano feminino en atención primaria

Actualización 2024



ÍNDICE

	Siglas, acrónimos e abreviaturas	6
01	As disfuncións do solo pelviano	7
02	O Programa de abordaxe das disfuncións do solo pelviano feminino en atención primaria	10
03	Estrutura da Guía técnica de abordaxe das disfuncións do solo pelviano feminino en atención primaria	13
04	Obxectivos da guía de apoio do Programa	14
05	Método	15
06	Claves de actualización da Guía de apoio do Programa de abordaxe das disfuncións do solo pelviano feminino en atención primaria	16
07	Difusión e implantación da Guía de apoio do Programa de abordaxe das disfuncións do solo pelviano feminino en atención primaria	18
08	Captación e acceso das mulleres ao Programa de abordaxe das disfuncións do solo pelviano feminino en atención primaria	19
09	Actividades da matrona ou do matróon de atención primaria	21
	9.1 Anamnese	21
	9.2 Exploración	24
	9.3 Atención ás disfuncións do solo pelviano	27
	9.3.1 Programa individualizado de reeducación do solo pelviano	28
	9.3.2 Programas de educación sanitaria de grupo en saúde sexual e reprodutiva realizados pola matrona ou polo matróon de atención primaria	29
	9.3.2.1 Programa de educación sanitaria de grupo prenatal	33
	9.3.2.2 Programa de educación sanitaria de grupo posnatal	35
	9.3.2.3 Programa de educación sanitaria de grupo durante o climaterio e a menopausa	37
	9.3.2.4 Programa de educación sanitaria en colectivos de especial susceptibilidade de sufrir disfuncións do solo pelviano: accións comunitarias en saúde	40
	9.4 Criterios de derivación da matrona ou do matróon a outras/os profesionais	43
10	Actividades da ou do fisioterapeuta de atención primaria	44
	10.1 Anamnese	44
	10.2 Exploración clínica	45
	10.3 Tratamento de fisioterapia de AP	48
11	Criterios de derivación	50
	Fluxograma	52
12	Indicadores de avaliación do programa	53

A	Anexos	55
A.1	Sintomatoloxía relacionada co solo pelviano	56
A.2	Diagnóstico e tratamento da incontinencia urinaria de urxencia	61
A.3	Diario miccional	65
A.4	Test de severidade de Sandvick	66
A.5	Cuestionario de incotinencia urinaria ICIQ-SF	67
A.6	Clasificación do prolapso xenital	68
	A.6.1 Clasificación segundo o grao de descenso da parte máis distal do prolapso	68
	A.6.2 Clasificación segundo a variedade afectada	69
A.7	Avaliación funcional da musculatura do solo pelviano	70
A.8	Test de severidade de Wexner	72
A.9	Hábitos de vida saudable para a prevención das disfuncións do solo pelviano	73
	A.9.1 Estratexias de prevención da atrofia vulvovaxinal debida ao déficit estroxénico	75
	A.9.2 Estratexias de prevención da infección das vías urinarias	77
	A.9.3 Hábito intestinal	79
	A.9.4 Alimentación	80
	A.9.5 Actividade física	82
	A.9.6 Hábitos saudables para coidar o teu solo pelviano	84
A.10	Masaxe perineal	86
A.11	Características da musculatura do solo pelviano	87
A.12	Técnicas de reeducación do solo pelviano	88
A.13	Programa individualizado de reeducación do solo pelviano	95
	A.13.1 Díptico de consciencia corporal	97
	A.13.2 Díptico de respiración	99
	A.13.3 Díptico de equilibrio de tensións nos diafragmas	101
	A.13.4 Díptico de liberación do pé	103
	A.13.5 Díptico de flexibilización das cadeiras	105
	A.13.6 Díptico de relaxación da musculatura da boca	107
	A.13.7 Díptico de contracción e relaxación do solo pelviano	109
	A.13.8 Díptico de presións intraabdominais e transversa do abdome	111
14	Bibliografía	113

Siglas, acrónimos e abreviaturas

AH	Atención hospitalaria	IUE	Incontinencia urinaria de esfuerzo
AP	Atención primaria	IUU	Incontinencia urinaria de urxencia
AS	Área sanitaria	IUM	Incontinencia urinaria mixta
AASS	Áreas sanitarias	MSP	Musculatura do solo pelviano
DP	Diafragma pelviano	POP	Prolapso de órganos pelvianos
DSP	Disfunción do solo pelviano	PIRSP	Programa individualizado de reeducación do solo pelviano
EAP	Equipo de atención primaria	SAP	Servizo de Atención Primaria
HTA	Hipertensión arterial	SIAC-AP	Sistema de análises complexas de atención primaria
ICS	International Continence Society	SP	Solo pelviano
IMC	Índice de masa corporal	TrA	Músculo transverso do abdome
ITU	Infección do tracto urinario	UFMSPF	Unidade funcional multiprofesional de solo pelviano feminino
IU	Incontinencia urinaria	VH	Vexiga hiperactiva



01

As disfuncións do solo pelviano

O **solo pelviano (SP)** está formado por un conxunto de estruturas (músculos, fascias, ligamentos...) que teñen un papel fundamental no mantemento da estática e dinámica corporal, ademais dunha función urinaria, xenital e intestinal. Estas estruturas son:

- A **fascia endopelviana**: esténdese desde o peritoneo ata o diafragma pelviano.
- O **diafragma pelviano**: composto polo músculo elevador do ano e o músculo coccíceo.
- O **diafragma uroxenital**: ocupa o triángulo perineal anterior e está constituído por dous planos musculares –superficial e profundo– e a membrana perineal.

A **fascia endopelviana** suspende os órganos pelvianos á estrutura ósea da pelve e fusiona entre si as distintas estruturas e estas cos músculos circundantes.

O músculo **elevador do ano** ten dúas funcións fundamentais:

- De suxeición e/ou soporte dos órganos (vexiga, útero e recto) e o seu mantemento na posición correcta dentro da cavidade abdominal.
- De pechadura dos condutos (uretra, vaxina e ano), o que favorece a continencia de urina, gases ou feces.

Cando as estruturas do SP están íntegras e saudables, manteñen as súas funcións tanto en repouso coma durante os esforzos. Hai certas circunstancias da vida, como o **embarazo, o parto, o posparto e o climaterio**, onde os cambios hormonais, anatómicos e funcionais poden ocasionar sobrecarga, tensións ou traumatismos máis ou menos graves para o SP.

As **disfuncións do solo pelviano (DSP)** son unha das causas máis frecuentes de dor pelviana; perda ocasional do control de esfínteres; prolapso de vexiga, útero ou recto; vulvodinia; dor durante as relacións sexuais ou estrinximento. Estes problemas de saúde poden ter a súa orixe na debilidade dos músculos do SP ou na súa contracción involuntaria e repentina causadas por múltiples factores, como o parto, unha cirurxía pelviana, un traumatismo ou determinadas patoloxías, como a endometriose, a fibromialxia ou a cistite intersticial, entre outras.

Son numerosas as mulleres que, por causas inherentes ao avellentamento vital ou ás continxencias da vida relacionadas coa falta de coidados axeitados, padecen unha DSP, que afecta a súa calidade

de vida e que chega mesmo a limitar as súas actividades sociais e a reducir a súa autoestima. Moitas mulleres ocultan que padecen unha DSP, sobre todo no caso da incontinencia urinaria, que é a disfunción máis frecuente.

Á hora de valorar o risco de padecer unha DSP, débense ter en conta unha serie de **factores de risco ou predispoñentes**, como son:

• Un índice de masa corporal (IMC) superior a 25 kg/m ² .
• Fumar ou consumir alcohol.
• Sedentarismo ou falta de exercicio.
• Estrinximento.
• Diabetes mellitus.
• Hábitos laborais, recreativos ou deportes de impacto que implican un aumento da presión intraabdominal.
• Idade superior a 35 anos (o risco aumenta coa idade).
• Antecedentes familiares de incontinencia urinaria, vexiga hiperactiva ou incontinencia fecal.
• Antecedentes persoais de: ▶ Insuficiencia vascular e/ou cardíaca. ▶ Enfermidade respiratoria crónica e tose (a tose crónica pode aumentar o risco de incontinencia fecal e a flatulencia). ▶ Consumo de fármacos (diuréticos, antidepressivos, benzodiazepinas, miorrelaxantes, anticonceptivos, antiinflamatorios non esteroides, antiácidos con calcio e ferro, inhibidoras da enzima convertedora da anxiotensina...). ▶ Cirurxía pelviana (histerectomía, desnervación uterosacra, cirurxía vaxinal...). ▶ Cancro xinecolóxico e calquera tratamento asociado a este. ▶ Fibromialxia.
• Factores relacionados co embarazo e co parto: ▶ Ter máis de 30 anos no momento de nacer a filla ou o fillo. ▶ Multiparidade (3 partos ou máis). ▶ Macrosomía fetal. ▶ Parto vaxinal instrumental (fórceps ou vacum). ▶ Parto vaxinal en occipito-posterior. ▶ Lesión perineal (episiotomía, lesión de esfínter anal).
• Puerperio.
• Climaterio, posmenopausa ou fallo ovárico prematuro.

Durante o **climaterio**, os factores determinantes do estado do SP son o déficit estroxénico e de coláxeno, a atrofia, a historia obstétrica previa e os hábitos de vida. A prevención realizada en etapas anteriores terá moita importancia, pero débese ter en conta que moitas mulleres abordan por primeira vez os coidados do SP nesta etapa, polo que se lles debe ofertar a educación sanitaria de grupo a aquelas mulleres maiores de corenta anos que acoden á consulta da matrona con sintomatoloxía climatérica e ás mulleres con sintomatoloxía suxestiva de debilidade ou cunha DSP e que desexan realizar un **programa individualizado de reeducación do solo pelviano (PIRSP)**. As sesións de adestramento dos exercicios propostos no programa personalizado desenvolveranse de forma individual e/ou en sesións de grupo.

Diferentes estudos amosan que a reeducación do SP durante o embarazo resulta efectiva para a prevención e o tratamento da incontinencia urinaria no posparto. Desta intervención poden beneficiarse tanto as xestantes que seguen o control prenatal habitual como as que asisten aos grupos de educación sanitaria, tanto durante o **embarazo** coma no **posparto**.

A muller pode sufrir unha serie de **síntomas** e/ou **patoloxías** relacionadas coas disfuncións do solo pelviano que se poden previr ou tratar de evitar que evolucionen a graos máis graves que precisen xa de tratamento cirúrxico ou rehabilitador, como son: a dor pelviana (aguda e crónica, síndrome miofascial), a alteración do ton (aumento ou diminución), a disfunción sexual feminina (dispareunia, anorgasmia), a incontinencia urinaria (de esforzo, de urxencia ou mixta), a incontinencia anal (de gases ou feces) ou o prolapso de órganos pelvianos (cistocele, histerocele, rectocele).

Traballar e acondicionar a musculatura pelviana asegura unha mellor flexibilidade, elasticidade e mobilidade da zona, logrando músculos competentes que cumpren axeitadamente coa súa función, o que redundará nunha mellora da calidade de vida das mulleres.



02

O Programa de abordaxe das disfuncións do solo pelviano feminino en atención primaria

Antes do ano 2017, non estaba dispoñible en atención primaria (AP) do Servizo Galego de Saúde un programa estruturado de prevención e abordaxe das disfuncións do solo pelviano feminino. As matronas e matróns detectaban DSP, realizaban intervencións condutuais de cambios de hábitos de vida, reeducación vesical e do SP individualizada, técnicas de respiración, mellora de estática corporal etc., pero cando a muller non melloraba con estas intervencións e precisaba dun tratamento de fisioterapia/rehabilitación tiña que ser derivada a atención hospitalaria. Esta prestación a nivel de matrona de AP tamén era variable e non todas as mulleres tiñan acceso a ela.

No ano 2016, definiuse un programa de prevención e abordaxe das DSP para ser desenvolvido no ámbito da **atención primaria** de saúde, tanto por matronas ou matróns coma por fisioterapeutas. Ao mesmo tempo, todas as persoas integrantes do equipo de atención primaria (EAP) participan activamente na súa promoción e na captación de mulleres susceptibles de beneficiarse de participar nel.

Este programa, denominado **Programa de abordaxe das disfuncións do solo pelviano feminino en atención primaria**, comezouse a implantar no ano 2017.

Os obxectivos do **Programa** son os seguintes:

**MELLORAR A
ACCESIBILIDADE**

das mulleres residentes en Galicia a un **programa individualizado de reeducación do solo pelviano**, no ámbito da atención primaria.

**FOMENTAR A
PREVENCIÓN**

e a identificación dos factores que predispoñen ás disfuncións do solo pelviano feminino.

**PREVIR, DETECTAR,
DIAGNOSTICAR E TRATAR**

as disfuncións do solo pelviano feminino.

MANTER E/OU MELLORAR

a funcionalidade do SP, a consciencia corporal, a mobilidade articular, o equilibrio de tensión dos diferentes diafragmas corporais, a vascularización local, o ton, a forza e a resistencia do SP, a continencia dos esfínteres e a conservación dunha sexualidade satisfactoria.

**MELLORAR A
CONTINUIDADE
ASISTENCIAL,**

tendo como base unha comunicación áxil e efectiva.

**MELLORAR A
CAPACITACIÓN**

das matronas e dos matróns e das/dos fisioterapeutas de AP na abordaxe das DSP, mediante un **programa de formación continuada desenvolvido polas áreas sanitarias**.

**MELLORAR A CALIDADE
DA ATENCIÓN Á SAÚDE
SEXUAL E REPRODUTIVA**

das mulleres en relación coa prevención e coa abordaxe das disfuncións do solo pelviano.

A poboación á que vai dirixido este **Programa** son **todas as mulleres residentes na Comunidade Autónoma de Galicia**, especialmente aquelas con **factores de risco** de padecer unha **disfunción do SP** ou con **sintomatoloxía** compatible cunha patoloxía do SP.

A implantación deste programa permite **favorecer a accesibilidade** das mulleres a esta **prestación en AP de maneira coordinada** (matronas ou matróns-fisioterapeutas), **a equidade** no acceso a este servizo e **mellorar a calidade** da atención sanitaria das mulleres con algunha patoloxía do SP.

Algunhas **mulleres cunha DSP de grao moderado ou grave** precisan de **atención complementaria** a nivel **hospitalario** para que, de maneira **coordinada** e **multidisciplinar**, se lles proporcione unha **atención integral** e continuada ata a resolución do seu problema de saúde.

Co fin de mellorar a atención destas mulleres no ámbito hospitalario, no 2022 a Consellería de Sanidade creou sete **unidades funcionais multiprofesionais de solo pelviano feminino (UFMSPF)**, de acordo co que estipula a Orde do 27 de outubro de 2021, que regula a creación, composición, organización e funcionamento das unidades funcionais multiprofesionais de atención asistencial no Servizo Galego de Saúde. O comité clínico das **UFMSPF** está formado, como mínimo, por unha profesional de cada unha das seguintes disciplinas: xinecoloxía e obstetricia, uroloxía, rehabilitación, medicina familiar e comunitaria, fisioterapia, enfermería obstétrico-xinecolóxica (matrona/matrón) e/ou enfermería xeral, ademais de profesionais de atención primaria que desenvolvan o **Programa**.

Durante estes últimos anos (2016-2022), de forma centralizada, formáronse na abordaxe das disfuncións de solo pelviano feminino 175 profesionais (91 matronas e matróns e 84 fisioterapeutas). No 2023, realizouse un curso de formador de formadores en cada área sanitaria para formar as matronas e os matróns e as/os fisioterapeutas que carecesen desta formación e lograr que a finais do 2024 todos os servizos de atención primaria das 7 áreas sanitarias que contan cunha matrona ou matrón e cunha/cun fisioterapeuta formadas/os en prevención e abordaxe das disfuncións do solo pelviano feminino desenvolvan o **Programa de abordaxe das disfuncións do solo pelviano feminino no ámbito da atención primaria**.

Entre os anos 2017 e 2023, a través deste **Programa**, 14.165 **mulleres foron atendidas por matronas ou matróns** de AP (realizáronse 22.386 consultas) e 1.078 **mulleres con DSP foron atendidas por fisioterapeutas** de AP para tratamento fisioterapéutico (6.020 consultas).



03

Estrutura

da Guía técnica de abordaxe das disfuncións do solo pelviano feminino en atención primaria

No ano 2016, publicouse a Guía técnica de abordaxe das disfuncións do solo pelviano feminino en atención primaria que dá apoio ao **Programa**. Unha vez pasados sete anos desde a súa publicación, no ano 2023 decidiuse revisar e actualizar este documento, co fin de incorporar o coñecemento científico actual e a experiencia acumulada nestes anos de percorrido.

Esta nova versión da guía mantén a esencia da primeira, intentando respectar a estrutura para facilitar o seu manexo, conservando todos aqueles aspectos que se manteñen vixentes hoxe en día e incorporando as novidades que xurdiron nestes últimos anos.

O documento estrutúrase, ao igual ca o anterior, nunha serie de apartados. Na primeira parte, preséntanse os aspectos introdutorios do **Programa** e da guía de apoio a este, así como os obxectivos e o proceso de captación das mulleres potencialmente beneficiarias deste **Programa**. A continuación, desenvólvense os apartados sobre o método de traballo seguido para a elaboración e a publicación deste documento, así como as actividades realizadas polas matronas ou matróns e pola/o fisioterapeuta de AP dentro da carteira de servizos que se lles ofrece ás mulleres neste nivel asistencial.

Finalmente, recóllense os criterios de derivación, os indicadores de avaliación e uns anexos con información complementaria.



04

Obxectivos

da guía de apoio do Programa

Obxectivo xeral	• Unificar criterios de actuación entre as/os profesionais de atención primaria implicadas/os na atención, promoción e recuperación da funcionalidade do solo pelviano feminino, para facilitar a toma de decisións e unha atención uniforme no ámbito da atención primaria do Servizo Galego de Saúde.
Obxectivos específicos	• Definir as diferentes actuacións encamiñadas á recuperación funcional do solo pelviano feminino. • Establecer criterios de derivación entre as/os profesionais de atención primaria implicadas/os na atención á muller cunha disfunción do solo pelviano, e entre as/os de atención primaria e as/os de atención hospitalaria. • Homoxeneizar a implantación do Programa en todo o territorio de Galicia.



05 Método

Co fin de actualizar a *Guía técnica de abordaxe das disfuncións do solo pelviano feminino*, publicada polo Servizo Galego de Saúde no 2016, constituíuse un grupo de traballo multidisciplinar, composto por profesionais do Servizo Galego de Saúde de atención primaria e atención hospitalaria que traballan no ámbito da saúde sexual e reprodutiva da muller e por profesionais da Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria. Todas e todos achegaron o seu coñecemento na abordaxe das DSP máis frecuentes e sobre como actuar no eido da atención primaria.

No grupo de traballo, había representación de todas as áreas sanitarias do Servizo Galego de Saúde.

Tras unha revisión da bibliografía publicada nos últimos dez anos, e tendo en conta os recursos dispoñibles, o grupo identificou aqueles aspectos que había que revisar, actualizar ou incorporar. Posteriormente, redefiníronse as actividades de promoción da saúde, de prevención e de manexo clínico-asistencial das DSP, con propostas concretas e procedementos para realizar. Tamén se revisaron e se actualizaron os criterios de derivación ás **UFMSPF**, recentemente creadas en cada unha das áreas sanitarias. Este proceso de actualización da guía coordinouse desde o Servizo de Atención Primaria da Subdirección Xeral de Atención Primaria, pertencente á Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria.

Ao longo do proceso de actualización da guía, realizáronse reunións do grupo de traballo para presentar o proxecto, o método de traballo e o cronograma, así como para realizar unha posta en común das propostas de mellora, distribuír o traballo e incorporar as achegas finais ao documento.

Unha vez consensuado polo grupo de traballo o documento final, iniciouse un proceso de revisión externa deste, para o que se contou coa colaboración de persoas expertas no tema de cada unha das áreas sanitarias, asociacións de profesionais e de usuarias. O proceso de actualización concluíu coa aprobación da guía pola Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria e coa publicación final do documento de consenso, para que as/os profesionais implicadas/os na atención á saúde sexual e reprodutiva da muller no ámbito da atención primaria o poñan en práctica.



06

Claves de actualización da Guía de apoio do Programa de abordaxe das disfuncións do solo pelviano feminino en atención primaria

O grupo de traballo identificou como **aspectos clave** da actualización da guía:

- Dispoñer en cada **servizo de atención primaria** dunha **matrona** ou dun **matrón** e dunha/dun **fisioterapeuta** de referencia **formadas/os** que, de maneira coordinada e continuada, fagan unha **abordaxe integral das disfuncións do solo pelviano feminino**, en colaboración co resto do EAP. Nesta liña, é importante que en cada **área sanitaria** se estableza un **programa de formación continuada** sobre abordaxe das DSP que garanta a implantación e a continuidade do **Programa** en AP.
- Definir as **actividades** que han realizar as matronas ou matróns e as/os fisioterapeutas de AP, tendo en conta que constitúen o primeiro e segundo nivel de intervención.
- Establecer os **criterios de derivación** entre as/os profesionais de AP e os criterios de derivación desde AP á **UFMSPF** (terceiro nivel de intervención) de cada área sanitaria, actualizando o algoritmo de derivación.
- Revisar e actualizar as recomendacións para a abordaxe dos principais factores de risco e síntomas ou signos de DSP, principalmente a prescrición dun **PIRSP**, que incluírá tamén actividade física e alimentación.
- Incluir **información** e exercicios de reeducación do SP nas actividades de educación sanitaria de grupo pre e posnatal e realizar actividades de grupo ou comunitarias dirixidas a mulleres noutras etapas vitais.
- Incluir **recomendacións** que faciliten a adherencia ao **PIRSP**.
- Lograr que a muller adquira o **compromiso** de levar a cabo este **PIRSP** no seu domicilio para obter beneficios a longo prazo e mellorar así a súa calidade de vida.
- Revisar as recomendacións e o tratamento de fisioterapia de AP, incidindo no deseño dun **plan terapéutico individualizado**, seguimento e derivación no caso de que persista a DSP.

- Fomentar que as áreas sanitarias potencien as actividades comunitarias e que se dea a coñecer este **Programa de abordaxe das disfuncións do solo pelviano feminino en atención primaria** entre as mulleres.
- Rexistrar na historia clínica electrónica (IANUS). Unha vez prestada a atención á muller con DSP, a captura de actividade é unha acción fundamental para poder realizar unha **avaliación** da cobertura e do grao de implantación do **Programa de abordaxe das disfuncións do solo pelviano feminino**:
 - ▶ É importante **codificar** os problemas de saúde e os episodios co código que máis se adapte á patoloxía, síntoma ou signo correspondente.
 - ▶ A **captura de actividade** é un procedemento imprescindible para rexistrar toda a actividade asistencial que se realiza en atención primaria. Cada acto de citación en axenda ten unhas actividades asociadas e pódense seleccionar varias para un mesmo episodio, xa que no IANUS se permite a marcación múltiple.
- Promover desde as áreas sanitarias a realización de **estudos** para coñecer a satisfacción das mulleres que participan no **Programa**, así como o grao de mellora da súa saúde.
- Aplicar os **criterios de calidade das axendas** das matronas e dos matróns de AP.
- Potenciar que as matronas, os matróns e as/os fisioterapeutas de AP **autoxestionen a súa axenda fomentando a actividade programada** no contexto da mellora da calidade asistencial.

A posta en práctica das recomendacións desta guía redundará na mellora da SSR da muller, na xestión de recursos, así como na calidade do traballo individual de cada profesional e, o que é máis importante, no traballo en equipo de todas e todos as/os profesionais que se dedican á atención da saúde sexual e reprodutiva das mulleres de Galicia.



07

Difusión e implantación

da Guía de apoio do

Programa de abordaxe das disfuncións do solo pelviano feminino en atención primaria

As persoas responsables das xerencias das áreas sanitarias ou persoas nas que deleguen encargaranse de establecer os circuitos necesarios para a **difusión desta guía** entre todo o persoal implicado na súa **implantación no ámbito da atención primaria, en coordinación coas UFMSPF de cada área sanitaria**.

Así mesmo, comprometeranse a realizar a **formación continuada** necesaria para que as/os profesionais directamente implicadas/os na implantación das recomendacións desta guía estean debidamente formadas/os para realizar unha abordaxe integral das DSP. Os contidos mínimos para incluír nesta formación son os impartidos no Curso de formador de formadores na abordaxe de disfuncións do solo pelviano feminino no ámbito de atención primaria, organizado pola Axencia Galega de Coñecemento e Saúde, en maio de 2023.

A guía está dispoñible en soporte electrónico no catálogo de publicacións da Consellería de Sanidade/Servizo Galego de Saúde, así como na intranet e na extranet corporativas.



08

Captación e acceso das mulleres ao Programa de abordaxe das disfuncións do solo pelviano feminino en atención primaria

A **atención primaria** é o nivel básico e inicial de atención á saúde, que garante a globalidade e a continuidade da atención ao longo de toda a vida das persoas. Comprende actividades de **promoción da saúde**, **prevención da enfermidade** e **recuperación da saúde**, así como a rehabilitación física, tendo en conta o contexto natural onde se desenvolven e viven as persoas e os determinantes sociais que máis inflúen na súa saúde.

Todas estas actividades, dirixidas ás persoas, ás familias e á comunidade, baixo un **enfoque biopsicosocial**, son realizadas por equipos interdisciplinares que garanten a **calidade** e a **accesibilidade** a elas, así como a **continuidade de coidados** entre os diferentes ámbitos de atención na prestación de servizos sanitarios e entre todos os sectores implicados.

Toda muller que acode ao centro de saúde e que durante a anamnese ou a exploración física presenta signos, síntomas ou factores de risco relacionados cunha DSP é candidata a participar neste **Programa de abordaxe das disfuncións do solo pelviano feminino en atención primaria**.

A **captación** de mulleres candidatas a participar pode realizarse tamén desde:

1. CONSULTAS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA

3. OUTRAS INICIATIVAS de colaboración do Servizo Galego de Saúde con entidades ou organismos sociais ou sanitarios.

2. ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN

COMUNITARIA, organizadas polas/os profesionais do EAP, susceptibles de ser incluídas no Plan local de saúde, empregando os recursos ou os activos dispoñibles na comunidade (centros educativos, sociais, culturais etc.).

4. POR MEDIO DE ACTIVIDADES DIVULGATIVAS

dirixidas á cidadanía, como a difusión de folletos informativos, carteis, información a través de tecnoloxías de información e comunicación...

Finalmente, á hora de organizar **actividades de educación sanitaria de grupo de prevención e recuperación das DSP, dirixidas ás mulleres**, deberase ter en conta a existencia de **sintomatoloxía** ou **factores de risco** de padecela, e **momentos vitais de maior vulnerabilidade** de padecela (**embarazo, parto, puerperio, climaterio e posmenopausa**) priorizando a participación das mulleres que estean nas seguintes situacións:

1.	EMBARAZADAS E PUÉRPERAS
2.	CON INSUFICIENCIA OVÁRICA PREMATURA
3.	CON SINTOMATOLOXÍA CLIMATÉRICA
4.	DURANTE O PRIMEIRO ANO DA POSMENOPAUSA



09

Actividades da matrona ou do matró n de atención primaria

A **abordaxe integral** por parte da matrona ou matró n de AP das diferentes DSP da muller implica ter unha **visión global** que, ás veces, non comeza directamente polo fortalecemento da musculatura do solo pelviano (MSP). O **tratamento** debe ser **individualizado** e as intervencións estarán determinadas pola anamnese, a exploración física e a valoración funcional do perineo.

9.1 Anamnese

Ante unha muller que acode ao centro de saúde cunha posible **disfunción do solo pelviano**, serán a matrona ou o matró n ou a/o médica/o de AP as/os profesionais que realizarán unha primeira valoración e será a matrona ou o matró n de AP quen faga unha primeira intervención, se fose preciso. Comezarase por realizar unha **anamnese** dirixida, sistemática e ben estruturada, xa que isto facilitará a recollida de gran cantidade de información que axudará á identificación de **factores de risco e de problemas potenciais ou reais relacionados co solo pelviano**.

Datos que se deberían revisar na historia clínica e/ou que se han de recoller durante a anamnese

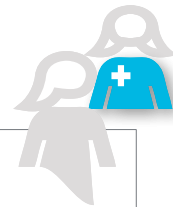
- **O motivo da consulta**

- **Síntomas e signos** ([ver anexos 1 e 2](#))

- ▶ Dor pelviana, dispareunia, vulvodinia, dismenorrea, coitorraxia, síntomas de disinergia da musculatura do solo pelviano (MSP).
- ▶ Alteracións no fluxo vaginal, sequidade, prurito ou outros síntomas de atrofia.
- ▶ Síntomas de disfunción sexual.
- ▶ Síntomas de infección do tracto urinario (ITU) (disuria, polaquiuria, tenesmo), síndrome xénitourinario ([ver o anexo 2](#)).
- ▶ Síntomas de incontinencia urinaria e/ou anal e síntomas de vexiga hiperactiva.
- ▶ Sensación de peso e/ou outros síntomas de prolapso de órganos pelvianos (POP).
- ▶ Sintomatoloxía climatérica.

É importante saber como e cando apareceron os síntomas e os signos, así como a repercusión destes na súa actividade laboral, familiar, social e como afectan a súa calidade de vida.

Se ten **factores de risco** ou **predispoñentes** para padecer unha disfunción da musculatura do solo pelviano ([ver o capítulo 1 desta guía](#)).



- **Estilo de vida**

- ▶ Ocupación/profesión.
- ▶ Actividade física/deportiva.
- ▶ Consumo de substancias psicoactivas: tabaco, alcohol e outras substancias.

- **Antecedentes familiares**

- ▶ Cómpre incidir na patoloxía xinecolóxica (por exemplo: prolapso de órganos pelvianos) e noutros antecedentes familiares que poidan afectar o solo pelviano (diabetes mellitus).

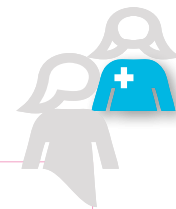
- **Antecedentes persoais**

- ▶ Alerxias/intolerancias.
- ▶ Problemas de saúde xerais, incidindo especialmente en antecedentes de hipertensión arterial (HTA), obesidade, sobrepeso, diabetes mellitus, tose crónica, alteracións do ritmo intestinal, dismenorrea, dispareunia, coitorraxia, endometriose, dor pelviana crónica, ITU de repetición, alteracións do eixe da columna vertebral...).
- ▶ Cirurxías.
- ▶ Tratamentos de radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia.
- ▶ Tratamentos actuais.
- ▶ Cribados.

- **Antecedentes xineco-obstétricos**

- ▶ Menarquía/menopausa.
- ▶ Data de última menstruación (DUM).
- ▶ Fórmula menstrual (FM).
- ▶ Método contraceptivo.
- ▶ Avaliación afectivo-sexual.
- ▶ Número de xestacións, tipo de partos (eutócico, instrumental ou cesárea), postura durante o expulsivo, abortos, peso da criatura e tipo de alimentación.
- ▶ Lesións perineais.
- ▶ Incontinencia urinaria (de urxencia, de esforzo ou mixta) e necesidade ou non de uso de absorbentes/dispositivos de protección (tipo e número).

Rexistrar no IANUS, codificar o problema de saúde/episodio e capturar actividade.



No caso de que a muller manifeste que padece **DOR PELVIANA**

Débese preguntar:

Cando e onde ocorre a dor? Canto dura? Hai algún mecanismo que a puxo de manifesto: traumatismo físico, emocional, intervención cirúrxica, climaterio/menopausa?

Como é a dor? Aguda, crónica, xorda, punzante, urente, superficial, profunda, coma unha cambra, vai en aumento, é constante...

En que zona se manifesta a dor? Actualmente, onde lle doe? Co paso do tempo, resulta habitual que a dor se manifeste nunha zona algo diferente á inicial. Isto pode orientar sobre a estrutura que produce a dor, de maneira que non nos quedemos só no síntoma e poidamos ser máis eficaces na aplicación do tratamento.

En que circunstancias aparece actualmente a dor? Está relacionada co ciclo menstrual, coa micción, coas relacións coitais, co estrés, coa bipedestación, coa sedestación, prodúcese durante a marcha, durante o descanso nocturno...? Isto vai axudar a determinar a orixe da dor: se é de tipo hormonal, emocional, inflamatoria, mecánica, visceral...

Intensidade da dor? Utilizarase a **escala visual analóxica (EVA)**.



Hai algo que a alivia? O repouso, o movemento, a calor, o frío ou **algunha medicación?**

O **diagnóstico** require unha **exploración exhaustiva** e pode que precise da participación de varias/os profesionais e **probos complementarias**.

No caso de que a muller manifeste que padece **INCONTINENCIA URINARIA**

Investigar a natureza e a **duración** da incontinencia, **tratamentos previos** (farmacoloxicos, cirúrxicos ou ningún), mobilidade da paciente e factores ambientais, capacidade cognitiva, comorbilidades e funcións sexual e intestinal.

Cubrir o diario miccional para documentar a frecuencia das miccións, o volume de urina, a cantidade de líquido ingerido pola paciente, o número de episodios de incontinencia e/ou urxencia miccional, as compresas utilizadas/cambios de roupa, se se asocian cunha urxencia e/ou con esforzos... [\(ver os anexos 2 e 3\)](#).

Valorar o grao de severidade da incontinencia urinaria mediante o **test de Sandvik** [\(ver o anexo 4\)](#).

Valorar o impacto da incontinencia sobre a **calidade de vida** da muller mediante o uso de cuestionarios autoadministrados de calidade de vida: ICIQ-SF, CACV etc. [\(ver o anexo 5\)](#).

Descartar unha **patoloxía asociada que aumente a diurese**, como pode ser a diabetes mellitus descompensada ou unha infección das vías urinarias (valorar a necesidade de realizar unha analítica de urina para ver se hai hematuria, glicosuria, bacteriuria...) [\(ver o anexo 2\)](#). Estas infeccións producen sintomatoloxía miccional, incluída incontinencia por urxencia. O cultivo de urina realizarase só nos casos de sedimento patolóxico.



9.2 Exploración

Exploración física

É importante realizar a **valoración/observación** de aspectos como os seguintes:

- **A postura xeral e como camiña** (observación).
- **Tensións ou molestias referidas a nivel dos diafragmas** (orofarínxeo, torácico, perineal) e da bóveda plantar.
- **A función motora da musculatura perineal.**

• Inspección externa dos xenitais:

- **Estado da pel e coloración** dos labios menores (normal, vermella ou esbrancuxada).
- **Trofismo.**
- **Distancia ano-vulvar** (lonxitude do centro tendinoso do perineo; o normal é que estea entre os **2,5** e os **3,5** cm e, se é **<2,5** cm, considérase patolóxico).
- Amplitude do **hiato uroxenital** (debe ser **<2,2** cm).
- Existencia de **malformacións, fisuras** ou **cicatrices**.

- **Valoración interna da cavidade vaxinal da MSP: trofismo e tensegridade**, existencia de **esgazaduras, cicatrices, POP**, puntos con **dor, retracción, adherencias**. No caso de **POP**, hai que determinar o órgano e o grao de descenso (se vai acompañado de disfunción esfinteriana, de desgarro perineal, de elongación do colo etc.) ou se se complica por unha patoloxía asociada, tumores etc. ([ver o anexo 6](#)).

- **Valoración da función motora do solo pelviano.** Vai encamiñada fundamentalmente á exploración de:

- O ton do **centro tendinoso**.
- O ton, a forza e a resistencia do **músculo elevador do ano**.

Esta exploración permite **avalíar o estado previo** a realizar un **PIRSP** e comprobar se a muller realiza os exercicios correctamente ou se precisa de instrución individualizada e facer un seguimento da evolución tras unha intervención preventiva de recuperación ou rehabilitación.

Pódese levar a cabo a valoración **de forma manual**, valorando o **ton do centro tendinoso** (de forma externa e interna), a **tensegridade** das paredes vaxinais, e a **MSP** mediante tacto vaxinal (co test **PERFECT**) ([ver o anexo 7](#)).

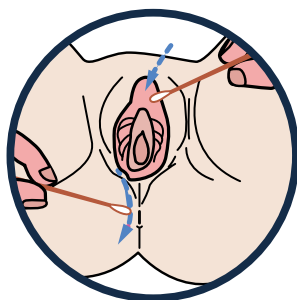
- **Valoración do ton anal e do control esfinteriano da musculatura perianal** para comprobar a integridade do **arco reflexo sacro** e a continencia de gases e/ou fecal. **Valorarase** se existen **fístulas** ou **perda involuntaria de gases** ou **feces**. Para a **valoración da severidade da incontinencia anal**, terase en conta a **escala de Wexner**. A puntuación obtida pola suma das diferentes cuestións **oscila entre os 0 puntos** (situación de normalidade) e **os 20 puntos** (incontinencia fecal completa) ([ver o anexo 8](#)). Mediante tacto rectal avalíarase a **resistencia á penetración do dedo índice** e a **contracción voluntaria** sobre este.



- **Valoración neurolóxica dos reflexos medulares sacros** para avaliar a **integridade dos dermatomas lumbosacros** ou das estruturas neuromusculares dos **segmentos sacros S₂-S₄**. A estimulación dos exteroceptores induce contracción muscular reflexa bilateral no territorio dependente da mesma área segmentaria.

- **Valoración da integridade do nervio pudendo:**

- O reflexo bulbocavernoso:** realízase estimulando bilateralmente a área paraclitorídea e observando a contracción involuntaria do ano (S3).
- O reflexo anal:** avalíase estimulando a pel perianal en dirección semicircular da forquita vulvar ao ano e observando a contracción do esfínter anal (S3-S4).



- **Valoración do ton da cavidade abdominopelviana:**

- ▶ **Valoración tonimétrica do diafragma torácico:** debe realizarse mediante palpación, introducindo os polgares contrapostos no bordo interno do rebordo costal contralateral. Se o diafragma ten o ton elevado, palparemos unha resistencia ao tentar introducir os dedos por debaixo da arcada costal.
- ▶ **Valoración dos rectos abdominais:** considerarase diastase patolóxica se a distancia entre os rectos
 - a **nivel infraumbilical** é **> 0,9 cm**
 - a **nivel umbilical** é **> 2,7 cm**
 - a **nivel supraumbilical** é **> 1 cm**
- ▶ **Valoración da competencia abdominal e perineal ante o aumento de presión intraabdominal:** coa muller relaxada en decúbito supino con flexión de xeonllos, solicitar que tusa, observando se se contrae de forma reflexa o transverso abdominal e o perineo ou se, pola contra, se incha cara a fóra.

Á hora de realizar a valoración hai que ter en conta a **influencia hormonal** sobre os tecidos do SP. Durante os días previos á **menstruación** e durante os **12 meses posparto**, pode haber máis episodios de **incontinencia urinaria (IU)**. O **ton** e a **forza perineal** poden estar minguados de maneira fisiolóxica polo efecto da **relaxina**. O regreso da **menstruación tras o parto** inflúe sobre a MSP, non así o **aleitamento**.



Ao rematar a exploración, **rexistraranse todos os achados na historia clínica (IANUS).**

Hiato uroxenital: Normal ☐ Anormalmente aberto ☐ Anormalmente pechado ☐	
Lonxitude ano-vulvar: < 2,5 cm ☐ 2,5-3,5 cm ☐ > 3,5 cm ☐	
Coloración labios menores: Normal ☐ Vermella ☐ Esbrancuxada ☐	
Ao solicitar tose ou manobra de Valsalva: Normal ☐ Lixeiro descenso ☐ Exteriorízase órgano ☐	
Existencia de prolapsos: NON ☐ SI ☐ Cistocele Grao: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ Histerocele Grao: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ Rectocele Grao: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ Outro: _____ Grao: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ (Ver correspondencia coa clasificación de prolapso Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q) system no anexo 6)	
Existe reflexo anal (S_3-S_4):	SI ☐ NON ☐
Existe reflexo bulbo-cavernoso (S_3):	SI ☐ NON ☐
Existe reflexo perineal da tose (S_3):	SI ☐ NON ☐
Ton perineal no núcleo fibroso do perineo (centro tendinoso): Elástico (normal) ☐ Non resistencia (ton diminuído) ☐ Moita resistencia (ton aumentado) ☐ Forza contracción MSP (Oxford): Grao: 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ PERFECT:	
Diafragma torácico: Normotón ☐ Ton baixo ☐ Ton aumentado ☐	
Ton da cincha abdominal: Normotón ☐ Ton baixo ☐ Ton aumentado ☐	
Diástase abdominal: NON ☐ SI ☐ Umbilical ☐ Supraumbilical ☐ Infraumbilical ☐	



9.3

Atención ás disfuncións do solo pelviano

A muller ten dereito a ser informada de todas as actuacións no ámbito da súa saúde que se lle vaian realizar. A información que se lle proporcione será verdadeira, comprensible, axeitada ás súas necesidades, continuada, razoable e suficiente.

Na atención ás mulleres cunha **DSP**, os **obxectivos** e as **expectativas** deben adecuarse ás súas circunstancias. A participación activa da muller é necesaria para mellorar a súa saúde e modificar os hábitos que sexan nocivos para a boa funcionalidade do SP (dieta, evitar estrinximento, actividade física, estado emocional, descanso/sono, adicións etc.) ([ver o anexo 9](#)).

É moi importante o labor da matrona ou do matró n en canto á educación sanitaria para que a muller coñeza a fisioloxía do perineo e para que saiba como previr as DSP ou como recuperar a súa fisioloxía ([ver os anexos 10 e 13](#)).

Ante a presenza de sintomatoloxía compatible cunha DSP ou de factores de risco de padecela, realizarase unha **intervención condutual** co fin de lograr unha modificación daqueles hábitos nocivos para a boa funcionalidade do SP e intervir sobre eles (estabilización e aliñación da columna vertebral) ([ver os anexos 9, 10 e 13](#)). Por outra banda, animarase a muller a que realice un **programa individualizado de reeducación do solo pelviano** ([ver o anexo 13](#)) **adaptado ás súas necesidades individuais** e en función da **valoración funcional da MSP (PERFECT)**.

Previamente, faranse **2-3 sesións individuais** na consulta para comprobar que realiza e comprende correctamente os exercicios de reeducación do SP (1-2 exercicios en cada unha das sesións individuais) ([ver os anexos 9, 10, 11 e 13](#)) e posteriormente ofreceráselle a posibilidade de participar nas **sesións de grupo** (1 vez/semana), xa sexa dentro dun grupo específico de DSP ou dentro doutros programas de educación sanitaria de grupo xa existentes, como son os programas de educación sanitaria pre e posnatal (puerperio) ou menopausa/climaterio, ou os grupos de actividade desenvolvidos na comunidade.



9.3.1

Programa individualizado de reeducación do solo pelviano

Á hora de organizar un **programa individualizado de reeducación do solo pelviano**, débese ser realista e facer que sexa de fácil incorporación na vida diaria da muller. Para mellorar a adherencia e lograr **que sexa efectivo**, recoméndase a combinación de:

- Realizar **2-3 sesións de reeducación do solo pelviano** na consulta, de forma individual, adaptando os exercicios ás súas necesidades e en función da valoración funcional da MSP.
- Asistir ás **sesións de grupo** (1 vez por semana).
- Practicar no domicilio con **regularidade** os exercicios recomendados.
- Incorporar **ferramentas de retroalimentación** sobre a efectividade da contracción que motiven a muller a continuar realizando o programa.

Todo isto contribuirá a aumentar a eficacia do programa individualizado de recuperación do solo pelviano

Á hora de **planificar** un **programa individualizado de reeducación do solo pelviano adaptado ás necesidades da muller**, ademais dos exercicios pautados comúns, propoñeranse outros en función da DSP que padeza. No [anexo 13](#), indícanse unha serie de **exercicios comúns** beneficiosos para todas as mulleres e outros **específicos segundo a DSP** para que a muller os incorpore ás AVD, co fin de mellorar a súa calidade de vida.

Cando se fai o **seguimento dun PIRSP**, ademais dos exercicios pautados non hai que esquecer potenciar **comportamentos preventivos** que protexan a musculatura dos efectos nocivos do aumento de presión sobre o solo pelviano e que van mellorar a calidade de vida da muller ([ver os anexos 9 e 13](#)).

Tras **seis semanas** de levar a cabo o **PIRSP**, realizarase unha nova **valoración** para comprobar se hai melloría.



9.3.2

Programas de educación sanitaria de grupo en saúde sexual e reprodutiva realizados pola matrona ou polo matrón de atención primaria

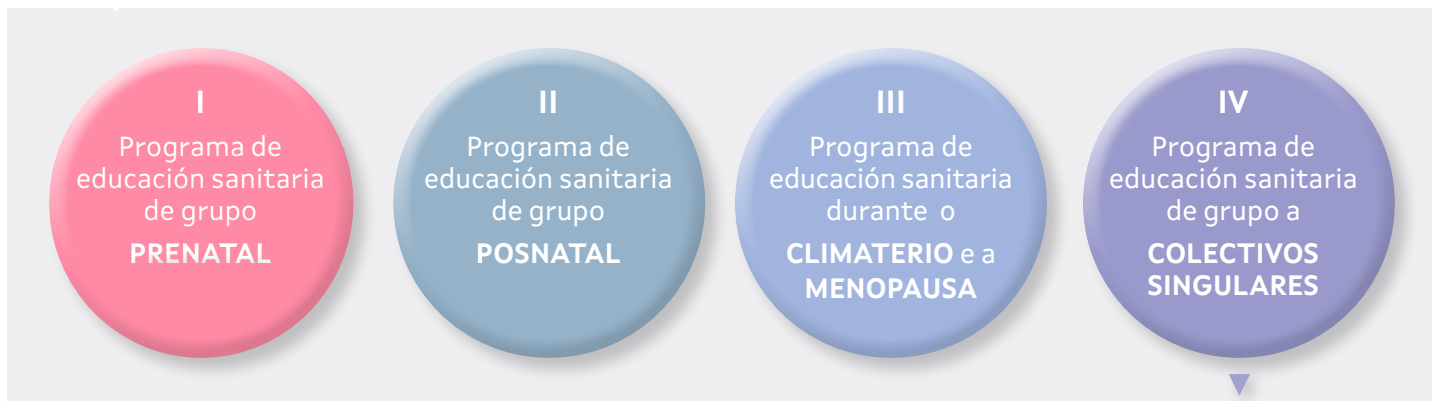
O anexo II do *Real decreto 1030/2006, do 15 de setembro, que establece a carteira de servizos comúns do Sistema Nacional de Saúde e o procedemento para a súa actualización*, recolle a **carteira de servizos comúns de atención primaria**.

O punto 6 deste anexo II fai unha desagregación das atencións e servizos específicos relativos á muller, á infancia, á adolescencia, aos adultos, á terceira idade, aos grupos de risco e aos enfermos crónicos no ámbito de atención primaria, e no apartado 3 recóllense, entre outros, os seguintes servizos de atención á muller que a carteira de servizos comúns de atención primaria debe ofertar:

- **Atención ao embarazo e puerperio, que inclúe, entre outras actividades, a educación maternal, que abrangue o fomento da lactación materna, a prevención da incontinencia urinaria e a preparación ao parto.**
- **Prevención, detección e atención aos problemas da muller no climaterio.**

A *carteira de servizos da especialidade de enfermería obstétrico-xinecolóxica (matrona) de atención primaria de Galicia* (febreiro 2022) considera a estas **profesionais** como as de **referencia dentro do EAP para a prevención, detección e manexo das DSP das mulleres**.

Os **programas de educación sanitaria** ofertados polas matronas e polos matróns de atención primaria (que inclúen exercicios de reeducación do **SP**), dentro dun **PIRSP**, son basicamente catro:



▼
Mulleres que realizan algunha actividade de alto risco de DSP por aumento da presión intraabdominal, por exemplo, mariscadoras, agricultoras, deportistas etc...



Estes programas de **educación sanitaria de grupo** son realizados por **matronas** e **matróns de atención primaria**, referentes para a promoción da saúde sexual e reprodutiva das mulleres neste nivel asistencial.

No desenvolvemento destes programas de educación sanitaria de grupo, a matrona ou o matró, de forma puntual, adoita contar coa **colaboración doutras/os profesionais** do equipo de AP ou de AH.

A educación sanitaria de grupo promove a saúde, mellora a autoestima e favorece a creación de redes sociais, o que incrementa o benestar físico, psicolóxico e emocional da muller. A experiencia das mulleres no grupo é tan importante coma o contido que se está manexando. A través da experiencia no grupo, as mulleres poden adquirir unha forma diferente de pensar, sentirse e valorarse, de modo que lles axude a cambiar distintos aspectos da súa vida.

Antes de participar nun programa de educación sanitaria de grupo, no caso concreto de que se desenvolva un **PIRSP** durante a actividade de grupo, pode ser necesario realizar algunha sesión de **instrución individual** na consulta, p.e. de como realizar os exercicios de contracción-relaxación da MSP e como realizar a coactivación coa musculatura do transverso do abdome (TrA).

Dentro da estrutura dos programas de educación sanitaria de grupo **prenatal** e **posnatal** (coñecidos tamén como cursos de educación maternal ou de "preparación ao parto" e "de recuperación posparto") e **climaterio**, inclúense **sesións teóricas** para adquisición de coñecementos, entre eles, coñecementos específicos sobre a anatomía e a funcionalidade do SP. Durante as **sesións prácticas** inclúense **exercicios** para unha **toma de consciencia do perineo**, unha **respiración adecuada**, a **activación da musculatura profunda do abdome e do SP** e unha mellor xestión **das presións intraabdominais**.

A asociación de **exercicios de fortalecemento do SP**, xunto cun aumento dos niveis de **actividade física axeitada**, pode mellorar o estado físico en xeral, o que tería un efecto positivo na prevención da incontinencia urinaria de esforzo.

Ao rematar un **PIRSP**, realizarase outra **valoración** do ton, da forza e da resistencia do SP para avaliar a súa efectividade.

Tanto no caso de mulleres que estean participando nos **grupos de educación sanitaria de grupo** durante o **posparto** como no **climaterio**, realizarase **valoración** aos **tres e doce meses** para comprobar a remisión da sintomatoloxía ou ver a necesidade de derivar á **UFMSPF** para que valoren a súa situación e outras opcións terapéuticas.



Obxectivos das sesións de educación sanitaria de grupo relacionados co solo pelviano

1	Favorecer o benestar físico, psíquico e a autoestima.
2	Promover actitudes positivas e hábitos de vida saudables.
3	Aprender a realizar unha respiración axeitada.
4	Adquirir habilidades para mellorar a flexibilidade e a elasticidade músculo-esquelética, así como a regulación do ton da musculatura da pelve e o raque.
5	Mellorar a estática corporal e realizar as actividades diarias con protección do solo pelviano (coactivación do transverso, manexo de cargas...).
6	Afondar no autocoñecemento do corpo en xeral e do solo pelviano en particular.
7	Previr/diminuír cambras, estrinximento.
8	Mellorar o retorno venoso para previr/aliviar edemas, varices, flebite.
9	Aprender a realizar os exercicios de reeducación do solo pelviano e incorporalos á vida diaria.
10	Facilitar o parto, no caso de mulleres embarazadas.
11	Previr prolapsos, incontinencias e disfuncións sexuais.

Metodoloxía empregada nas sesións de educación sanitaria de grupo relacionado co SP

As sesións de grupo desenvolveranse a través dunha metodoloxía activa-participativa, alternando exposicións teóricas con exercicios e dinámicas de grupo, buscando en todo momento a participación das asistentes e adaptando os contidos ás características do grupo. A **matrona** ou o **matrón** desempeñan un **papel dinamizador do grupo** para estimular a participación das mulleres.

Os grupos deberían estar formados por un máximo de **8-10 mulleres** para facilitar a interacción das **persoas integrantes e as dinámicas de grupo**.

O **número total de sesións** por grupo pode variar, pero serían recomendables entre **seis e oito sesións**, de **hora e media a dúas horas** de duración e cunha **frecuencia semanal**.

Propónselle á muller que practique durante a semana o aprendido na sesión e que logo comparta a súa experiencia co resto na próxima sesión, o que **enriquece a experiencia de grupo** polas sinerxías **que se establecen entre as participantes**.



Proposta para o desenvolvemento das sesións de educación sanitaria de grupo

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Exposición teórica dun tema en cada sesión, segundo se trate dun grupo de mulleres durante o embarazo, o posparto ou o climaterio. Abordaranse en todas temas relacionados co SP, coa incontinencia urinaria ou coa sexualidade, pero adaptándoos ás características das mulleres que participan no grupo. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Práctica: inclúe tanto adestramento psicofísico (exercicios físicos, respiración, técnicas de relaxación) coma técnicas de visualización e toma de consciencia corporal e do SP. É importante tomar consciencia do esquema corporal durante o exercicio (non realizalo de xeito mecánico) e do número de repeticións que se fan, co fin de que forme parte das actividades da vida diaria da muller. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Debate e conclusións. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Relaxación guiada. |

A actitude recomendada ante os resultados será:

- Se a muller ten **autopercepción de mellora**, recomendaráselle que continúe cos exercicios no seu domicilio **(PIRSP)**.
- Se a muller ten a **autopercepción de que non mellorou, ten perdas involuntarias leves de urina, dor pelviana ou coitalxia**, hai que **valorar derivación a fisioterapia de AP**.
- Se a muller precisa **atención complementaria no ámbito hospitalario**, derivarase á **UFMSPF de referencia e informarase a muller do motivo de derivación**.



9.3.2.1

Programa de educación sanitaria de grupo

PRENATAL

Dentro das actividades que realizan as matronas ou os matróns nos cursos de **educación sanitaria de grupo prenatal**, propónselle á muller que realice exercicios de reeducación do solo pelviano, exercicios que pode seguir facendo no seu domicilio dentro dun **PIRSP adaptado ás súas necesidades e orientado á mellora dos hábitos de saúde, á autopercepción e á integración da musculatura do SP no esquema corporal, así como á aprendizaxe de exercicios que impliquen a regulación do ton e o fortalecemento da musculatura pelviana e doutras partes que se ven tamén afectadas pola xestación** (abdome, lombo etc.).

A impregnación hormonal durante o embarazo (os estróxenos e a proxesterona amolecen a substancia fundamental do tecido conxuntivo e, polo tanto, dos músculos e ligamentos) contribúe a incrementar a laxitude dos músculos lisos.

O sobrepeso, o estilo de vida, o exercicio hiperpresivo e o estrinximento son factores que poden modificar as propiedades musculares do SP e afectar o seu ton.

Hai estudos que afirman que o ton e a forza muscular pelviana están diminuídos nas mulleres xestantes e que a maioría das lesións ocorren durante o primeiro **parto**, que é o principal factor de risco para a aparición posterior de dores nas relacións con penetración vaxinal e de disfuncións ano-rectais e urinarias.

Existen unha serie de **factores que aumentan** as probabilidades de que estas **lesións** ocorran: parto instrumental, expulsivo prolongado, puxo en apnea e tamén determinadas posturas durante o expulsivo para parir (litotomía e DS). Non obstante, non hai evidencia concluínte que confirme que a paridade e o tamaño do feto estean relacionados co aumento de risco de lesións durante o parto. O grao de afectación e a posterior recuperación do SP tamén dependen de varios factores, entre eles a xenética.

Para favorecer a elasticidade do perineo no momento do expulsivo durante o parto, a partir das 32-35 semanas podemos instruír as xestantes na masaxe perineal prenatal, para que a realicen no seu domicilio ([ver o anexo 10](#)).



Os obxectivos específicos na etapa prenatal son:

1	Mellorar a flexibilidade das articulacións coxo-femorais.
2	Facilitar a elasticidade do conxunto músculo esquelético da pelve e do perineo para o momento do parto.
3	Tonificar e fortalecer esta musculatura para previr prolapsos, incontinencias e disfuncións sexuais. Lograr a relaxación completa tras a contracción da MSP.
4	Aumentar a flexibilidade do perineo.
5	Evitar a aparición de hemorroides.

Na **exposición teórica** previa á práctica, indicaráselles ás xestantes cales son os grupos musculares que teñen que traballar e como é o seu funcionamento normal, explicaráselles a importancia de activar ou non ao mesmo tempo a **musculatura profunda abdominal** (músculo transverso do abdome) para garantir a función estabilizadora ao estar a **zona lumbopelviana en posición libre** e incidirase en que a **intensidade da contracción da MSP debe ser submáxima** ([ver o anexo 11](#)). Unha vez aprendidos os exercicios, debe realizalos na súa casa acotío. É necesario reinicialos tras o parto, segundo o seu estado de saúde. Hai que comprobar que comprende os exercicios e que os realiza adecuadamente.

Proposta de contidos teóricos das sesións PRENATAIS en relación co solo pelviano

• Estrutura ósea da pelve, MSP e vísceras abdomino-pelvianas.
• Fisioloxía da continencia de urina, de gases e de feces.
• Ton, forza e resistencia da MSP e a súa relaxación total tras a contracción do SP.
• Factores que axudan á prevención e á recuperación da MSP.
• Sexualidade.



9.3.2.2

Programa de educación sanitaria de grupo

POSNATAL

Dentro das actividades de recuperación durante o posparto, no contexto da **atención ao puerperio en atención primaria**, as **matronas** e os **matróns** realizan cursos de **educación sanitaria posnatal** ou **de recuperación posparto**. Dentro desta actividade, á muller propónselle realizar, nos grupos de posparto e durante as actividades da vida diaria (AVD) ou no seu domicilio, a realización dun **PIRSP e reprogramación do músculo TrA**, xa que tanto a MSP como o músculo TrA sofren distensión durante a xestación, e a recuperación deste irá asociada á recuperación da MSP (coactivación abdominopelviana).

O parto é un factor etiopatoxénico da incontinencia de urina e das disfuncións anorrectais. Por esta razón, **a recuperación do ton, da forza, da resistencia e da funcionalidade do SP despois deste ten que ser un dos obxectivos principais do programa de educación maternal posnatal**, co fin de que o peche dos esfínteres, se é que se ve afectado negativamente, volva ser axeitado e funcionalmente correcto ante un aumento da presión intraabdominal.

A reeducación postural e a información sobre factores de risco teranse moi en conta ao longo desta actividade.

As mulleres tamén serán informadas de que a **actividade física moderada durante a lactación** non afecta a cantidade nin a composición do leite, e tampouco ten un impacto negativo sobre o crecemento da criatura. Ademais, a práctica de **exercicios para fortalecer o SP** durante o puerperio axuda a previr a incontinencia de urina no futuro.

Valoración da musculatura do solo pelviano durante o puerperio

- Durante as **consultas puerperais** farase unha **valoración da forza** da MSP mediante a realización dun tacto manual vaxinal. Para obxectivar a valoración funcional, utilizaranse ferramentas validadas, como a **escala Oxford modificada** ou o **PERFECT** ([ver o anexo 7](#)).
- No caso de que a muller non recibise un adestramento individualmente, para a reeducación do SP aproveitarase a **consulta puerperal** para ofertarlle realizar dúas ou tres **sesións individuais** na consulta antes de se incorporar ás sesións de grupo. **Aprenderá a realizar os exercicios** (dous en cada consulta) e **confirmarase que os realiza axeitadamente**.
- Polo xeral, a forza e o ton perineal están minguados despois do parto, pero hai que ter en conta a existencia dunha recuperación fisiolóxica. Se a forza e o ton previos eran bos e non houbo dano por distensión muscular ou instrumentalización do parto, deberíanse recuperar en gran medida entre as **seis e as doce**



semanas (o efecto da relaxina dura ata as doce semanas posparto). Noutros casos, a **recuperación dos tecidos pode levar entre seis e doce meses**. A nivel hormonal, un indicador de recuperación dos tecidos é a aparición da **menstruación**, aínda que a nai siga aleitando.

- Namentres o corpo feminino vai acadando esta recuperación fisiolóxica, aquelas mulleres que estean motivadas e o desexen poden **iniciar unha pauta de reeducación do SP despois do primeiro mes posparto**, que irán introducindo pouco a pouco na súa actividade diaria; dese xeito, ao tempo que vai gañando forza e ton, mellorará e aumentará a percepción e a integración do SP dentro do esquema corporal. Á hora de deseñar un programa de reeducación do SP, é preciso ser realistas e facelo doado de incorporar á vida diaria da muller.

Dentro do **Programa de educación maternal posnatal**, ademais da exposición teórica, resolución de dúbidas, masaxe da criatura, exercicios físicos, relaxación..., aproveitarase para realizar **exercicios de reeducación do SP** encamiñados a recuperar o **ton**, a **forza** e a **resistencia** muscular en todo o **conxunto abdominopelviano** (coactivación do TrA), especialmente dos grupos musculares implicados no embarazo e no parto.

Proposta de contidos teóricos das sesións POSNATAIS en relación co solo pelviano

• Recordo da estrutura ósea da pelve, MSP e vísceras abdominopelvianas.
• Fisioloxía da continencia de urina, de gases e feces.
• Ton do SP e coactivación do transverso.
• Factores que axudan á recuperación da MSP e resto do corpo.
• Prolapsos (hábitos defecatorios).
• Incontinencias (hábitos miccionais).
• Sexualidade.

Ver os [anexos 11 e 13](#) sobre a proposta de exercicios para incluír durante o programa de reeducación do solo pelviano no período posnatal.

Ao cabo de **seis semanas** de reeducación do SP (**PIRSP**), ou aos **tres meses do posparto**, realizarase unha **valoración funcional da MSP** para ver se mellorou algo a funcionalidade da súa musculatura.

Se non mellorou, invitaráselle a continuar realizando o **PIRSP** no domicilio **dúas semanas** máis ou ata os **seis meses posparto**, para volver valorar e, se non hai recuperación nin mellora, derivar a **fisioterapia de AP**.



9.3.2.3

Programa de educación sanitaria de grupo DURANTE O CLIMATERIO E A MENOPAUSA

O climaterio e a menopausa son etapas do ciclo vital da muller, non son problemas de saúde.

Ofertaráselles a **educación sanitaria de grupo** a aquelas **mulleres maiores de 40 anos** que acoden á consulta da matrona ou do matróon **con sintomatoloxía climatérica ou suxestiva de debilidade ou de DSP** e que desexan participar na educación sanitaria en grupo.

O déficit estroxénico, de coláxeno, a atrofia, a historia obstétrica previa e os hábitos de vida serán **factores determinantes** da situación do SP nesta etapa da vida da muller. A prevención realizada antes terá moita importancia, débese ter en conta que moitas mulleres abordan por primeira vez os coidados do solo pelviano nesta etapa.

- Convén facer unha **valoración individual** antes de comezar a reeducación do SP en sesións de grupo durante o climaterio e volver realizar esta valoración despois de finalizar o programa.
- En función do resultado da anamnese e da exploración física, a matrona ou o matróon informará a muller do resultado desta valoración e, cando proceda, invitaraa a realizar un **PIRSP** para facelo de maneira individual ou en sesións de grupo.
- Segundo os estudos, proporcionar só instrución verbal sobre exercicios da MSP sen adestramento práctico individual e sen supervisión non é efectivo, polo que pode ser necesario un mínimo de **sesións de instrución individual**, así como **materiais informativos** e instrumentos de **retroalimentación** que estimulen a **adherencia** ao **PIRSP**.
- A primeira tarefa consistirá no cambio daqueles **hábitos de vida** que son prexudiciais para o SP, seguindo, se é necesario, por **reeducación postural**, así como unha **toma de conciencia corporal e perineal**, xunto con outros exercicios de **mobilidade** e **flexibilidade articular** e de **reeducación muscular abdominal e perineal**.
- Os exercicios pódense practicar en **distintas posicións** (decúbito supino, en cuadripedia, sedestación e en posición bípede).



Logo das sesións individuais na consulta da matrona ou do matró, a muller continuará realizando o **PIRSP** no seu domicilio e asistindo ás sesións de grupo.

PIRSP que ha realizar a muller no seu domicilio	Sesións de educación sanitaria de grupo
• Débese comprobar que a muller comprende o que debe facer, así como os beneficios da perseveranza. • Motivala para que sexa constante e teña paciencia se non obtén os beneficios nas primeiras semanas de realización do PIRSP.	Ademais dos obxectivos xerais da educación sanitaria de grupo, teranse en conta os seguintes obxectivos nesta etapa da vida da muller: 1. Ampliar os coñecementos das mulleres sobre o climaterio. 2. Previr os riscos e complicacións propias desta idade como proceso biolóxico. 3. Posibilitar o intercambio de experiencias e a integración no grupo das mulleres.

Proposta de contidos teóricos das sesións en relación co solo pelviano

• Respiración (coactivación do TrA e do SP).
• Estrutura ósea da pelve, da MSP e das vísceras abdominopelvianas.
• Fisioloxía da continencia de urina, dos gases e das feces.
• O ton , a forza , a resistencia e a funcionalidade do SP.
• Relaxación da MSP.
• Factores que axudan á prevención e á recuperación da MSP.
• Prolapsos (hábitos defecatorios).
• Incontinencias (hábitos miccionais).
• Sexualidade .



Proposta de contidos prácticos en relación co solo pelviano

- A matrona ou o matró n ensinaranlle á muller como realizar correctamente diferentes exercicios segundo as súas necesidades e habilidades e segundo a súa capacidade de aprendizaxe, tendo en conta que é **preferible que faga poucos, pero con consciencia**, e que os poida realizar ela soa no domicilio a diario.
- Remarcaráselle a importancia de **integralos nas actividades da súa vida diaria de maneira continuada**.
- Exercicios respiratorios, de estabilidade pelviana, de coactivación do transverso, de flexibilidade pelvitrocantérea...

Ver o [anexo 13](#) sobre a proposta de exercicios para incluír durante o **Programa individualizado de reeducación do solo pelviano** no climaterio/menopausa.

Realizarase unha **valoración** aos **tres meses** do inicio do **PIRSP**.



9.3.2.4

Programa de educación sanitaria en

COLECTIVOS DE ESPECIAL SUSCEPTIBILIDADE

de sufrir disfuncións do solo pelviano: ACCIÓNS COMUNITARIAS EN SAÚDE

A expresión “colectivos de especial susceptibilidade de sufrir DSP” nesta guía alude ao conxunto de mulleres con ocupacións ou que realizan actividades que as fan máis susceptibles de desenvolver disfuncións do SP, debido aos **riscos asociados co seu traballo ou actividade**.

Colectivos de mulleres de especial susceptibilidade de sufrir DSP:

• Mariscadoras
• Labregas
• Traballadoras de supermercados e da construción
• Monitoras de deporte e deportistas de alto rendemento
• Camareiras de hotel
• Coidadoras de persoas dependentes (en residencias de persoas maiores ou no domicilio)
• Cantantes e mulleres que tocan instrumentos de vento

Abordar as **necesidades específicas** destes grupos de mulleres implica adaptar os servizos de saúde para ofrecer un coidado máis preciso e contextualizado a través de **estratexias de intervención comunitaria para a promoción da saúde**, deseñadas para mellorar a súa calidade de vida e o seu benestar, tendo en conta que contribúen a xerar consciencia e comprensión na comunidade sobre estas cuestións de saúde.

A **acción comunitaria** é un dos piares da promoción da saúde, entendida esta como o proceso que lles permite ás persoas incrementar o control sobre a súa saúde para melloralas. Esta produce “a dinamización das relacións sociais de cooperación entre as persoas dun determinado ámbito ou espazo de convivencia para mellorar o benestar e as súas condicións de vida”. Neste sentido, O Plan de acción de atención primaria 2020-2023 establece a actualización da carteira de servizos de atención primaria, incluída a **atención na comunidade**, como un obxectivo para identificar as



actividades concretas, orientadas á detección e á priorización das súas necesidades e problemas de saúde que se deben desenvolver nos centros de saúde, coa participación da comunidade.

Neste contexto, búscase principalmente identificar **accións específicas relacionadas coas DSP** nas que as mulleres participan activamente, en estreita colaboración co EAP. A matrona ou o matró, como parte integral do devandito equipo, están dotados das competencias e dos coñecementos técnicos necesarios para promover relacións dialécticas e colaborativas que permitan a implementación de **actividades orientadas á promoción da saúde en relación co SP**, con especial énfase na identificación dos **activos dispoñibles na comunidade** (mapeo de activos) de interese para a saúde. Para iso, o denominado **Plan local de saúde**, elaborado polo EAP, é un instrumento que facilita a implementación de estratexias e programas de intervención na comunidade.

A **matrona** ou o **matró** e a/o **fisioterapeuta**, como profesionais de apoio especializado dentro do **equipo multiprofesional de AP**, configúranse como perfís idóneos para **impulsar e liderar as estratexias de intervención comunitaria nos lugares de traballo das mulleres ou fóra destes** e, en colaboración cos demais membros do equipo de saúde, deseñarán **programas e intervencións específicas para a abordaxe das DSP**, tendo en conta os factores de risco asociados á actividade laboral.

A intervención na comunidade ten como **obxectivo xeral** proporcionarles ás mulleres as ferramentas e o coñecemento necesarios para coidar a súa saúde pelviana na vida cotiá e no traballo.

A **intervención** desenvolverase en **dous niveis**:

1. Nivel teórico

Centrarase na educación e na difusión de coñecementos teóricos relacionados coas **disfuncións do solo pelviano feminino**. Isto pode incluír:

- **Sesións de capacitación e charlas informativas** para a comunidade sobre que son as DSP, as súas causas, os síntomas e a importancia da súa prevención e tratamento.
- **Distribución de material educativo divulgativo**, como folletos ou guías, que expliquen de maneira clara e accesible os conceptos teóricos relacionados coa saúde do SP (contidos nesta guía).
- **Apoio no desenvolvemento de hábitos saudables**: fomentar a adopción de hábitos de vida saudables, como manter unha dieta equilibrada, manter un peso corporal adecuado e evitar o tabaquismo, que poden influír na saúde do SP.



2. Nivel práctico

Centrarase na implementación de prácticas concretas para abordar as DSP relacionadas coa actividade laboral como factor de risco. Outorgaráselle un enfoque prioritario á educación sanitaria in situ, é dicir, ofrecendo coñecementos e capacitación directamente no lugar onde desenvolve a actividade ou traballo de risco. Isto pode incluír:

- **Avaliacións da dinámica corporal:** realizar avaliacións da postura e dos patróns de movemento das persoas na súa contorna laboral para identificar posibles factores de risco e proporcionar recomendacións.
- **Difusión de técnicas de prevención:** ensinar técnicas de prevención, como levantar obxectos de maneira segura ou como manter unha boa postura no traballo.
- **Sesións de exercicios específicos:** ofrecer clases ou obradoiros prácticos para ensinar técnicas de coactivación TrA-SP, de fortalecemento do SP, así como exercicios de estiramento e mobilidade articular.
- **Adestramento ergonómico:** proporcionar asesoramento e capacitación sobre ergonomía no lugar de traballo, o que inclúe a adaptación de dispositivos e ferramentas para reducir a sobrecarga no SP.
- **Promoción de contornas laborais saudables:** tendo en conta as necesidades específicas das mulleres, pausas adecuadas para o aseo e descanso, acceso a instalacións hixiénicas etc. e, ao mesmo tempo, promoverase a igualdade de xénero e o benestar no traballo dos homes e das mulleres.

Avaliar a efectividade das intervencións comunitarias para realizar axustes cando sexa necesario.

En definitiva, ao EAP correspóndelle manter un rol proactivo na acción comunitaria con **iniciativas de promoción da saúde relacionadas coa prevención de DSP feminino**. As actividades comunitarias forman parte intrínseca do perfil profesional e das competencias das e dos profesionais sanitarios de atención primaria.



9.4

Criterios de derivación

da matrona ou do matró n a outras/os profesionais

1 Derivación á/ao médica/o ou enfermeira/o ou a outras/os profesionais de AP no caso de	• Dor pelviana persistente ou incontinencia fecal (a muller debe ser valorada pola/o médica/o de AP antes de ser incluída nun PIRSP) e no caso de infección urinaria ou hematuria (para realizar os estudos necesarios para coñecer a súa etiloxía e tratala, se é o caso, ou derivala ao servizo de uroloxía). • Sobrepeso e obesidade, consumo de alcohol e tabaco.
2 Derivación a fisioterapia de AP no caso de	• Dispareunia de grao I de orixe física. • Síndrome miofascial/dor pelviana: ▶ Dor pelviana aguda: cicatrices con adherencias de máis de tres semanas e menos de tres meses de evolución, traumatismos músculo esqueléticos na zona pelviana e dores osteoarticulares en fase aguda (pubalxias, coccigodinias...) que repercutan no SP. No caso de diastase pubiana, resulta de grande axuda a contención da pelve con medios externos como un cinto pelviano ou similar para o alivio da dor. ▶ Dor pelviana crónica: síndrome miofascial, cicatrices fibrosadas de máis de 3-6 meses de evolución, adherencias, alxias menstruais de orixe mecánica, aumento de ton, compresión e afectación radicular. • Incontinencia urinaria de grao leve. • Incontinencia ano-rectal de grao leve. • Prolapsos grao 1 e 2 (ver correspondencia coa clasificación de prolapso <i>Pelvic Organ Prolapse Quantification</i> (POP-Q) system no anexo 6) • Diastase abdominal. • Aumento/diminución do ton da MSP.
3 Derivación á UFMSPF no caso de	• Incontinencia urinaria moderada ou grave. • Existencia de prolapso de grao 3 ou superior (ver a correspondencia coa clasificación de prolapso <i>Pelvic Organ Prolapse Quantification</i> (POP-Q) system) (ver o anexo 6). • Dor pelviana crónica que non mellora tras a intervención da matrona ou matró n e da/do fisioterapeuta de AP. • Outras situacións recollidas no apartado 11.
4 Derivación ao Centro de orientación familiar (COF) de referencia no caso de	• Dificultade para lograr o orgasmo e/ou para o coito, tras descartar unha causa orgánica. Ter dificultade para lograr un orgasmo non implica necesariamente ter algunha alteración do SP. • Dispareunia tras descartar unha causa orgánica, que non mellora tras o tratamento de fisioterapia de AP.



10

Actividades da ou do fisioterapeuta de atención primaria

A primeira consulta de fisioterapia será para revisar a historia clínica da muller, especialmente todas as valoracións en relación co seu proceso e para engadir todas as cuestións, probas, tests ou medicións que a/o fisioterapeuta considere oportuno para realizar a súa valoración, dirixidas á posterior realización do tratamento.

A muller ten **dereito a ser informada** de todas as actuacións no ámbito da súa saúde que se lle vaian realizar. Explicaráselle en que consiste o **tratamento fisioterapéutico** que se lle vai proporcionar, así como os **obxectivos de tratamento** e indicaranse aproximadamente o número de sesións que serán necesarias, en que van consistir, así como o traballo corporal que vai realizar no seu domicilio, e **resolveranse as súas dúbidas**. A información que se lle proporcione será verdadeira, comprensible, axeitada ás súas necesidades, continuada, razoable e suficiente.

10.1

Anamnese

Realizarase segundo os datos referenciados anteriormente na guía, atendendo especialmente aos aspectos corporais, como a **postura inadecuada** como factor de risco nas DSP, e a súa **profesión/ocupación/actividades habituais e malos hábitos corporais** que poidan ser prexudiciais para o SP (por exemplo, puxar no momento de ouriñar, facer "stop-pipi", realizar puxos caudais e de Valsalva que aumenten a presión sobre o SP...).



10.2

Exploración clínica

O **obxectivo** é identificar calquera alteración das estruturas musculares, ligamentosas, óseas ou neurolóxicas causantes dunha DSP.

Realizarase unha exploración física **en repouso e movemento** mediante a **inspección visual**, a **palpación** e un **exame funcional**.

I. Inspección visual e palpación

• Postura global

- ▶ En posición **bípede**, observar a posición de:
 - Membros inferiores: pés (arcos lonxitudinal e transversal), xeonllos desbloqueados/bloqueados (para unha correcta funcionalidade do SP é importante que os xeonllos estean desbloqueados), valoración de posibles disimetrías dos membros.
 - Pelve (neutra, antebáscula, retrobáscula).
 - Abdome.
 - Tórax.
 - Cabeza.
 - Columna vertebral (cifose, lordose,...).
- ▶ En posición **sedente** observar a **actitude postural** e a presenza/ausencia de **apoio nos isquions**.

• Pregamentos cutáneos, alteracións ou cambios de **coloración, varices, atrofas, disimetrías,...**

- Valorar a presenza e o estado das **cicatrices** (adherencias, se son dolorosas ou non ao mobilizalas, profundidade...). Por exemplo, moitas apendicectomías xeran adherencias a planos profundos que poden provocar repregamento do ilíaco, sufrimento ovárico, estrinximento ou dor crónica na fosa ilíaca dereita. Será, pois, fundamental prestar especial atención ás cesáreas, episiotomías... e poñelas en relación coa disfunción que presenta a muller.
- Avaliación **estática da pelve** (complexo lumbopélvico, disfuncións da articulación da cadeira, articulación sacroilíaca, sacrococcíxea, sínfise pubiana).



II. Valoración funcional

- Valoración da **articulación coxofemoral**:

- ▶ Actitude en rotación externa ou interna dos membros inferiores.
- ▶ Amplitude de movemento da articulación en todos os planos, así como a capacidade de pórse en crequenas, sentarse no chan...

- **Columna vertebral**: test de flexión anterior, inclinacións e rotacións globais.

- **Patrón respiratorio**: valorar en posición **bípede** e **decúbito** a mobilidade das cavidades abdominal e torácica durante a respiración e a súa influencia no diafragma pelviano.

O solo pelviano e o seu rol inherente como diafragma garda unha relación coa respiración, de tal xeito que a forma de respirar inflúe no SP. Por iso, o mantemento dun patrón respiratorio inadecuado ao longo do tempo pode repercutir no SP (por exemplo, excesiva respiración abdominal pode xerar hiperpresión sobre o SP).

- **Cavidade abdominopelviana**: limitada polos diafragmas torácico e pelviano, o músculo transversal abdominal (TrA) e multífidos da columna vertebral.

Diversos estudos demostraron que existe relación entre a actividade da MSP, a musculatura abdominal profunda e o diafragma torácico. **A función do diafragma pelviano está intimamente vinculada co diafragma torácico.** A perda de mobilidade nas costelas inferiores provocada por traumatismos, unha postura incorrecta ou incluso estados emocionais poden ser causas das DSP, como a incontinencia urinaria de esforzo.

O diafragma torácico non é capaz de regular a presión intraabdominal por si mesmo de forma eficaz. O músculo TrA, o máis profundo dos músculos abdominais, contén a presión abdominal e asegura un bo repartimento da presión dirixíndoa cara arriba (cara á cúpula diafragmática). Unha relativa tonicidade do TrA sempre é precisa, pero unha tonicidade esaxerada vai aumentar a presión intraabdominal e invadirá tamén a pelve menor e o SP.

Valorar os seguintes aspectos:

1. **Ton da musculatura abdominal** a través da palpación.
2. Presenza/ausencia de **diastase de rectos abdominais**.
3. **Estado e competencia da musculatura abdominal/perineal e coactivación abdominopelviana**:

Verificar o comportamento do abdome en caso de **hiperpresión** ou **esfuerzo** (tose, inspiración profunda, crunch, Valsalva...), comprobando se os reflexos de activación do abdome están activos. Ter en conta que debe haber unha sinerxía correcta entre a columna lumbar, o diafragma, a musculatura profunda do abdome (TrA) e o diafragma pelviano:

- En condicións fisiolóxicas, ao activar o TrA actívanse a MSP e os multífidos de forma involuntaria, o que recibe o nome de **coactivación abdominopelviana**.
- En condicións patolóxicas, esta sinerxía pode verse debilitada, desorganizada ou perder a súa coordinación/coactivación abdominopelviana, o que **pode dar lugar a unha DSP**.



- a. Test de competencia abdominal:** valora como o TrA xestiona as presións ante os aumentos de presión intraabdominal.

En decúbito supino, cos membros inferiores flexionados, observar como se comporta o abdome ante os aumentos de presión. Solicitar: tose, crunch (solicitar que levante a cabeza), Valsalva, expiración forzada e inspiración profunda.

- **Resposta fisiolóxica:** o abdome entra (contráese cara a dentro) e ascende.
- **Resposta patolóxica:** o abdome incha cara a fóra e obsérvanse pulos caudais e aumentos de presión no SP.

- b. Test de competencia perineal:** valora como se comporta a MSP ante aumentos de presión intraabdominal (palpación cos dedos en tacto intracavitario):

En decúbito supino, cos membros inferiores flexionados, solicitar tose, crunch, Valsalva, expiración forzada e inspiración profunda.

- **Resposta fisiolóxica:** contracción ascendente da MSP.
- **Resposta patolóxica:** ausencia de contracción ou pulo caudal da MSP.

- c. Test de aspiración diafragmática:** solicitar unha falsa inspiración e/ou apertura da cúpula diafragmática.

Observar primeiro a capacidade da realización (se non pode realizar a apertura torácica, é importante liberar a tensión torácica).

Comportamento abdominal:

- **Resposta fisiolóxica:** o abdome entra, ascende e diminúe o seu perímetro, así como ascende o SP pola coactivación abdominoperineal.
- **Resposta patolóxica:** o abdome non responde ou non o fai de xeito adecuado, así como o SP; por exemplo, protruíndo/inchando cara a fóra. Estaríase ante un ton baixo, alto e/ou unha descoordinación diafragma torácico-transverso do abdome-solo pelviano.

Valoración da musculatura do solo pelviano:

- **Intracavitaria** ([ver o anexo 7](#)).
- **Extracavitaria** (en decúbito prono, supino ou sedestación).

1. Ton:

- A muller en **decúbito supino**, coas mans da/do fisioterapeuta cruzadas de xeito que se tocan os dorsos das mans, realiza palpación cos dedos das mans, excepto os polgares, en dirección cranial no bordo interno dos isquions (cara aos músculos transversos do SP).
- A muller en **sedestación**, coas mans da/do fisioterapeuta sen cruzar en supinación. Valorar a sensación agradable/desagradable e a facilidade para a palpación.

2. Respiración:

co mesmo contacto manual, solicitar inspiración/expiración profundas e valorar a mobilidade da MSP baixo os dedos.

3. Contracción muscular:

valorar a resposta fisiolóxica de descenso simétrico dos tecidos ante unha contracción da MSP (séntese como un descenso, non como un ascenso, xa que os dedos están a nivel da fascia e non directamente nunha palpación interna da cavidade vaxinal) e posterior relaxación destes.



10.3

Tratamento de fisioterapia de AP

O tratamento de fisioterapia estará dirixido a harmonizar e a reequilibrar as estruturas osteoarticulares, cápsulo-ligamentosas, fasciais etc. que estean implicadas nas alteracións do SP incluídas nesta guía. Existen varias técnicas de tratamento fisioterapéutico que se aplicarán en función das necesidades individuais da muller e da valoración realizada pola/o fisioterapeuta de AP ([ver o anexo 12](#)).

Obxectivos

1	Aliviar a dor da rexión perineal.
2	Normalizar o ton miofascial do SP.
3	Restablecer a continencia e funcionalidade do SP nas AVD.
4	Mellorar a sensación de peso pelviana.
5	Reeducar o patrón miccional normal.
6	Mellorar a propiocepción e a sensibilidade perineal.

A/O fisioterapeuta do centro de saúde abordará as DSP das pacientes derivadas desde a matrona ou o matróon de referencia que presenten:

- **Dispareunia de grao I de orixe física.**
- **Síndrome miofascial/dor pelviana:**
 - **Dor pelviana aguda:** cicatrices con adherencias de máis de tres semanas e menos de tres meses de evolución, traumatismos músculo-esqueléticos na zona pelviana e dores osteoarticulares en fase aguda (pubalxias, coccigodínias...) que repercutan no SP.
 - **Dor pelviana crónica:** síndrome miofascial, cicatrices fibrosadas de máis de 3-6 meses de evolución, adherencias, alxias menstruais de orixe mecánica, aumento de ton, compresión e afectación radicular.
- **Incontinencia urinaria de grao leve.**
- **Incontinencia ano-rectal de grao leve.**



- **Prolapso xenital de grao 1 e 2** (ver correspondencia coa clasificación de prolapso *Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q) system* no [anexo 6](#))

Hai que normalizar as tensións lumbopelvianas. É especialmente importante traballar con exercicios globais que impliquen outras estruturas corporais, ademais da cavidade abdominopelviana e que teñan a capacidade de redución do prolapso para axudar á recuperación/ou evitar o avance deste.

- **Diastase de rectos abdominais:** É importante a liberación da fascia toracolumbar, das tensións abdominais, en especial dos rectos abdominais, e a reprogramación do TrA. Os obxectivos do tratamento son mellorar a funcionalidade e o comportamento do espazo entre rectos ante aumentos de presión abdominal, recuperando a competencia abdominal, e atender á hixiene e á reeducación postural.

No período posparto é importante, ademais da hixiene e reeducación postural, reprogramar a activación do músculo TrA e do SP debilitados tras o embarazo, así como protexer a cavidade abdominopelviana ante aumentos de presión abdominal, asegurando unha adecuada xestión das presións intraabdominais.

- **Diastase pubiana:** resulta de grande axuda a contención da pelve con medios externos como un cinto pelviano ou similar para o alivio da dor.
- **Aumento/diminución do ton da MSP.**

Temporización das sesións individuais de fisioterapia

Recoméndase un **mínimo de 5** e un **máximo de 10 sesións**, cuxa frecuencia será determinada pola/o fisioterapeuta.

Ao rematar as sesións de fisioterapia no centro de saúde, e tras unha **nova valoración de fisioterapia**, daráselle a **alta** ou, no caso de que presente síntomas ou patoloxías que precisen de atención hospitalaria, será derivada á **UFMSPF**, segundo o fluxograma do apartado 11.



11

Criterios de derivación

Co fin de **optimizar os recursos**, no caso de que haxa que derivar a usuaria a outra/o profesional, débese ter en conta que a **primeira intervención** se levará a cabo a través dos **programas de promoción da saúde** que desenvolve a **matrona ou o matró**n do centro de saúde, entre os que está o **programa individualizado de reeducación do solo pelviano**. A muller pode acudir directamente á matrona ou matrón do seu centro de saúde ou ser remitida a estes desde calquera profesional de atención primaria ou hospitalaria.

- Aquelas mulleres que **non experimentasen melloría** tras realizar un **PIRSP** coa matrona ou co matrón serán remitidas á consulta de **fisioterapia de AP de referencia** para a súa valoración e tratamento fisioterapéutico.

Sintomatoloxía susceptible de derivación a fisioterapia de AP Ver fluxograma	• Dispareunia grao I • Síndrome miofascial/dor pelviana • Incontinencia urinaria leve • Incontinencia anorrectal leve	• Prolapso xenital* 1 e 2 • Diastase abdominal • Aumento/diminución do ton da MSP
--	--	---

Será a/o **fisioterapeuta** de AP quen, tras valorar a paciente, determinará o tipo de **tratamento** que se aplicará ou, se procede, a **derivación** á **UFMSPF**, á **matrona** ou ao **matró**n ou á **médica** ou ao **médico de familia**.

- Aquelas mulleres que **non melloraron** co tratamento no ámbito de atención primaria, ou que presentan cadros ou patoloxías máis complexas que precisan unha **intervención complementaria** dispoñible no ámbito hospitalario, serán remitidas á **UFMSPF** da área sanitaria, onde se reavaliará a situación clínica da muller nese momento e solicitarán, se é o caso, a intervención da especialidade (rehabilitación, radioloxía, uroloxía, cirurxía, saúde mental etc.) máis axeitada para realizar unha **abordaxe multidisciplinar** e dar unha resposta **coordinada**.

Sintomatoloxía susceptible de derivación á UFMSPF Ver fluxograma	• Dispareunia grao II, III • Dor pelviana persistente • IU moderada, grave	• Incontinencia anal moderada, grave • Prolapso xenital* >2
--	--	---

* Ver a correspondencia coa clasificación de prolapso *Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q) system* en [Anexo 6](#)

Unha vez que a muller foi tratada no ámbito hospitalario, caben **tres posibilidades:**



ALTA DEFINITIVA



DERIVAR á matrona ou matró n de atención primaria

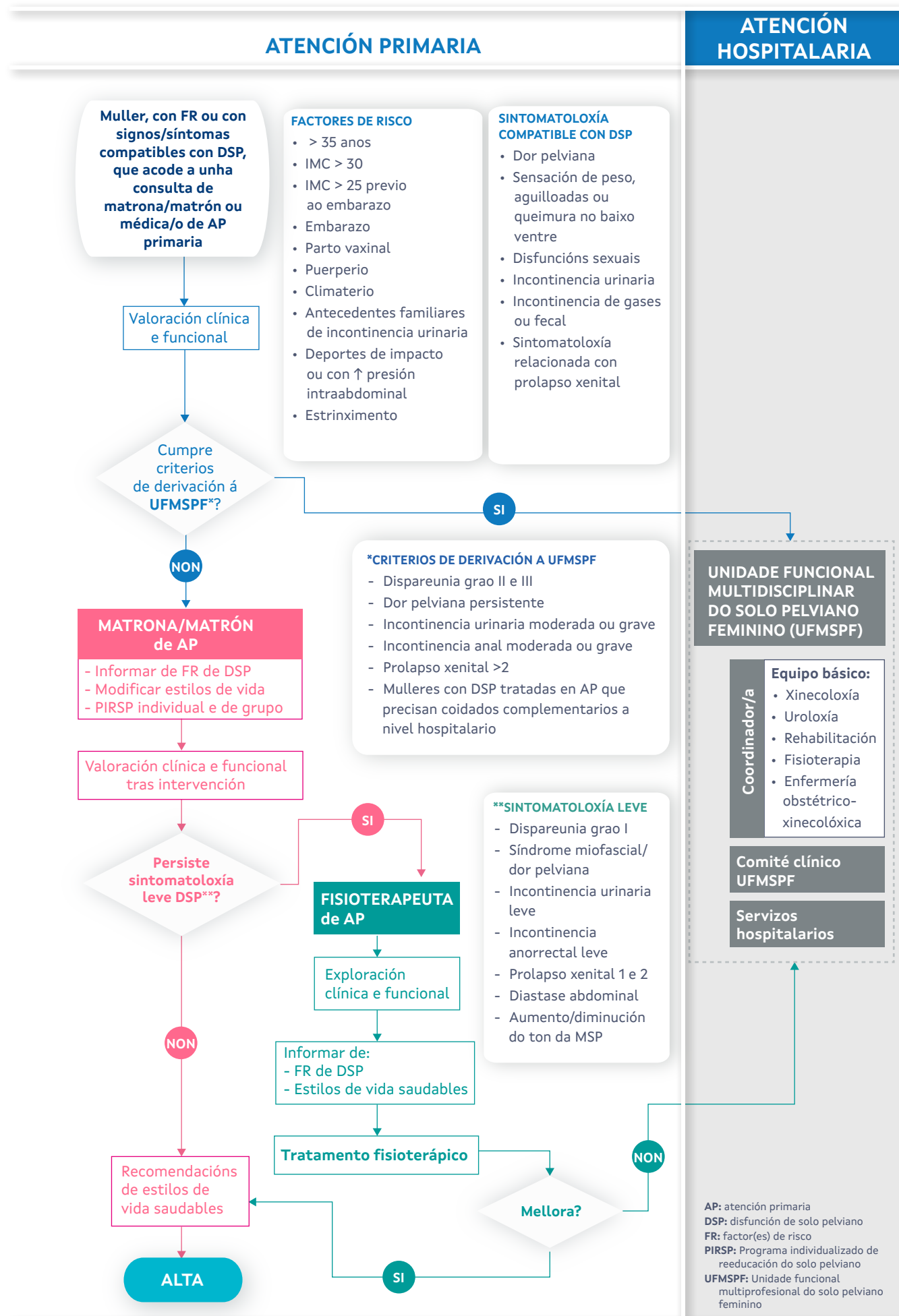
a aquelas mulleres susceptibles de beneficiarse dun **programa individualizado de reeducación do solo pelviano** dentro dos programas de educación sanitaria de grupo e para realizar nas actividades da vida diaria.



DERIVAR a fisioterapia de atención primaria

no caso de precisar terapia susceptible de realizarse neste nivel asistencial.

Fluxograma





12

Indicadores de avaliación do programa

Porcentaxe de servizos de atención primaria dotados de matrona ou de matró n e de fisioterapeuta, nos que está implantado o Programa de abordaxe das disfuncións do solo pelviano feminino en atención primaria	Fórmula: (número de servizos de atención primaria dotados de matrona ou matró n e de fisioterapeuta, nos que está implantado o Programa de abordaxe das disfuncións do solo pelviano feminino en atención primaria/ número de servizos de atención primaria de cada área sanitaria dotados de matrona ou de matró n e de fisioterapeuta) x 100. Fonte: AASS. Periodicidade: anual. Desagregación: por servizo de atención primaria (SAP)/área sanitaria (AS).
Mulleres que consultan a matrona ou o matró n de AP por sintomatoloxía de DSP	Fórmula: número de mulleres que consultan a matrona ou o matró n de AP por sintomatoloxía de DSP. Fonte: sistema de análises complexas de atención primaria (SIAC-AP). Periodicidade: anual. Desagregación: por matrona ou matró n de AP/SAP/AS.
Consultas de DSP á matrona ou matró n de AP	Fórmula: número de consultas de DSP realizadas pola matrona ou matró n de AP. Fonte: SIAC-AP. Periodicidade: anual. Desagregación: por matrona ou matró n de AP/SAP/AS.
Mulleres embarazadas que realizaron un programa individualizado de reeducación do solo pelviano prenatal, supervisado pola matrona ou matró n de AP	Fórmula: número de mulleres embarazadas que realizaron un programa individualizado de reeducación do solo pelviano durante o embarazo, supervisado pola matrona ou matró n de AP. Fonte: AASS, IANUS. Periodicidade: anual. Desagregación: por matrona ou matró n de AP/SAP/AS.
Mulleres puérperas que realizaron un programa individualizado de reeducación do solo pelviano posnatal, supervisado pola matrona ou matró n de AP	Fórmula: número de mulleres puérperas que realizaron un programa individualizado de reeducación do solo pelviano durante o puerperio, supervisado pola matrona ou matró n de AP. Fonte: AASS, IANUS. Periodicidade: anual. Desagregación: por matrona ou matró n de AP/SAP/AS.

Mulleres que realizaron un programa individualizado de reeducación do solo pelviano durante o climaterio ou a posmenopausa, supervisado pola matrona ou matrón de AP	Fórmula: número de mulleres que realizaron un programa individualizado de reeducación do solo pelviano durante o climaterio ou posmenopausa, supervisado pola matrona ou polo matrón de AP. Fonte: AASS, IANUS. Periodicidade: anual. Desagregación: por matrona ou matrón de AP/SAP/AS.
Consultas de tratamento de DSP de fisioterapeuta de AP	Fórmula: número de consultas de tratamento de DSP realizadas pola/o fisioterapeuta de AP. Fonte: SIAC-AP. Periodicidade: anual. Desagregación: por fisioterapeuta de AP/SAP/AS.
Porcentaxe de mulleres tratadas pola/o fisioterapeuta de AP por DSP e dadas de alta	Fórmula: (número de mulleres tratadas pola/o fisioterapeuta de AP por DSP e dadas de alta/número total de mulleres tratadas pola/o fisioterapeuta de AP por DSP) x 100. Fonte: SIAC-AP. Periodicidade: anual. Desagregación: por fisioterapeuta de AP/SAP/AS.
Porcentaxe de mulleres con DSP derivadas pola matrona ou matrón de AP á UFMSPF	Fórmula: (número de mulleres con DSP derivadas á UFMSPF pola matrona ou matrón de AP/número total de mulleres con DSP consultadas pola matrona ou matrón de AP) x 100. Fonte: AASS, IANUS. Periodicidade: anual. Desagregación: por matrona ou matrón de AP/SAP/AS.
Porcentaxe de mulleres con DSP derivadas pola/o fisioterapeuta de AP á UFMSPF	Fórmula: (número de mulleres con DSP derivadas á UFMSPF pola/o fisioterapeuta de AP/número total de mulleres con DSP tratadas pola/o fisioterapeuta de AP) x 100. Fonte: AASS, IANUS. Periodicidade: anual. Desagregación: por fisioterapeuta de AP/SAP/AS.
Satisfacción das mulleres con DSP que foron atendidas no ámbito de atención primaria	Fórmula: (número de mulleres con DSP que foron atendidas no ámbito de atención primaria que están satisfeitas ou moi satisfeitas coa atención recibida/número total de mulleres con DSP que foron atendidas no ámbito de atención primaria) x 100. Fonte: AASS. Periodicidade: anual. Desagregación: por SAP/AS.
Satisfacción das mulleres con DSP que foron atendidas a nivel de UFMSPF	Fórmula: (número de mulleres con DSP que foron atendidas na UFMSPF que están satisfeitas ou moi satisfeitas coa atención recibida/número total de mulleres con DSP que foron atendidas na UFMSPF) x 100. Fonte: AASS. Periodicidade: anual. Desagregación: por SAP/AS.

A

Anexos

A	Anexos	55
A.1	Sintomatoloxía relacionada co solo pelviano	56
A.2	Diagnóstico e tratamento da incontinencia urinaria de urxencia	61
A.3	Diario miccional	65
A.4	Test de severidade de Sandvick	66
A.5	Cuestionario de incotinencia urinaria ICIQ-SF	67
A.6	Clasificación do prolapso xenital	68
	A.6.1 Clasificación segundo o grao de descenso da parte máis distal do prolapso	68
	A.6.2 Clasificación segundo a variedade afectada	69
A.7	Avaliación funcional da musculatura do solo pelviano	70
A.8	Test de severidade de Wexner	72
A.9	Hábitos de vida saudable para a prevención das disfuncións do solo pelviano	73
	A.9.1 Estratexias de prevención da atrofia vulvovaxinal debida ao déficit estroxénico	75
	A.9.2 Estratexias de prevención da infección das vías urinarias	77
	A.9.3 Hábito intestinal	79
	A.9.4 Alimentación	80
	A.9.5 Actividade física	82
	A.9.6 Hábitos saudables para coidar o teu solo pelviano	84
A.10	Masaxe perineal	86
A.11	Características da musculatura do solo pelviano	87
A.12	Técnicas de reeducación do solo pelviano	88
A.13	Programa individualizado de reeducación do solo pelviano	95
	A.13.1 Díptico de consciencia corporal	97
	A.13.2 Díptico de respiración	99
	A.13.3 Díptico de equilibrio de tensións nos diafragmas	101
	A.13.4 Díptico de liberación do pé	103
	A.13.5 Díptico de flexibilización das cadeiras	105
	A.13.6 Díptico de relaxación da musculatura da boca	107
	A.13.7 Díptico de contracción e relaxación do solo pelviano	109
	A.13.8 Díptico de presións intraabdominais e transversa do abdome	111

A.1

Sintomatoloxía relacionada co solo pelviano

DOR PELVIANA

É unha dor, aguda ou crónica, que se localiza dentro da pelve, de intensidade variada e de procedencia, en ocasións, descoñecida. A dor aguda ocorre de forma súbita e severa, a crónica dura máis de tres-seis meses.

Poden ser múltiples as **causas** que a orixinan, como a irritación directa dos nervios, a fibrose, a presión, a inflamación intraperitoneal, as contracturas musculares ou as cambras da musculatura lisa ou esquelética e os factores psicóxenos que poden provocar ou agravar a dor.

Poden ocasionar
dor pelviana aguda

- **Cicatrices** (de menos de tres meses de evolución).
- **Traumatismos na zona pelviana** con afectación músculo-esquelética.
- **Patoloxías osteoarticulares** en fase aguda, tales como as pubalxias ou as coccigodinias.

A dor pelviana crónica pode ser un
síntoma de patoloxías como:

- **Endometriose.**
- **Adherencias** nos órganos pelvianos.
- **Cicatrices**, tanto na cavidade pelviana coma no perineo.
- **Aumento do ton** nos músculos do SP.
- Compresión ou **afectación radicular.**
- **Síndromes dolorosas** da **vulva** e da **vaxina** (sen signos de infección), **síndromes dolorosas** do **tracto urinario** (sen signos de infección) ou **síndrome miofascial.**

SÍNDROME MIOFASCIAL

Consiste nun trastorno doloroso rexional que **afecta as fascias e os músculos** e que non segue un esquema tradicional de dor, como as dores musculares ou articulares de orixe traumática ou por sobre uso, senón que ao estar afectado de maneira importante o tecido conectivo ou a fascia implica en maior medida os receptores intersticiais do sistema extralemniscal, xa que o 70 % deles localízase na fascia. Isto é de vital importancia para entender as características particulares desta síndrome que escapan á comprensión, se pensamos coa lóxica doutras dores que estamos máis afeitos a ver, tales como as referidas a contusións, fracturas, escordaduras, sobrecargas musculares etc.

O sistema miofascial forma parte do **sistema somatosensorial** e permite coñecer os propios límites e a situación do corpo no espazo, detectar agresións, recoñecer formas e captar vibracións. Este sistema somatosensorial transmite a presión, a temperatura, a propiocepción e/ou a cinestesia. Os diferentes receptores que se distribúen nos tecidos cutáneos e subcutáneos, nas articulacións, nos tendóns e na fascia captan e transducen a información, utilizando fascículos nerviosos que se dividen funcionalmente en dous sistemas: **sistema lemniscal** (fascículo anterolateral e neoespiñotalámico) e **sistema extralemniscal**.

Calquera tipo de agresión mecánica nas estruturas do SP (episiotomías, esgazaduras, expulsivos prolongados, alteracións biomecánicas prolongadas, intervencións cirúrxicas etc. que provoquen afectación do tecido conectivo), terá como consecuencia a afectación dos **receptores intersticiais** que empezarán a informar como **nociceptores**.

Isto condicionará a resposta do sistema nervioso autónomo, que **implicará o músculo ou músculos dos que forma parte este tecido conectivo afectado**, e que provocará unha **alteración no ton muscular**, atopándose entón uns **puntos gatillo** ou *trigger points* como compoñentes asociados, que pasan a ser a marca referencial desta síndrome.

Aparecen para protexerse do **estímulo nocivo** (cicatriz, traumatismo, dor...) pero, a longo prazo, se a **afectación na fascia** se perpetúa no tempo, provocarán máis **dor** (xa que se van recrutando máis receptores intersticiais que condicionan a aparición de novos puntos gatillo) e máis **debilidade** deses músculos, que serán facilmente fatigables e estarán acurtados e coa súa **forza máxima de contracción diminuída**.

Todo isto orixina que os grupos musculares circundantes tamén se contraian en resposta aos cambios producidos na zona afectada e se desenvolvan **novos puntos gatillo** neses grupos musculares, co que empeora a dor miofascial.

Estes **puntos gatillo** teñen varios **trazos comúns**:

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Están presentes un ou máis. • Localízanse nunha estreita banda dos músculos. • Causan dor local que se reflicte en zonas distantes e a dor pode aparecer se se exerce presión ou en ausencia de estímulo. | <ul style="list-style-type: none"> • Cando se preme o punto, aparece unha contracción (tic) ou un aviso local. O patrón de dor referida vai ser específico e propio para cada músculo e os músculos veciños ao afectado tamén se encontran tensos á palpación. |
|---|---|

INCONTINENCIA URINARIA

Segundo a definición recente da *International Continence Society (ICS)*, a incontinencia urinaria é simplemente a manifestación por parte da paciente dun escape involuntario de urina.

De acordo co Subcomité de Estandarización da ICS, “en cada circunstancia concreta, a incontinencia urinaria debería ser descrita especificando os **factores relevantes**, como o tipo, a frecuencia, a severidade, os **factores desencadeantes**, o **impacto social**, o **efecto sobre a hixiene** e a **calidade de vida**, as **medidas utilizadas** para as perdas, e se a muller **desexa ou non axuda** para a súa incontinencia urinaria”.

Dentro da **patoloxía ocasionada pola debilitación do SP**, a incontinencia urinaria é a máis frecuente. Descoñécese a súa incidencia real debido a que moitas mulleres a ocultan porque lles dá vergoña ou pola crenza de que é normal tras os partos ou pola idade; sexa como for, a realidade é que non solicitan axuda profesional. A incontinencia urinaria constitúe un **problema hixiénico, social e psicolóxico** para quen a padece.

CLASIFICACIÓN DA INCONTINENCIA URINARIA (IU)

1 Incontinencia urinaria de esforzo	Perda involuntaria de urina que coincide co aumento da presión abdominal, desencadeada polo esforzo físico ou polos cambios de posición; por exemplo, de DS a sedestación.
2 Incontinencia urinaria de urxencia	Perda involuntaria de urina asociada cun forte desexo de ouriñar (urxencia). 0. Non hai urxencia: non sente necesidade imperiosa de ouriñar. 1. Leve urxencia: ten gana de ouriñar, pero pode atrasar ir ouriñar tanto como necesite, sen medo a que lle escape a ouriña. 2. Urxencia moderada: pode atrasar ouriñar un anaco sen medo a ouriñar por si. 3. Urxencia severa: non pode atrasar ouriñar, ten que ir rápido ao inodoro para evitar ter unha perda de ouriños. 4. Incontinencia por urxencia: ten unha perda de urina antes de chegar ao inodoro. Clinicamente adoita acompañarse de aumento da frecuencia diúrna e nocturna.
3 Incontinencia urinaria mixta	Asociación de síntomas de perda involuntaria de urina cos esforzos e de síntomas de vexiga hiperactiva.
4 Outros tipos	Anomalías conxénitas, fístulas, incontinencia por rebordamento, obstrucións uretrais e disfuncións neuróxicas.

INCONTINENCIA URINARIA DE ESFORZO (IUE) [\(Ver o anexo 2\)](#)

No complexo muscular do SP existen uns feixes musculares que, ao contraerse, comprimen e pechan a luz uretral. Por este motivo, unha DSP poderá producir incontinencia urinaria de esforzo ao fallar os soportes que estabilizan e pechan a uretra durante os esforzos. Poderá asociarse a un prolapso máis ou menos severo dos órganos veciños e ata pode quedar a incontinencia urinaria de esforzo enmascarada se existe un cistocele que forme un cóbado na uretra.

Unha das causas máis comúns que lesionan o SP son os traumatismos obstétricos, as roturas musculares e fasciais, a indución de lesións neurais por compresión de ramas do pudendo e a aparición de desnervacións parciais.

Outros factores son as sobrecargas continuadas, como as producidas pola obesidade, a tose crónica, o estrinximento crónico e os esforzos físicos laborais ou deportivos.

Para recoñecela, debemos comprobar a saída de urina pola uretra concomitante cos esforzos, xunto co desprazamento da uretra cara abaixo. Este desprazamento uretral pódese apreciar facilmente a simple vista.

INCONTINENCIA ANAL

Consiste na perda do control da contención de gases ou da evacuación involuntaria de materia fecal (feces líquidas, sólidas ou moco), o que produce un gran malestar e sufrimento que, na maioría dos casos, se oculta por vergoña.

PROLAPSOS: CISTOCELE, HISTEROCELE, RECTOCELE

O prolapso xenital é o descenso, caída e/ou procidencia dunha parte da vaxina ou víscera (vexiga, útero, recto) polo introito vaxinal e/ou anal. A paciente identifícaa como unha sensación de peso nos xenitais e/ou un aumento de volume que se evidencia ante os esforzos. Indica a presenza dunha lesión anatómica e funcional, produto de fallas na estrutura anatómica (fascias, ligamentos, músculo), as mesmas que poden estar asociadas a incompetencia esfinteriana (uretral, anal), alteracións funcionais neuromusculares e patoloxía asociada. Certo grao de descenso e relaxación da parede vaxinal é considerado como normal na gran maioría das mulleres, pola ausencia de dor. A frecuencia do prolapso xenital severo é do 3 % na poboación xeral, e é probable que arredor do 3-6 % da poboación feminina o sufra nalgún momento da súa vida.

Existen varias **clasificacións dos prolapsos**, entre elas a de Baden-Walker que divide a lesión anatómica en catro graos e a POP-Q [\(ver o anexo 6\)](#).

ALTERACIÓNS DO TON

O **ton** é un estado de **tensión fisiolóxica que presentan os músculos constantemente, co fin de manter os tecidos activos sen xerar movemento**. Para o seu mantemento, necesita da contribución doutras estruturas pertencentes ao sistema nervioso central, que son as vías descendentes da medula espiñal, o cerebelo, os ganglios basais e o córtex motor.

O ton depende do estado do **tecido conectivo** e valórase coa palpación, segundo o **grao de resistencia pasiva** que ofrece a MSP. Deste xeito, considérase:

• Ton normal,	• Ton diminuído,	• Ton aumentado,
se aparece retroceso elástico do centro tendinoso do perineo nunha palpación anteroposterior.	se non se aprecia barreira para o movemento.	se se palpa dureza e imposibilidade de movemento do tecido.

Como **alteracións do ton** podemos atopar:

1 Aumento do ton

Relacionado cos compoñentes contráctiles ou viscoelásticos, que poden estar asociados a unha **actividade contráctil elevada e/ou a unha rixidez pasiva dos músculos**.

Produce **síntomas** tales como: aumento da frecuencia e urxencia urinaria, descontinuidade da micción ou micción dolorosa, baleirado incompleto da vexiga, dor vesical, caída da parte posterior da vexiga, incontinencia urinaria de urxencia (IUU), infeccións recorrentes do tracto urinario, flatulencia, estrinximento, defecación obstrutiva, defecación incompleta e dor durante ou despois de defecar, dor lumbopelviana, nas cadeiras, na área xenital ou no recto (dor pelviana non relacionada con relacións sexuais) e dispareunia superficial ou profunda tras manter relacións sexuais.

Pode aumentar o risco de padecer disfuncións como IUU, incontinencia anal, dor pelviana crónica e dispareunia.

Unha MSP cunha tensión pasiva elevada, que non se contrae nin se relaxa con normalidade, pode ser a causa dunha disfunción urinaria ou dunha dispareunia (menos frecuente). A **capacidade da MSP para relaxarse completamente** é un factor clave para ouriñar con normalidade.

2 Diminución do ton

Relacionada cos compoñentes contráctiles ou viscoelásticos que pode estar asociado cunha **actividade contráctil reducida e/ou unha rixidez pasiva diminuída** no músculo.

Pode aumentar o risco de padecer disfuncións, como IUE e POP.

3 Alteración do ton mixta

Existe a posibilidade dunha **presentación mixta** nas alteracións do ton, con presenza dun **aumento do ton en planos superficiais**, xunto cunha **diminución do ton en planos profundos** da MSP.

A.2

Diagnóstico e tratamento da incontinencia urinaria de urxencia

Os termos de **incontinencia urinaria de urxencia** (IUU) e **vexiga hiperactiva** (VH) úsanse a miúdo indistintamente. O complexo sintomático denominado VH defínese como a presenza de urxencia miccional, con ou sen incontinencia de urxencia, a miúdo asociada a un aumento da frecuencia diúrna e/ou nocturna (nicturia).

A **urxencia miccional** defínese como o desexo imperioso e repentino de orixar e que é difícil de pospoñer.

DIAGNÓSTICO

Ante un cadro sintomático suxestivo de IUU, hai que **descartar** unha **infección do tracto urinario** (ITU) e calquera **patoloxía orgánica intravesical** que poida causar síntomas similares.

- Realizar unha **análise de orixos** mediante **tira reactiva** para descartar infección ou hematuria. Se a **tira reactiva** amosa **indicios de ITU** ou **hematuria**, a muller deberá ser derivada á/ao **médica/o de AP**, quen realizará os estudos necesarios para coñecer a súa **etioloxía**, pautará o **tratamento oportuno** en cada caso e, derivando, cando sexa pertinente, ao **servizo de uroloxía**. No caso de confirmar ITU mediante **urocultivo**, tratarase con **antibiótico**.
- Identificar se existe un **residuo posmiccional** significativo (ecografía para avaliar o volume residual).
- Realizar unha **exploración física** para comprobar se hai un **prolapso dos órganos pelvianos**, xa que con moita frecuencia aparecen asociados á VH.
- Identificar **factores de risco** que poden favorecer ou agravar o cadro para corrixilos sempre que sexa posible: sobrepeso, inxestión excesiva de líquidos e de excitantes (cafeína, teína...), tratamento con diuréticos e outros fármacos (antihistamínicos, benzodiazepinas, opioides, espasmolíticos, antidepressivos, antipsicóticos, estrógenos...).
- Valorar a afectación da **calidade de vida** da muller, xa que esta disfunción polo seu carácter imprevisíbel ten maior repercusión que a IUE.
- Realizar un **diario miccional** (durante polo menos **3 días** e que abarque variacións das actividades habituais, días de traballo e de ocio): achega información útil para o diagnóstico da IUU/VH. Inclúe datos sobre a inxestión de líquidos, número de miccións diúrnas e nocturnas, número de episodios de urxencia e incontinencia ([ver o anexo 3](#)).
- Realizar un **estudo urodinámico** nos casos que a resposta inicial non sexa a esperada (que se solicitará desde atención hospitalaria). En moitos casos, as mulleres con síntomas de urxencia e frecuencia miccional aumentada poden ter unha disfunción de baleirado.

RECOMENDACIÓNS Á MULLER CON IUU/VH

- Recomendar **dietas equilibradas** para conseguir o peso adecuado, xa que se demostrou que o sobrepeso é un factor de risco para a incontinencia.
- Evitar o consumo excesivo de **bebidas irritantes vesicais** que conteñan gas, cafeína, teína etc. Hai unha serie de alimentos que **aumentan a produción de ouriños** (sandía, espárragos, melón, ensaladas etc.), pero non é necesario excluílos da dieta, tan só controlar a cantidade que se consome. A inxestión de líquidos debe adaptarse ás necesidades da muller.
- Evitar malos **hábitos miccionais**, como poden ser ignorar o desexo miccional e demorar o tempo entre as miccións ou pola contra, intervalos moi curtos de tempo.
- Evitar malos **hábitos defecatorios**, conseguir manter un correcto ritmo de deposicións, evitando o estrinximento crónico a través da modulación dietética, cunha dieta rica en fibra e evitando a toma de laxantes.
- Evitar o **sedentarismo** e realizar **exercicio físico**.

TRATAMENTO

O obxectivo vai ser aliviar a sintomatoloxía. Hai 2 liñas de tratamento, a primeira de aplicación en atención primaria e a segunda liña no caso de que non respondan satisfactoriamente ao tratamento inicial, que é aplicable no ámbito hospitalario.

PRIMEIRA LIÑA

1. TRATAMENTO CONSERVADOR [\(ver os anexos 3, 9 e 13\):](#)

- **Intervencións no estilo de vida:** perda de peso en caso de sobrepeso ou obesidade (melloría dos síntomas tras unha perda de peso do 5% en mulleres con sobrepeso ou obesidade), cambios na inxestión de líquidos (tras valorar o diario miccional), evitar/diminuír o consumo de cafeína, deixar de fumar no caso de doentes fumadoras con VH e reducir ou suspender o consumo de alcohol cando se detecta un consumo excesivo. Reducir o consumo de cafeína e teína parece que reduce a urxencia miccional.
- **Non recomendar** o uso de rutina de produtos **absorbentes** nin de **dispositivos intravaxinais e intrauretrais**.
- **Reeducación vesical:** realizar miccións programadas. O intervalo inicial acordarase coa muller en base á información que proporciona o **diario miccional** e estableceranse obxectivos alcanzables. Deberá de ouriñar teña gana ou non. Cando a muller sexa capaz de manter os intervalos pautados entre miccións durante unha semana, incrementar o tempo entre miccións 15-30 minutos. Ouriñar pola noite antes de deitarse e pola mañá ao levantarse.

A duración mínima da reeducación vesical será de **6 semanas**, tanto no caso de mulleres con IUU como IUM, como primeira liña de tratamento.

No caso de que a muller non obteña un beneficio satisfactorio, débese considerar combinar un medicamento para a vexiga hiperactiva coa reeducación vesical no caso de que a polaquiuria sexa un síntoma molesto.

- **PIRSP:** existe evidencia da eficacia que achega a reeducación da MSP. Se esta está supervisada por unha/un profesional experta/o resulta máis eficaz que sen supervisión. No caso de IUU ou IUM, débese ofrecer un **PIRSP** supervisado durante polo menos **3 meses** ([ver o anexo 13](#)).

2. TRATAMENTO FARMACOLÓXICO

Considérase indicado en mulleres con diagnóstico de IUU/VH ou IUM nas que se descartou unha infección urinaria e patoloxía orgánica. Actualmente existen dous grupos de fármacos con indicación para tratar a **vexiga hiperactiva**:

2.1. Fármacos antimuscarínicos ou anticolinérxicos (inhiben as contracción involuntarias do músculo detrusor): tolteridona, solifenacina, fesoteridona, cloruro de trospio, propiverina e oxibutinina. Todos eles son de administración vía oral, excepto a oxibutinina (vía transdérmica, que evita o primeiro paso hepático e minimiza os efectos secundarios). Debemos de ter en conta que estes fármacos estarán contraindicados en doentes con retención gástrica, glaucoma de ángulo estreito non tratado ou taquicardia supraventricular. Por outra banda, a evidencia suxire que a exposición acumulada a antimuscarínicos potentes se relaciona con maiores taxas de demencia e enfermidade de Alzheimer. Todos os antimuscarínicos exercen efectos anticolinérxicos periféricos (estrinximento, visión borrosa, sequidade de boca, taquicardia, palpitacións...), que son a principal causa de abandono do tratamento.

2.2. Fármacos agonistas dos receptores adrenérxicos: mirabegron (mellor perfil de tolerabilidade). Contraindicado en mulleres con HTA grave non controlada.

Seguimento do tratamento farmacolóxico:

Cando se instaure un tratamento farmacolóxico, aconséllase realizar o **primeiro control** (telefónico ou presencial) a partir das **4 semanas**. Se a melloría é óptima, continuarase co mesmo fármaco; se non hai melloría ou se esta é mínima, valorarase cambiar a dose ou probarase un novo fármaco e **revisarase** de novo ás 4 semanas. Se a muller non desexa probar un novo fármaco, remitirase á **UFMSPF**.

3. ESTRÓXENOS LOCAIS

Se incluírán os **estróxenos locais** en mulleres con **atrofia uroxenital**.

4. ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA

Existe evidencia da eficacia da electroestimulación vaxinal de baixa intensidade 2 veces ao día e da eficacia a longo prazo da estimulación do nervio tibial posterior vía percutánea (en mulleres que non responderan ao tratamento conservador e farmacolóxico inicial). Non se utilizarán de rutina a estimulación eléctrica e/ou a biorretroalimentación, só se usarán para mulleres que non poden contraer activamente os músculos do SP para axudar á motivación e á adherencia á terapia.

SEGUNDA LIÑA

No caso de que os síntomas de VH causados pola hiperactividade do detrusor (tras o estudo urodinámico) non melloren co tratamento conservador nin cos tratamentos farmacolóxicos, ofrecerase un **procedemento invasivo hospitalario**: a inxección intravesical de toxina botulínica tipo A ou a neuromodulación sacra.

CADRO RESUMO

RECOMENDACIÓNS Á MULLER CON IUU/VH

- Recomendar dietas equilibradas.
- Evitar bebidas irritantes vesicais.
- Evitar malos hábitos miccionais e defecatorios.
- Evitar o sedentarismo.
- Realizar exercicio físico regular.

TRATAMENTO

PRIMEIRA LIÑA

1. Tratamento conservador:

- Intervencións no estilo de vida.
- Non recomendar o uso de rutina de produtos absorbentes nin de dispositivos intravaginais e intrauretrais.
- Reeducación vesical.
- Reeducación do SP.

2. Tratamento farmacolóxico:

- 2.1. Fármacos antimuscarínicos ou anticolinéxicos.
- 2.2. Fármacos agonistas dos receptores adrenérxicos.

3. Estróxenos locais.

4. Estimulación eléctrica.

SEGUNDA LIÑA

Procedementos invasivos hospitalarios:

- Inxección intravesical de toxina botulínica tipo A.
- Neuromodulación sacra.

A.3

Diario miccional

DÍA 1					
HORA	BEBIDA (ml)	Vol. urina (ml)	URXENCIA (0-4)*	ESCAPE** (urx/ esfuerzo)	CAMBIO ROUPA/ PROTECTOR
TOTAL					
Hora á que se levanta:				Hora á que se deita:	

DÍA 2					
HORA	BEBIDA (ml)	Vol. urina (ml)	URXENCIA (0-4)*	ESCAPE** (urx/ esfuerzo)	CAMBIO ROUPA/ PROTECTOR
TOTAL					
Hora á que se levanta:				Hora á que se deita:	

DÍA 3					
HORA	BEBIDA (ml)	Vol. urina (ml)	URXENCIA (0-4)*	ESCAPE** (urx/ esfuerzo)	CAMBIO ROUPA/ PROTECTOR
TOTAL					
Hora á que se levanta:				Hora á que se deita:	

*** Urgencia urinaria:**

0. Non hai urxencia: Non sente necesidade imperiosa de orixinar

1. Leve urxencia: Ten gana de ouriñar, pero pode atrasar ir a ouriñar tanto como necesite, sen medo a ouriñar por si

2. Urgencia moderada: Pode atrasar ouriñar un anaco sen medo a ouriñar por si

3. Urgencia severa: Non pode atrasar ouriñar, ten que ir rápido ao inodoro para evitar ter unha perda de ouriños

4. Incontinencia por urxencia: Ten unha perda de urina antes de chegar ao inodoro

****Escape de urina relacionado con esfuerzo ou con urxencia urinaria**

(Fonte: Jimenez-Cidre MA et al., 2013).

A.4

Test de severidade de Sandvick

Gravidade da incontinencia que padece

Preguntas para avaliar a gravidade dos síntomas de incontinencia de urina na muller:

FRECUENCIA	Cal á a frecuencia coa que se lle escapa a urina?
1	Menos dunha vez ao mes
2	Unha ou varias veces ao mes
3	Unha ou varias veces á semana
4	Cada día ou/e cada noite
VOLUME	Que cantidade cree que se lle escapa?
1	Pingas (Moi pouca cantidade)
2	Chorro pequeno (unha cantidade moderada)
3	Moita cantidade

O índice de gravidade
calcúlase multiplicando o
 resultado das dúas preguntas
 e despois categorízanse da
 seguinte forma:

- ▶ 1-2 ▶ leve
- ▶ 3-6 ▶ moderada
- ▶ 8-9 ▶ grave
- ▶ 12 ▶ moi grave

Para o cálculo e análise estatística, para o
control de resultados, recoméndase engadir o
 valor cero cando se volven continentes.

A.5

Cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF

Identificación

O ICIQ (*International Consultation on Incontinence Questionnaire*) é un cuestionario autoadministrado que identifica as persoas con incontinencia de urina e o impacto na calidade de vida. Utilizarase a versión curta (ICIQ-SF). Para obter a puntuación total do ICIQ-SF hai que sumar as puntuacións das preguntas 1+2+3.

Débese considerar **diagnóstico de incontinencia urinaria** calquera **puntuación superior a cero**.

DATA:/...../.....
día mes ano

Puntuación total: (1+2+3)

1. Con que frecuencia perde urina? Marque só unha resposta.

DATA:/...../.....
día mes ano

- ☐ Nunca -----0
- ☐ Unha vez á semana -----1
- ☐ 2-3 veces/semana -----2
- ☐ Unha vez ao día -----3
- ☐ Varias veces ao día -----4
- ☐ Continuamente -----5

2. Indique a súa opinión sobre a cantidade de urina que vostede cre que lle escapa, é dicir, a cantidade de urina que perde habitualmente (tanto se leva protección como se non). Marque só unha resposta.

- ☐ Non me escapa nada -----0
- ☐ Moi pouca cantidade -----2
- ☐ Unha cantidade moderada -----4
- ☐ Moita cantidade -----6

3. En que medida estes escapes de urina que ten afectan a súa vida diaria?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada

Moito

4. Cando perde urina? Sinale todo o que lle pasa a vostede.

- ☐ Nunca perdo urina
- ☐ Perdo urina antes de chegar ao servizo.
- ☐ Perdo urina ao tusir ou esbirrar.
- ☐ Perdo urina mentres durmo.
- ☐ Perdo urina ao realizar esforzos físicos/exercicio.
- ☐ Perdo urina cando remato de ouriñar e xa me vestín.
- ☐ Perdo urina sen motivo evidente.
- ☐ Perdo urina de forma continua.

A.6

Clasificación do prolapso xenital

A.6.1 CLASIFICACIÓN SEGUNDO O GRAO DE DESCENSO DA PARTE MÁIS DISTAL DO PROLAPSO

Clasificación (Baden-Walker)	Clasificación POP-Q (*) (ICS,IUGA,AUGS,ACOG,SGS)
Grao 0 Sen prolapso xenital	Estadio 0 Sen prolapso xenital (- 3 cm do hime)
Grao 1 Descenso entre posición normal e introito	Estadio I O descenso do prolapso está a máis de 1 cm por encima do hime (<-1 cm)
Grao 2 Descenso a nivel do introito vaginal	Estadio II O descenso do prolapso está a ≤1 cm do hime (≥-1 cm a ≤+1)
Grao 3 O descenso sobrepasa o nivel do introito vaginal	Estadio III O descenso do prolapso está a > +1 cm por debaixo do hime e non de máis de 2 cm da lonxitude vaginal
Grao 4 Prolapso total fóra do plano vulvar	Estadio IV Completa eversión do tracto vaginal

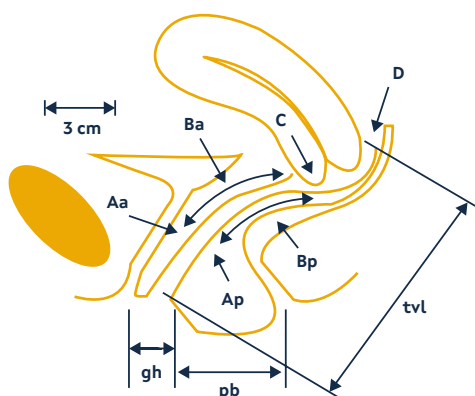
(*) POP-Q: *Pelvic Organ Prolapse Quantification system*. ICS: *International Continence Society*. IUGA: *International Urogynecological Association*. AUGS: *American Urogynecologic Society*. ACOG: *American College of Obstetricians and Gynecologists*. SGS: *Society of Gynecologic Surgeons*.

O POP-Q baséase na medición das distancias comprendidas entre seis puntos situados na vagina e un punto fixo de referencia que é o hime. Exprésanse en centímetros e van precedidas dun signo "-" sempre que o punto se encontre proximal ou por riba do hime, ou dun signo "+" cando o punto está por debaixo ou distal ao hime.

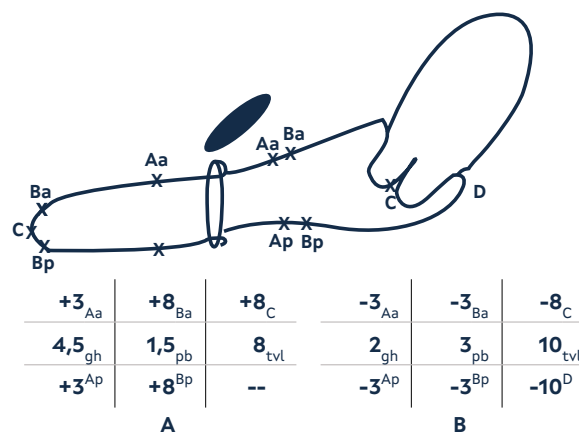
O punto de referencia utilizado para obxectivar o descenso dos distintos puntos é o hime. Cando a posición destes puntos coincide co plano do hime, dáselle o valor "0".

Puntos de referencia da vagina para o grao de prolapso segundo a clasificación POP-Q	Medición de
Aa: punto fixo localizado na liña media da parede vaginal anterior, a 3 cm do meato uretral. Ba: non é fixo e está representado polo punto máis distal da porción da parede vaginal comprendida entre o fondo do saco vaginal anterior e o punto Aa. Ap: localizado na liña media da parede vaginal posterior, a 3 cm do hime. Bp: punto non fixo, está representado polo punto máis distal da porción da parede vaginal comprendida entre o fondo de saco vaginal posterior e o punto Ba. C: punto máis distal do cérvix. D: punto máis distal do fórnix posterior (fondo de saco de Douglas).	tvL (lonxitude vaginal total): mídese co prolapso reducido. gh (hiato xenital): mídese desde a liña media do meato uretral ata o hime posterior. pb (corpo perineal): médese desde a marxe posterior do hiato xenital ata a metade do orificio anal.

Fuente: Cohen D. Prolapso genital feminino: lo que debería saber. REV. MED. CLIN. CONDES. 2013; 24(2): 202-209. DOI: 10.1016/S0716-8640(13)70151-2.



Fuente: Espuña M, Fillol M, Pascual MS, Cassado J. Sistemática de la exploración pélvica en la mujer con prolapso genital. Hoja de recogida de datos y su cumplimentación. Suelo Pélvico 2014; 10(1): 5-10. ISSN 1885- 0642.



Fuente: Bump RC, Mattiasson A, Bø K, Brubaker LP, DeLancey JO, Klarskov P et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. Am J Obstet Gynecol 1996;175(1):10-17.
 A: Eversión completa do tracto vaginal. B: Soporte normal.

A.6.2 CLASIFICACIÓN SEGUNDO A VARIEDADE AFECTADA

CLASIFICACIÓN LESIÓN ANATÓMICA				
Defecto anterior	Defecto central	Defecto lateral	Defecto posterior	
Colpouretrocele ou uretrocele	Colpohisterocele ou histerocele	Colpocèle	► Colporrectocele ou rectocele (anterior-posterior)	
Colpocistocele ou cistocele	Muñón cervical		► Colpodouglascele ou douglascele, elitrocele ou enterocele	
Colpouretrocistocele ou uretrocistocele	Cúpula vaxinal		► Prolapso mucosa rectal	
			► Desgarro perineal	
			1.º grao	Involucra a forquita (o epitelio vaxinal ou a pel perianal)
			2.º grao	Entre a forquita e o ano (compromete o corpo perineal)
			3.º grao	Involucra o complexo esfinteriano anal
			3.a	Lesión do esfínter externo < 50 %
			3.b	Lesión do esfínter externo > 50 %
			3.c	Lesión dos esfínteres externo e interno
			4.º grao	Lesión do esfínter anal e da mucosa rectal

A.7

Avaliación funcional da musculatura do solo pelviano

Para a avaliación clínica do diafragma pelviano da muller, utilizarase unha clasificación funcional homologable a criterios clínicos de disfunción da musculatura.

Co obxecto de valorar a capacidade contráctil desta musculatura realizarase un tacto ou **exploración vaxinal dixital**:

- Coa muller en decúbito supino, en posición de litotomía, introdúcense os dedos índice e medio cunha lixeira flexión, sepáranse 3 cm (apuntando aos puntos das 4 e 8 horas) e oriéntanse cara a dentro e cara abaixo, seguindo as fibras musculares do pubococcíxeo do elevador do ano.
- Pídeselle á muller que realice manobras de contracción e relaxación desta musculatura, con coidado de non involucrar os músculos sinérxicos ou antagonistas (os rectos abdominais, os adutores e os glúteos). Estas contraccións parasitas son frecuentes en mulleres cunha forza de contracción menor ou igual a 2.

Os resultados obtidos nesta sinxela e rápida avaliación, malia seren subxectivos, pódense obxectivar mediante a clasificación do **grao de contracción** e, para iso, dispoñemos de escalas como a de **Oxford** ou o acrónimo **PERFECT** (ver páxina seguinte). Esta valoración vai permitir detectar a existencia ou non de disfunción muscular e tamén permite aproveitar este momento para que a muller tome consciencia da MSP e realice correctamente os exercicios de contracción para reforzar, recuperar ou rehabilitar a forza, a resistencia e o ton da musculatura ou diafragma pelviano.

A **valoración PERFECT** permite valorar non só a **forza**, senón tamén a **resistencia**, a **fatigabilidade** (diminución da capacidade para realizar unha contracción muscular voluntaria máxima ou unha serie de contraccións repetitivas) e a **velocidade de contracción**. Esta valoración vai dar catro números; por exemplo, **4759** (a muller é capaz de manter unha contracción de grao 4 durante 7 segundos e repetila 5 veces seguidas e realiza 9 contraccións rápidas, logo dun descanso de 1 minuto). Esta información vai permitir personalizar o **PIRSP** e adaptalo á valoración da MSP desta muller neste momento e poder valorar máis tarde a súa eficacia, tras rematar o **PIRSP**.

Valoración da relaxación poscontracción: o achado normal é que a muller poida relaxar completamente a MSP despois dunha contracción. Pode que a relaxación tras unha contracción da MSP sexa **parcial**, **completa**, **retardada** ou **ausente**.

Acrónimo PERFECT

(P) Power ou forza puntúase a contracción muscular **voluntaria máxima** segundo a **Escala de Oxford modificada**

0 ► CERO	Función perineal obxectiva ausente á palpación ou con inversión do mandato. • ausencia de contracción*
1 ► MOI DÉBIL	Función perineal obxectiva ausente, recoñecible só á palpación como contracción moi débil ou flutuante. • contracción débil* (que se percibe como pestanexo ou pulsación, < 2 segundos).
2 ► DÉBIL	Función perineal obxectiva débil, recoñecible á palpación. • contracción débil* (sen elevación da parede vaxinal, < 3 segundos).
3 ► MODERADA	Función perineal obxectiva sen resistencia opositora á palpación mantida. • contracción moderada* (con elevación da parede vaxinal, 4-6 segundos... repetido 3 veces).
4 ► BOA	Función perineal obxectiva e resistencia opositora mantida. • contracción moderada* (con elevación da parede vaxinal contra resistencia, 7-9 segundos...4-5 veces).
5 ► FORTE	Función perineal obxectiva e resistencia opositora mantida con forte resistencia. • contracción forte* (con elevación da parede da vaxina contra unha resistencia máxima, > 10 segundos...4-5 veces).

(E) Endurance ou resistencia: tempo que se mantén a contracción máxima (sen perda de forza ata detectar unha perda do 50 % da forza, máximo 10 segundos).

(R) Repetitions ou repeticións: número máximo de repeticións da contracción (con intervalos de 4 segundos, ata un máximo de 10).

(F) Fast ou contraccións rápidas: tras un descanso dun minuto, valórase o número de contraccións rápidas que realiza de forma seguida durante 10 segundos (fatigabilidade).

(E) Elevation: prodúcese contracción en todos ou só en algún músculo? Observar deficiencias nos movementos.

(C) Co-contraction: cooperan os músculos do SP con outros músculos? De maneira sinérxica ou antagonista?

(T) Timing ou momento da contracción: prodúcese algunha actividade muscular involuntaria? (Por exemplo, ao tusir existe coordinación da MSP con diferentes partes do corpo?)

(*) Clasificación da *International Continence Society* (ICS)

A.8

Test de severidade de Wexner
(puntuación de gravidade da incontinencia fecal de Wexner)

FRECUENCIA					
	Nunca	Rara vez	Ás veces	Habitualmente	Sempre
Tipo de incontinencia					
	0	1	2	3	4
	0	1	2	3	4
	0	1	2	3	4
Precisa compresa	0	1	2	3	4
Afectación vida social	0	1	2	3	4

Rara vez < 1 vez ao mes
Ás veces 1 vez ao mes e < 1 vez á semana
Habitualmente 1 vez á semana e < 1 vez ao día
Sempre 1 vez ao día

A puntuación obtense mediante a suma das diferentes cuestións:
0 ► situación de normalidade
≥ 20 ► incontinencia fecal completa.

A.9

Hábitos de vida saudable

para a prevención das disfuncións do solo pelviano

Para manter e mellorar a saúde da poboación, débense ter en conta a xenética, os factores ambientais, o estilo de vida e a atención sanitaria.

Dentro da atención sanitaria, están os **programas de saúde**, que son ferramentas básicas que se promoven co fin de incidir positivamente na saúde da poboación. As mulleres son axentes de saúde para as súas familias e a comunidade onde se moven; por iso, cando se traballan temas de saúde con elas, dos esforzos investidos obtéñense resultados multiplicados.

O **estilo de vida** é un dos piares onde se sostén o benestar da persoa; xa que logo, as técnicas de **modificación de conduta** relacionadas coas medidas **hixiénico-dietéticas** son o primeiro elo terapéutico.

Numerosos estudos apuntan a factores relacionados co estilo de vida como favorecedores ou causantes das disfuncións ou patoloxías do SP.

Factores como a **obesidade**, o **estrinximento**, a **tose crónica**, os **traballos de forza física** (repoñedoras, mariscadoras...), a práctica de **deportes de impacto**, o **uso de faixas** ou o **envellecemento** son os favorecedores ou causantes das distintas disfuncións ou patoloxías. Tendo en conta que a máis frecuente delas é a **perda de urina**, pódese incidir neles e valorar ata que punto son **modificables** dentro do estilo de vida da muller e así previr, mellorar ou curar estes trastornos.

• A obesidade é un factor de risco independente para a incontinencia urinaria en mulleres maiores. Un IMC >25 relaciónase cunha maior prevalencia de incontinencia urinaria de esforzo, de incontinencia urinaria mixta e tamén coa severidade da incontinencia urinaria.	• O estrinximento tamén se asocia coa incontinencia urinaria, pola hipertensión intraabdominal continuada que supón para as estruturas pelvianas.	• As mulleres que realizan actividades laborais con esforzos intensos, xa que teñen máis risco de incontinencia urinaria e tamén de prolapso de órganos.	• O sedentarismo.
---	--	--	--

Manter en bo estado a musculatura perineal ten moito que ver co estilo de vida ao longo dos anos, é por iso que as **medidas hixiénico-dietéticas** básicas poden ter unha repercusión positiva na prevención e tratamento das DSP:

- **Coidar** o sistema xenito-urinario.
- **Evitar** o estrinximento e non forzar na defecación.
- **Manter** un peso adecuado.
- **Tonificar e fortalecer** a MSP.
- **Protexer** automaticamente o SP ante situacións de risco de aumento de presión intraabdominal.
- **Evitar** o tabaquismo.
- **Realizar** exercicio físico adecuado.

Estes deberían ser coidados preventivos que formen parte da vida diaria das mulleres para chegar á idade adulta e á vellez cun SP nas mellores condicións posibles.

A.9.1 Estratexias de prevención da

ATROFIA VULVOVAXINAL DEBIDA AO DÉFICIT ESTROXÉNICO

A **síndrome xenitourinaria da menopausa** afecta o 50-70% das mulleres posmenopáusicas e o 15% das mulleres na transición climatérica. É un conxunto de signos e síntomas asociados ao **déficit estroxénico** e doutras hormonas e inclúe cambios nos xenitais externos, na vaxina, na uretra e na vexiga urinaria (sequidade vaxinal, lubricación insuficiente durante a actividade sexual, dispareunia, proído, dor, sangrado poscoital, diminución do desexo sexual, disuria e urxencia miccional). A súa evolución é crónica e progresiva e **mingua significativamente a calidade da vida**.

CAMBIOS OCASIONADOS POLO DÉFICIT ESTROXÉNICO

- **Diminución da lonxitude da vaxina** e, en ocasións, **do diámetro e do grosor**.
- **Perda da elasticidade, do pelo pubiano**, así como **de graxa do monte de Venus e dos labios maiores**.
- **Atrofia do clítoris**.
- **Diminución da vascularización** (pasa a ter unha cor rosa pálido).
- **Sequidade vaxinal**.
- **Diminución dos lactobacilos** que ocasiona elevación do pH e alteración do equilibrio da microbiota vaxinal.
- **Aumento do crecemento bacteriano**.
- **Dor e sangrado** nas relacións coitais así como nas exploracións.
- Na uretra e na vexiga vai producir a **diminución da capacidade vesical e da presión do peche uretral con**:
 - ▶ Aumento de miccións, sobre todo durante a noite (nicturia).
 - ▶ Molestias ao ouriñar (disuria).
 - ▶ Incontinencia de urina.
 - ▶ Urxencia miccional.
 - ▶ Aumento de infeccións urinarias.
- **Maior susceptibilidade a irritantes químicos e físicos, traumas mecánicos e infeccións**.
- **Aparición de lesións na mucosa**: petequias, fisuras, ulceracións/laceracións e inflamación.

MEDIDAS DE AUTOCOIDADO QUE SE RECOMENDAN

- **Hixiene xenital externa con moderación** —abonda coa ducha diaria—, con ou sen xabón (específico) e auga morna. Hai que ter en conta que a hixiene pode constituír para a muller un coidado importante para aliviar a sensación de inseguridade ocasionada polas perdas de urina. **Evitarase o uso de irritantes vulvovaxinais**, como xabóns non axeitados, desodorizantes, pos perfumados, suavizantes na roupa interior, lubricantes non osmóticos, espermicidas.
- **Utilizaranse cremas** con efecto balsámico e con substancias dermo-reparadoras. As **cremas lubricantes e hidratantes** poden resolver a sequidade vaxinal e, na maioría dos casos, resolverán a dispareunia e mellorarán as relacións coitais.
- **A estimulación sexual frecuente favorece o fluxo de sangue á zona xenital** e pode axudar á saúde da vaxina. Ampliarase a panorámica do pracer sexual mediante masaxes, caricias, masturbación e autoestimulación.
- **Deben evitarse as piscinas moi cloradas.**
- **Corrección postural:** camiñárase mirando á fronte, tirando do cocote cara arriba. A maioría das mulleres camiña mirando ao chan, co que despraza o eixe do corpo cara ao perineo, cando debe situarse na columna vertebral.
- **Usarase roupa interior de algodón branca. Evitaranse os salva-slips;** se se precisan, que sexan de algodón. Mudarase a roupa interior diariamente. **Evitarase vestir prendas axustadas**, como braga-faixas, faixas abdominais, pantalóns moi axustados (reteñen a calor e a humidade e ademais favorecen que os abdominais se volvan preguiceiros e se atrofien, co que o SP será o único que amorteza, que sosteña).
- **Controlaranse as situacións que aumentan a presión abdominal**, como a tose crónica, tocar instrumentos de vento ou cantar, polo uso excesivo do diafragma e o esforzo abdominal que supón.
- **Activarase o AUTOMATISMO DE PROTECCIÓN ante calquera acción que implique un aumento brusco da presión intraabdominal** (saltar, correr, defecar, vomitar, soprar, tusir, esbirrar, levar pesos, realizar exercicios abdominais hiperpresivos etc.). Débese adquirir o **hábito de protección de contraer cara a dentro e cara arriba a musculatura abdominoperineal e manter a postura alongada**, ata a súa integración nas actividades diarias.
- **Practicarase exercicio físico normopresivo** (camiñar, nadar) **de forma regular** e diariamente os **exercicios de reeducación do SP.**
- **Evitaranse exercicios** que provoquen esforzos intensos, **con aumento da presión abdominal sobre o SP.**
- **O uso de conos vaxinais** ou de **bólas chinesas** tamén pode axudar a manter o ton do SP tras a valoración e o asesoramento por unha/un profesional sanitario.
- **Evitarase o consumo de tabaco e alcohol.** Existe unha asociación demostrada entre o hábito tabáquico e a incontinencia urinaria.
- **A terapia hormonal substitutiva (THS)**, local ou sistémica, se procede, con valoración profesional.

A.9.2 Estratexias de PREVENCIÓN DA INFECCIÓN DAS VÍAS URINARIAS

- A muller debe dedicarlle o tempo que necesite a **relaxar os músculos do arredor da vexiga** e así facilitar a micción e baleirar a vexiga completamente, sen forzar nin puxar.
- É mellor **sentar** no asento do inodoro ou poñerse **en crequenhas**.
- Irá ao inodoro sempre que sinta necesidade de baleirar a vexiga. A primeira sensación de ouriñar aparece aos 150-250 ml. **Debe ouriñar entre a 1.ª e a 2.ª sensación** (300 ml), e a máxima capacidade vesical é duns 500-600 ml.
- Durante o día, normalmente o **tempo entre unha micción e a seguinte debe ser de 3-4 h** (+/- 6 miccións/día, por exemplo, 8-11-14-17-20-23 horas).
- O **número de miccións nocturnas debe ser cero** ou, polo menos, non debe levantarse de forma asidua pola noite para ir ouriñar.
- É recomendable **realizar unha micción antes de deitarse e ao levantarse**.
- **Evitar o estrinximento**, as feces retidas premien e irritan a vexiga.
- **Ouriñar antes dunha relación sexual coital**. É conveniente a **micción e a hixiene tras o coito**.
- **Limpase de diante para atrás** despois de ouriñar ou de defecar para evitar a diseminación bacteriana. Non se utilizarán produtos de hixiene íntima que poidan irritar a uretra.
- **Restrinxir os alimentos e as substancias irritantes vesicais**: cafeína, teína, zume de pomelo ou tomate. O zume de arandos puro (sen azucre, nin edulcorantes), en comprimidos ou cápsulas, reduce o número de infeccións urinarias ao impedir que as bacterias se adhiran ás paredes da vexiga.
- **Non recomendar o uso de rutina de produtos absorbentes**, nin **dispositivos intravaxinais** ou **intrauretrais**.

INFORMACIÓN PARA QUE A MULLER REALICE A REEDUCACIÓN VESICAL (en base ao diario miccional)

En caso da incontinencia urinaria de urxencia: instruírase a muller para que **disocie o desexo miccional da acción de baleirado voluntario**, co fin de que restableza un patrón normal de micción, de que realice unha micción programada e aumente paulatinamente o intervalo de tempo (reeducación vesical). Para evitar a vexiga hiperactiva debe haber un tempo/volume mínimos.

En caso de **IUU** hai unha **ferramenta corporal para inhibir a urxencia urinaria**. Esta consiste en **non bloquear a respiración** e en deixar unha respiración libre (se o diafragma torácico está bloqueado en inspiración, está descendido) o que permite unha expiración suave e relaxada e realizar unha **activación do músculo TrA cara a dentro e cara arriba**, e por último ha de engadir unha **contracción da musculatura flexora das dedas**.

PAUTAS PARA A REEDUCACIÓN VESICAL

1. A muller **ouriñará cada certo tempo** (o tempo que se marca depende da frecuencia miccional da muller, consensuarase con ela).
2. Deberá ir **ouriñar teña ou non gana de facelo**. Non ouriñará nunca antes do horario fixado, aínda que teña gana. Se ten gana, deberá empregar técnicas de distracción (calquera actividade que requira concentración) e activar o TrA.
3. Cando a muller sexa capaz de manter os intervalos pautados entre miccións durante unha semana, **incrementarase o tempo entre miccións 15-30 minutos, ata chegar ás tres horas**.
4. **Ouriñar** pola noite **antes de deitarse** e pola maná **ao levantarse**.
5. A **duración** mínima da **reeducación vesical** será de **6 semanas**, tanto no caso das mulleres con **IUU** coma con **IUM** e no caso de **polaquiuria de protección**.
6. **Felicitarase a muller** polo seu esforzo, polo traballo ben feito e polos obxectivos acadados. Lembraráselle que debe manterse así e non volver atrás.

ALIMENTACIÓN E INGESTIÓN DE LÍQUIDOS ADECUADA

- Cómpre coñecer os **alimentos diuréticos** e saber que estimulan a función renal e aumentan a cantidade de urina, co fin de controlar a súa ingestión cando se padece incontinencia urinaria (cabaciña, melón, sandía, espárragos, endivias, uvas, néspersas, melocotón, alcachofa, apio, berenxena, coliflor, cebola...).
- Hai que controlar o consumo de bebidas que conteñan **alcohol** ou **cafeína**. O alcohol pode producir incontinencia, xa que interfere nos sinais nerviosos. O café e os refrescos de cola irritan o tracto urinario e poden aumentar a necesidade de ouriñar e as perdas involuntarias de urina.
- **Ingestión hídrica adecuada**, dun **litro e medio a dous de auga** ao longo do **día**, tendo en conta que unha ingestión hídrica abundante nas horas previas ao descanso nocturno se relaciona cun maior número de episodios de incontinencia urinaria, polo que, no caso de incontinencia urinaria, se limitará a ingestión a partir da merenda e reducirase o consumo de substancias excitantes (alcohol, café, té). Isto pode ter efectos beneficiosos sobre a urxencia miccional, aínda que non hai datos concluíntes.
- É importante **non diminuír a cantidade diaria de auga recomendada**, intentarase pautala polas mañás e reducirase a ingestión de líquidos pola tarde/noite. Reducir a ingestión de líquidos pode facer que a urina estea máis concentrada, o que levará a ouriñar con máis frecuencia xa que se agrava o problema da vexiga hiperactiva. Se se bebe demasiada auga, aumentará a urxencia miccional, polo que é recomendable **manter un equilibrio saudable**.

A.9.3 HÁBITO INTESTINAL

O **estrinximento** descríbese como unha diminución do ritmo defecatorio que provoca feces escasas e duras, acompañado de grandes esforzos para permitir a súa evacuación.

Se durante a defecación a muller realiza grandes esforzos, provoca un aumento importante da **presión intraabdominal** que propicia a **hipermobidade uretral**, o **desprazamento de órganos** e a **debilidade do SP**. Isto, sumado a outros factores, ocasionará a **perda da correcta función dos esfínteres**, polo que será urxente **tratar o estrinximento** para non agravar os problemas.

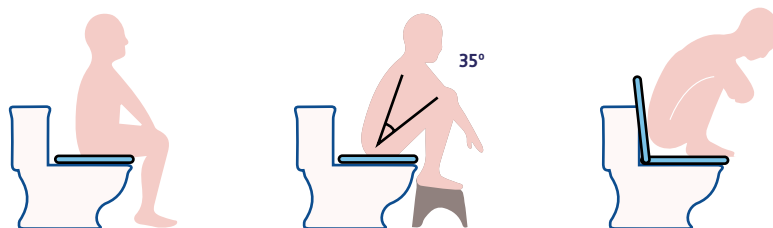
Maioritariamente **o estrinximento está provocado polos seguintes factores**:

- **Escasa inxestión de líquidos (sobre todo auga).**
- Alimentación con **escasa achega de fibra** e/ou **comida rápida**.
- **Cafeína e alcohol.**
- **Malos hábitos horarios** para acudir ao inodoro.
- Uso excesivo de **laxantes**.
- Consumo de **fármacos** que lentifican a evacuación.
- **Estrés.**
- **Sedentarismo e falta de exercicio físico regular.** A vida sedentaria con falta de actividade física está relacionada co estrinximento e coa lentificación do tránsito intestinal, o que favorece a debilitación da MSP.
- **Cambio de costumes:** viaxes, posición para defecar...
- **Embarazo.**
- **Envellecemento.**

RECOMENDACIÓNS PARA FAVORECER O TRÁNSITO INTESTINAL E DIMINUÍR O ESTRINXIMENTO

Consistirán basicamente en **cambiar algúns hábitos**:

- **Adoptar unha postura flexionada** (o ángulo entre tronco e xeonllos debe ser de 35 °) que facilite a defecación. Sentada no inodoro, poñer unha **banqueta debaixo dos pés** e as costas deben estar o máis rectas que se poida.



- **Facilitar a defecación sen ter que realizar puxos retendo o aire (manobra de Valsalva).** Empuxar mentres se realiza unha expiración lenta relaxa a musculatura, non xera tensión e facilita o descenso das feces sen que prema no SP.
- **Establecer un horario de rutina diaria** para lograr un **hábito de defecación regular**.
- **Non se inhibirá o desexo defecatorio** por falta de tempo ou por presentar algunha causa que produce dor ao realizar as deposicións, como poden ser as feces duras, as hemorroides ou as fisuras anais. Isto é un erro moi frecuente que se debe evitar, xa que contribúe á aparición e ao agravamento do estrinximento.
- **Alimentación rica en fibra**, inxestión media dun **litro e medio ou dous litros de auga/día**.
- **Realizar exercicio físico regular**, é recomendable camiñar de 30 a 60 minutos diarios.

A.9.4 ALIMENTACIÓN

A **dieta atlántica** é propia de Galicia, presenta moitos elementos en común coa **dieta mediterránea** e nela destaca o consumo de peixe, verduras e hortalizas propias da zona. Constitúen dous modelos distintos de dietas saudables. As tradicións, as variedades de cultivo e o consumo en función da contorna xeográfica marcan as diferenzas en canto a tradicións e patrimonio cultural.

Na **dieta atlántica**, dáse importancia non só aos alimentos consumidos, senón tamén á maneira en que son preparados. Esta baséase nunha alimentación **sen presión** (*slow cooking*), e na sinxeleza na preparación dos alimentos, co fin de **manter a calidade das materias primas e o valor nutritivo**.

O DECÁLOGO DE DIETA ATLÁNTICA RECOLLE 10 RECOMENDACIÓNS DE ALIMENTACIÓN SAUDABLE

- Consumo moi elevado de **peixes** (de mar e de río) e **mariscos** (moluscos e crustáceos) que constitúen a gran reserva actual natural do Atlántico. Recoméndase o consumo de peixe e marisco de **3 a 4 veces á semana** nas diferentes etapas da vida.
- Consumir alimentos **vexetais** en abundancia: cereais, patacas e legumes. As dietas ricas nestes alimentos constitúen a mellor maneira de conseguir un perfil calórico recomendado, no que un 50% da **enerxía** total consumida o sexa en forma de **hidratos de carbono complexos**, e tamén favorece unha maior achega de **fibra** alimentaria.
- Consumo elevado de **froitas** e **hortalizas**. Recoméndase entre as primeiras o consumo dunha ampla variedade destas, especialmente mazás e cítricos. De entre as segundas, é conveniente manter o consumo das do xénero brassica, de acordo cos hábitos de produción e consumo (repolo, verzas, grelos e nabizas), ademais de xudías, pementos, cebolas, cenorias, chícharos e allos.
- Utilización de **aceite de oliva** como principal graxa culinaria, especialmente como aderezo **en cru**. Débese limitar o consumo de graxas saturadas como aquelas de orixe animal e as procedentes de friames, embutidos etc.
- Consumir diariamente produtos **lácteos**. Son excelentes fontes de **proteínas de alto valor biolóxico**, **minerais** (calcio, fósforo etc.) e **vitaminas**. Adicionalmente, o consumo de **leite fermentado** está asociado a unha serie de beneficios para a saúde ao achegar microorganismos capaces de mellorar o equilibrio da **microbiota intestinal**. **No caso de ter algún tipo de alerxia ou intolerancia ao leite**, os alimentos como froitos secos e legumes poden achegar o calcio necesario. O **calcio** e as **vitaminas D e K** son elementos moi importantes para acadar unha óptima **saúde ósea**.
- O consumo de **carnes** é importante e debe facerse **con moderación**. Aínda que é un grupo moi heteroxéneo, en xeral achegan **proteína de moi alto valor biolóxico**, **ferro** altamente utilizable e equivalentes de **niacina**. O consumo excesivo pode ser prexudicial para a saúde. Débese limitar o exceso de carnes vermellas e procesadas. É recomendable, sempre que se poida, que se consuman as **carnes magras** e que formen parte de pratos a base de verduras, legumes ou patacas.

- Recoméndase a inxestión de **abundantes líquidos**, prioritariamente **auga** como bebida de excelencia.
- Gusto pola **sinxeleza na preparación dos alimentos**, para manter a calidade das materias primas e, polo tanto, o valor nutritivo. O emprego da cocción, da prancha, da fritura en aceite de oliva ou as técnicas de empanado non desvirtúan as características organolépticas e nutritivas das materias primas da dieta atlántica. Evitar os alimentos empanados e rebozados polo seu maior aporte calórico.
- Mantemento dos **hábitos alimentarios tradicionais atlánticos**. Saber comer e gozar diso.
- **Evitar o consumo excesivo de sal e de azucre.** Os alimentos envasados, precociñados, as bebidas azucradas e os alimentos ultraprocesados como as sobremesas industriais, adoitan ter moito azucre e moito sal.
- **Manter o peso dentro dos límites normais.** Canto maior sexa o IMC, máis peso ten que soportar o SP. A partir dos 60 anos de idade, recoméndase non baixar este valor a menos de 22 kg/m2.

Un grupo de investigadores da Universidade de Santiago analizou varias dietas e a súa **pegada de carbono**: a atlántica é a que menor pegada ten, ao ser unha dieta que avoga polo consumo de alimentos de tempada e de proximidade e, é ademais de ser saudable, é sostible co medio.

EVITAR HÁBITOS NOCIVOS:

- **Tabaco:** aquelas mulleres que fuman recibirán un consello claro, personalizado, sistemático e continuado para que o deixen. Usarase o material e as guías existentes para combater o tabaquismo e tamén se lles dará apoio emocional e psicolóxico se fose preciso. Fumar é un factor de risco porque ocasiona secrecións na gorxa e tose repetida e continuada.
- **Alcohol:** consumir bebidas alcohólicas é un factor de risco para o desenvolvemento de diversas enfermidades e unha causa de mortalidade prematura. O alcohol non forma parte da alimentación saudable.

A.9.5 ACTIVIDADE FÍSICA

As **Directrices da OMS (2020)** sobre a **actividade física e os hábitos sedentarios** son pertinentes para todas as persoas, sexa cal sexa a súa capacidade. As mulleres con enfermidades crónicas, con discapacidade, embarazadas e puérperas deben procurar seguir as recomendacións na medida das súas posibilidades e da súa capacidade.

- Para as idades comprendidas entre os 18 e os 64 anos:

- ▶ Acumular ao longo da **semana** un mínimo de entre **150 e 300 minutos de actividade física aeróbica de intensidade moderada** ou ben un mínimo de entre **75 e 150 minutos de actividade física aeróbica de intensidade vigorosa**.
- ▶ Realizar actividades de **fortalecemento muscular** de **intensidade moderada** ou **máis elevada** para traballar todos os grandes grupos musculares **dous ou máis días á semana**, xa que iso reporta beneficios adicionais para a saúde.
- ▶ **Limitar** o tempo dedicado a **actividades sedentarias**. Substituír o tempo sedentario por unha actividade física de calquera intensidade (mesmo leve) tradúcese en beneficios para a saúde.

- Para maiores de 64 anos:

- ▶ As persoas maiores ademais das **recomendacións anteriores** deben realizar **actividades físicas multicompoñente variadas** que dean prioridade ao **equilibrio funcional** e a un **adestramento de forza de intensidade moderada** ou **máis elevada** tres ou máis días á semana para mellorar a súa capacidade funcional e evitar caídas.

- Para mulleres durante o embarazo e o puerperio:

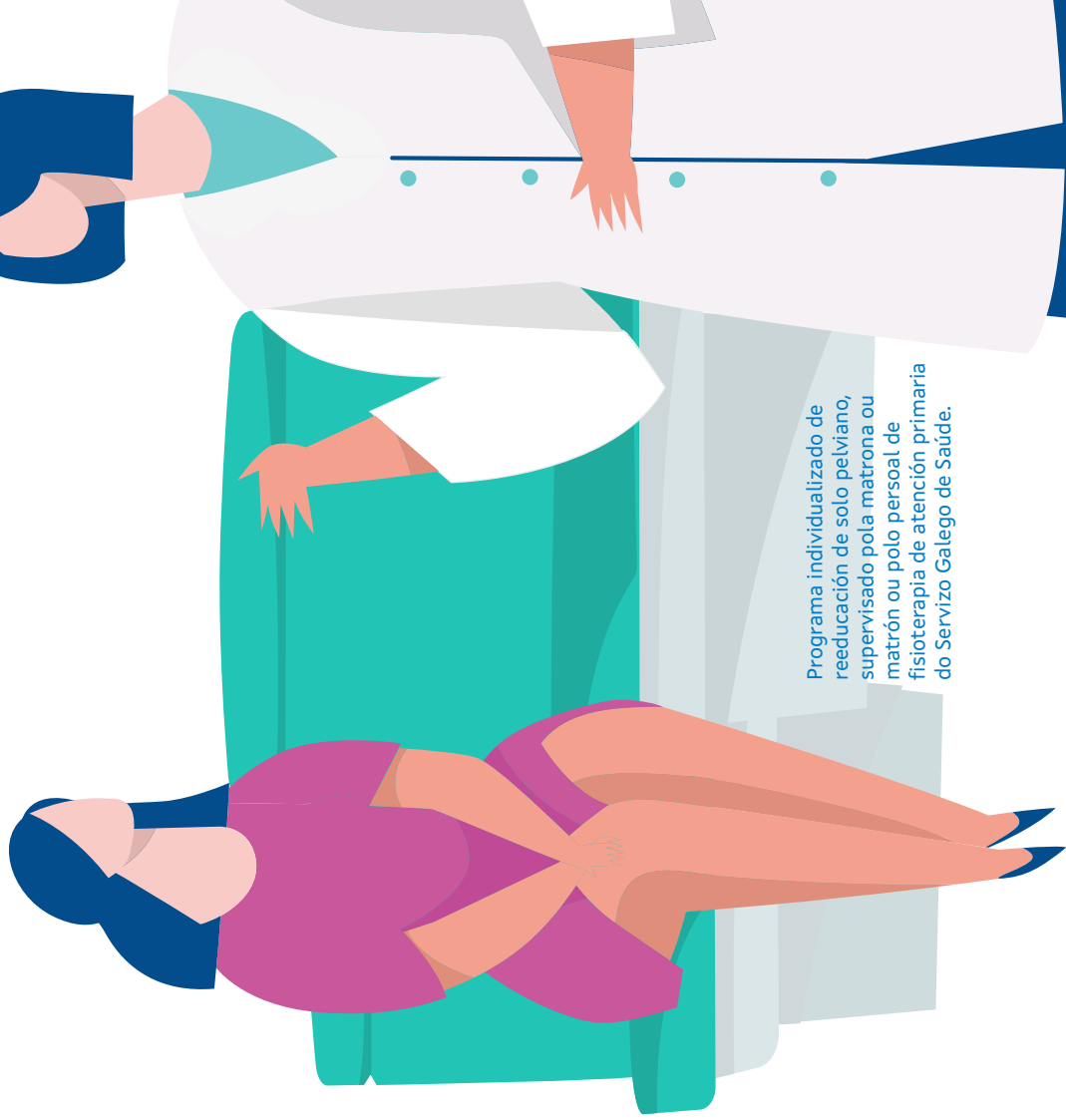
- ▶ Facer como mínimo **150 minutos de actividade física aeróbica de intensidade moderada cada semana** co fin de obter beneficios notables para a saúde.
- ▶ Incorporar varias **actividades aeróbicas** e de **fortalecemento muscular**. Tamén pode resultar beneficioso engadir **estiramientos moderados**.
- ▶ As mulleres que **antes do embarazo** practicasen unha **actividade aeróbica de intensidade vigorosa de forma habitual** ou fosen **fisicamente activas**, poden continuar ditas actividades durante o embarazo e o puerperio.
- ▶ As mulleres embarazadas e puérperas deben **limitar o tempo** que dedican a **actividades sedentarias**. Substituír o tempo sedentario por unha actividade física de calquera intensidade (mesmo leve) tradúcese en beneficios para a saúde.
- ▶ **Non se recomentan deportes** considerados **de alto impacto**: correr, aeróbic, levantamento de pesos, saltos etc. porque son os que máis se relacionan coas DSP debido, ao aumento que producen da presión intraabdominal, durante a súa práctica, que **sobrecarga negativamente o SP**. Se se suma a **respiración incorrecta**, con apneas e respiración contida, que ás veces se fan durante a práctica deportiva, **agrávase máis aínda o problema**.

A moitas persoas cústalles incorporar a actividade física á súa vida diaria. As escusas máis comúns son falta de tempo, por metas imposibles, falta de acompañamento etc.

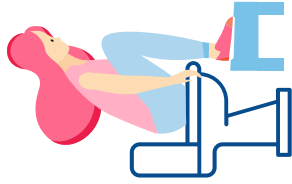
PAUTAS PARA A PRÁCTICA SAUDABLE DA ACTIVIDADE FÍSICA

1. Elixir unha actividade agradable e axeitada.
2. Establecer obxectivos realistas.
3. Ser constante.
4. Determinar a cantidade de actividade física que hai que facer.
5. Realizar actividades en grupo.
6. Facer unha autoavaliación.
7. Elixir a roupa e o calzado máis axeitados.
8. Seguir unha orde.
9. Aclarar as dúbidas que poidan xurdir.

Hábitos saudables para coidar o teu solo pelviano



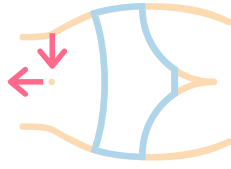
Programa individualizado de reeducación de solo pelviano, supervisado pola matrona ou matróñ ou polo persoal de fisioterapia de atención primaria do Servizo Galego de Saúde.



- 16. Intenta evitar o estrinximento.**
Mantén unha postura adecuada e non empuxes. Cos pes apoiados sobre un tallo, podes apoiar as mans no inodoro mentres soltas o aire pola boca. Sen présa!



- 17. Segue as recomendacións do/da profesional sanitario/a en relación ao hábito de orixinar (frecuencia, horarios e pautas). Lembra que para orixinar non hai que empuxar**



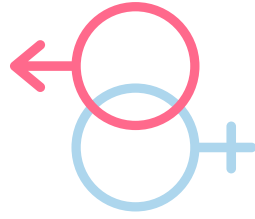
- 18. Cando tosas, rías, fales alto, grites, cantes, collas pesos..., mete o embigo cara dentro e arriba**



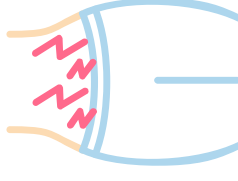
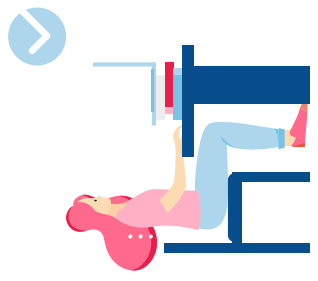
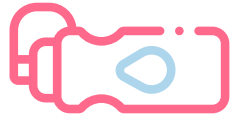
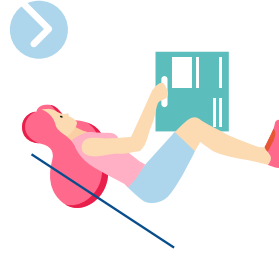
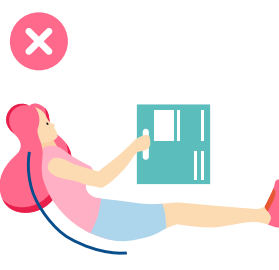
- 13. Se estás deitada, ponte primeiro de lado antes de erguer-te, nunca de fronte**



- 14. Evita realizar exercicios abdominais tradicionais**



- 15. A actividade sexual é saudable para o solo pelviano**

  1. Coida a túa postura: Mantén unha postura erguida e libre de tensión	 4. Procura comer san, cunha alimentación variada, equilibrada e rica en fibra.  7. Evita usar roupa que comprima o abdome, de maneira habitual	 10. Usa roupa interior de algodón branca e evita usar salvasilip
  2. Senta correctamente sobre os ósos inferiores da pelve	 5. Bebe de forma equilibrada ao longo do día. No caso de que teñas necesidade de orixinar de noite, evita beber 2-3 horas antes de deitarte. Evita os estimulantes da vexiga (té, café, alcohol, bebidas carbonatadas, cervexa ...)  8. Coida os teus pés: Masaxea as prantas dos pés cunha pelota pequena ou cun pau de escoba	 11. Practica exercicio físico regularmente  3. Lembra que sentar no chan, en lugares baixos ou poñerse en crequesas, favorece a elasticidade das cadeiras e é saudable para o solo pelviano
 6. Evita consumo de tabaco e alcohol	 9. Evita usar tacóns de máis de 3 cm.	  12. Cando collas pesos, ao agacharte flexiona os xeonllos mantendo a columna erguida. Ao transportar un peso faino con el pegado ao corpo

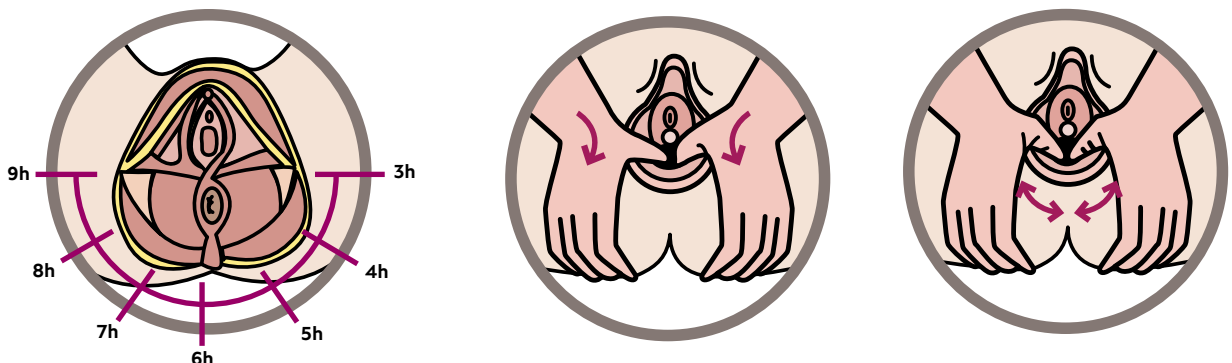
A.10

Masaxe perineal

RECOMENDACIÓNS PREVIAS Á MASAXE PERINEAL DURANTE O EMBARAZO

A masaxe perineal realizada durante o embarazo é unha técnica útil para previr traumatismos perineais, como as esgazaduras. Se se realiza **de forma diaria a partir das 32-35 semanas de xestación** (arredor das 34 semanas), conxuntamente cun **PIRSP**, axuda a diminuír as episiotomías, as esgazaduras graves e a dor posparto, e tamén favorece a integridade do perineo durante o expulsivo.

- **As uñas deben estar limpas e cortas.**
- Buscarase **un lugar cómodo** da casa e utilizarase un espello para poder explorar o perineo.
- Posición **semisentada**.
- Pódese comezar cun **baño quente** de 10 minutos ou aplicando **compresas quentes** na zona perineal para relaxala.
- **Lavar ben as mans.**
- **Lubricaranse** os dedos, a vaxina e o perineo cun lubricante acuoso.
- **No caso de automasaxe**, levarase a cabo co **dedo polgar** (co dereito para masaxear a parede lateral esquerda e co esquerdo para masaxear a parede lateral dereita) e, se llo fai outra persoa, utilizará os dedos índice e corazón, introducindoos ata a segunda falanxe.
- **Colocarase** o dedo dentro da vaxina (uns 3 ou 4 cm) imaxinando que o orificio da vaxina tivera as horas da esfera dun reloxo (ver a figura inferior). Premar co dedo o perineo en cada un dos puntos horarios (desde as 3 ata as 9), ata que a muller note un proído, e manter esta presión durante uns segundos. Logo, hai que desprazar os dedos premendo ao longo desta zona, estirando os tecidos da vaxina, os músculos do SP e a pel do perineo. Isto axudará a experimentar a sensación de presión da cabeza do feto sobre a zona.



- Durante a masaxe, **non hai que premer sobre a uretra** para evitar posibles infeccións de urina.

Convén practicar este masaxe unha vez ao día **ou un mínimo de 2-3 veces por semana**. **Logo dunha semana, deberíanse apreciar os resultados deste exercicio sobre o perineo e a vaxina: máis flexibilidade e menor resistencia ao estiramento.**

A.11

Características da musculatura do solo pelviano

A musculatura do solo pelviano está formada por:

- un **70%** de **fibras musculares tónicas TIPO I**, de **contracción lenta e mantida, gran resistencia á fatiga**, deseñadas para traballar durante períodos prolongados).
- un **30%** de **fibras musculares fásicas TIPO II**, de **contracción rápida e curta, moi fatigables**, gran potencia e **baixa resistencia**.

O feito de que **predominen as tónicas** demostra que se trata dun conxunto muscular con **función estabilizadora** fundamentalmente, e determina que para a súa reeducación as contraccións máis recomendadas son as de intensidade submáxima ou moderadas (lentas).

CARACTERÍSTICAS DA MUSCULATURA DO SOLO PELVIANO

1. **Ton basal/de repouso:** contracción permanente, mantén a estabilidade articular, o soporte das vísceras e o peche de esfínteres.
2. **Ton de actitude:** activación preprogramada do sistema nervioso. Antes dunha actividade fisiolóxica ou funcional, as fibras tipo I da MSP aumentan a súa activación. Considerado como un mecanismo anticipatorio coactivación.
3. **Ton de carga/acción:** aumento da actividade muscular.

TIPOS DE CONTRACCIÓN DO DIAFRAGMA PELVIANO

As **contraccións** que se poden xerar no diafragma pelviano (DP) poden ser de **3 tipos**:

- **Contracción reflexa:** como por exemplo durante o orgasmo, a tose ou o enchido vesical. Pódense provocar mediante o uso das bólas chinesas.
- **Contracción sinérxica (co-activación do TrA e do DP):** existe unha coactivación do TrA e do DP durante as actividades fisiolóxicas (por exemplo, respiración) e funcionais (por exemplo, levantar os brazos). Esta coactivación é necesaria para realizar as actividades que aumenten a presión intraabdominal, o que contribúe a lles dar estabilidade á columna lumbar e aos órganos pelvianos. Deben considerarse contraccións involuntarias.
- **Contracción voluntaria:** pódense realizar contraccións de intensidade submáxima ou máxima.
 1. **Contraccións "lentas" de intensidade submáxima (50-75 % da forza máxima)**, con tempos de contracción longos (5-10 segundos), moitas repeticións (unhas 10) e realizando unhas tres series como mínimo. As fibras musculares que son recrutadas son as **TIPO I**.
 2. **Contraccións "rápidas" de intensidade máxima (100 % da forza máxima)**, con tempos curtos (1-2 segundos), poucas repeticións (menos de 5) e durante **un par de series**. As fibras musculares que son recrutadas son as **TIPO II**.

A.12

Técnicas de reeducación do solo pelviano

1 Técnicas de REEDUCACIÓN CORPORAL E POSTURAL

Dentro deste apartado incluíranse todas aquelas **técnicas encamiñadas a mellorar o posicionamento dos segmentos corporais**, incidindo en **corrixir as alteracións que poidan repercutir na funcionalidade do SP**.

Cada vez, estáselle dando unha maior importancia a que o SP non funciona illado no corpo, senón que forma parte dunha armazón de estruturas corporais que están interconectadas e unhas inflúen nas outras.

A maioría dos músculos esqueléticos do corpo están directamente conectados por tecido conectivo fascial e forman cadeas miofasciais.

Entre o abano de métodos de reeducación postural na abordaxe das DSP, imos pór especial énfase nun adecuado coñecemento da **fisioloxía** como ferramenta indispensable para unha adecuada **reeducación funcional**.

Na reeducación do SP, hai que ter en conta que as **cadeas musculares** están constituídas por grupos musculares implicados nos ritmos corporais, tales como a respiración, interveñen no equilibrio do corpo e funcionan en ritmos de alternancia (inspiración-expiración) en posicións de carga ou antigrativatorias.

O **TrA** é moi sensible ao aumento de presión abdominal e reacciona ao descenso do centro frénico durante a inspiración. É responsable da contención da masa visceral, que se dilata sen prolapsarse durante a inspiración. Dirixe a presión cara á cúpula diafragmática e cara ás paredes laterais do tórax inferior, de xeito que pode elevar as costelas durante o movemento inspiratorio.

O **diafragma torácico** intervéñen na **estática vertebral**. Os alicerces do diafragma torácico utilizan a actividade do TrA que os mantén verticais, o que lle permite participar na erección da columna vertebral. A apertura da cúpula diafragmática torácica aumenta todos os diámetros torácicos durante a inspiración.

COMPORTAMENTO DO ABDOME DURANTE A RESPIRACIÓN

- Durante a inspiración abdominal en repouso, o abdome énchese sen prolapsarse. Se se prolapsase, a fisioloxía do diafragma torácico estaría comprometida.

Á inversa, unha contracción moi activa do TrA ten por efecto facer entrar esaxeradamente o abdome e dificulta a apertura da cúpula diafragmática.

Reeducar facendo o contrario do mal hábito adquirido, tanto nun sentido coma noutro. Pedir meter o abdome en caso de abdome prolapsado (ton baixo) e encher dando espazo á cavidade abdominopelviana cando a tendencia do abdome é cara á retracción (ton elevado).

A falta de control da presión intraabdominal que realiza o TrA repercute na fisioloxía do diafragma torácico, da respiración, do equilibrio, da columna vertebral e, finalmente, do SP.

MOVEMENTO DA COLUMNA LUMBAR DURANTE A INSPIRACIÓN

- Algunhas disciplinas ensinan o control da presión e a retrobáscula da pelve en inspiración, mentres que outras ensinan o contrario.

A idea é refuncionalizar e acadar o movemento xusto, logrando a súa reautomatización. Deste xeito, intégrase o TrA na mesma dinámica que a das cadeas posteroanteriores e anteroposteriores, cuxa principal característica é a alternancia.

En consecuencia, o principal **obxectivo da reeducación corporal e postural** será a de “quitar os freos” para favorecer esta ritmicidade entre as cadeas posteroanteriores e anteroposteriores, entre a inspiración e a expiración. Estes freos van ser diferentes en función da actitude postural que teña a muller.

2 Técnicas MIOFASCIAS ABDOMINAIS E PERINEAIS

A dor miofascial é a causa máis común de dor no SP e afecta, en gran medida, a calidade de vida das pacientes.

Existen unha serie de entidades nosolóxicas moi diferentes na súa orixe, pero cun aspecto común, a **síndrome da dor miofascial**: cistite intersticial, síndrome do elevador do ano, síndrome da urxencia-frecuencia, endometriose, síndrome piriforme, vulvodinia, coccigodinia, colon irritabl e dor das cicatrices.

A **indución miofascial** é unha das técnicas de terapia manual centrada na restauración da función alterada do tecido fascial. É unha terapia global que combina o efecto mecánico sobre o tecido e o efecto bioquímico (mecanotransducción), que favorece a súa remodelación e produce un aumento da elasticidade (elastina) e unha diminución do exceso de coláxeno e miofibroblastos na zona de cicatrización hipertrófica ou queloide.

O tratamento miofascial non consiste en realizar un estiramento, senón máis ben en **axustar a tensión** de todos os elementos da estrutura corporal, o que inflúe sobre os receptores intersticiais do sistema extralemniscal e busca **recuperar o equilibrio** do corpo ao provocar unha reorganización do ton muscular e, como consecuencia, un equilibrio no sistema fascial. Como ocorrería nos raios dunha bicicleta: para que a roda volva á normalidade, haberá que tensar uns raios e afrouxar outros.

3 Técnicas ARTICULATIVAS DA PELVE

É importante prestarlle especial atención á rearticulación, flexibilización e normalización de tensións de toda a cintura lumbopelviana por dúas razóns de peso:

- Por un lado, aproximadamente **diante de S2** encóntrase o **centro de gravidade do corpo**.
- Por outro lado, a pelve está sometida ao **cruzamento de todas as cadeas musculares e articulares** do corpo. Tendo en conta o sentido craniocaudal e as cadeas posteroanteriores e anteroposteriores, existe unha forza descendente (a forza de gravidade) e outra ascendente (de reacción ao contacto/apoio dos membros inferiores contra o chan). O equilibrio destas forzas é importante na funcionalidade do SP e na globalidade do corpo. Se a pelve non está en harmonía por un desequilibrio entre todas estas forzas, poden aparecer desequilibrios articulares, musculares, fasciais, ligamentosos... como mecanismo de compensación, o que co paso do tempo orixinará tensións e bloqueos dolorosos e/ou limitantes en calquera das estruturas da esfera pelviana.

Os ósos que conforman a pelve son tres: coxal ou ilíaco, sacro e cóccix. Os ilíacos son ósos pares e están articulados a través das articulacións coxofemorais cos membros inferiores. O sacro-cóccix son ósos únicos e forman parte da columna vertebral. Na forma de funcionar, o sacro vai coa cadea articular da columna e os ósos ilíacos cos membros inferiores.

O **marco óseo da pelve** condiciona a funcionalidade do SP, e é importante estruturar unha pelve ósea en equilibrio de tensións antes de normalizar as tensións da MSP.

A **articulación coxofemoral** é a articulación con maior mobilidade e está intimamente relacionada co SP a través da musculatura pelvitrocantérea. Con relación ao tratamento, podemos aproveitar a súa amplitude para flexibilizar ao mesmo tempo varias articulacións, ligamentos, músculos, tendóns, fascias... Os movementos e a circundución/rotación rítmicos da cadeira con flexión de xeonllo en decúbito supino e/ou lateral son un exemplo de técnica polivalente, ao tempo que moi cómoda e relaxante para a paciente. En decúbito prono, os movementos en rotación interna/externa de cadeira (con movementos rítmicos, contraccións isométricas...) facilitan a flexibilización multiestrutural.

Non se debe esquecer que a alteración na posición e/ou grao de tensión nalgún dos elementos que conforman a pelve xerará cambios nas estruturas veciñas, cambios que poden dar orixe a patoloxías se se manteñen no tempo. É por iso que hai que ver a paciente como un todo, relacionando todas as pezas anatómicas entre si.

Así mesmo, non debemos restarlles importancia ás **disimetrías dos membros inferiores**. Na posición bípede, unha diferenza de lonxitude dun dos membros inferiores xerará unha alteración na estática e na dinámica da pelve e do perineo e ocasionará alteracións da mobilidade articular e tensións dos tecidos brandos. De aí a importancia dunha radiografía anteroposterior da pelve en posición bípede.

As técnicas máis globais non deben desprazar ás máis analíticas, aquelas cuxo obxectivo é unha estrutura determinada.

É de vital importancia **desbloquear a sínfise pubiana** ou o **cóccix**, tan frecuentemente mal posicionados á vista nunha radiografía simple en posición bípede. Para iso podemos incluso valernos de **técnicas intracavitarias manuais** para axudar, por exemplo, a traer o cóccix á súa posición normal, cun alivio case inmediato de tensións e/ou dores na zona da lámina sacro-recto-xénito-púbica.

4 Técnicas de **REGULACIÓN DO AUMENTO DO TON** e técnicas de **MASAXE PERINEAL EXTERNO E INTERNO**

Manobras ou manipulacións realizadas coas mans pola/o fisioterapeuta sobre os tecidos brandos, co obxectivo de producir un efecto mecánico directo sobre eles, reflexo sobre o sistema nervioso e a distancia sobre os órganos veciños.

Para acadar isto poderemos empregar **diversas técnicas**, como son:

- A **relaxación miofascial**.
- Tratamento directo dos **puntos gatillo**.
- **Técnica de Sherrington** de contracción-relaxación.
- **Trazos lonxitudinais ou transversais** ao longo de zonas acurtadas ou contraídas.

Resulta importante o traballo das cicatrices que poidan estar retraídas ou con molestias á palpación.

Os obxectivos que se perseguen con estas manobras son:

- A vasodilatación local.
- O aumento da temperatura local.

Na zona muscular, mellora a osixenación e a irrigación, o que mellora o seu trofismo, normaliza o ton muscular, produce unha activación do traballo muscular posterior (diminúe e atrasa a fatiga), e tamén favorece a liberación de histamina e acetilcolina (mediadores da relaxación, do benestar e alivio da dor) etc.

5 Técnicas MANUAIS ENDOCAVITARIAS DO SOLO PELVIANO

Son unha opción terapéutica que, mediante unha abordaxe intracavitaria, pode perseguir distintos obxectivos terapéuticos: traballar a contracción muscular, reducir o ton, tratar os puntos gatillo ou algunha cicatriz...

Estas técnicas realízanse mediante tacto **intravaxinal e/ou intraanal**, empregando dous dedos ou un. Desta maneira, pódense traballar distintas estruturas musculares, fasciais ou articulares ás que é difícil acceder desde o exterior.

Poden realizarse técnicas de masaxe, de estiramento, de mobilización, miofasciais etc., con diferentes obxectivos.

Nalgúns casos é necesario recorrer a unha abordaxe intracavitaria, cos seguintes **obxectivos terapéuticos**:

- Facilitar a aprendizaxe e a realización dunha correcta contracción muscular á hora do traballo muscular, coa axuda propioceptiva que dirixe esa contracción.
- Tratar os puntos gatillo para baixar o ton.
- Tratar as cicatrices.
- Mellorar a circulación local, flexibilizar os tecidos, traballar a propiocepción, e a activación muscular.

En **fase de tonificación e potenciación muscular** temos que:

- a) Exercer resistencia manual para solicitar unha maior forza de contracción.
- b) Traballar a contracción muscular durante tempos máis prolongados, cun estímulo propioceptivo que facilite o traballo de resistencia.
- c) Mellorar o ton.

6 Técnicas de BIORRETROALIMENTACIÓN PARA A REEDUCACIÓN FUNCIONAL DOS MÚSCULOS DO SOLO PELVIANO

Existen varios tipos de biorretroalimentación para a reeducación da MSP:

1. **Biorretroalimentación** a través dun equipo electrónico con eléctrodos de superficie e/ou internos que captan os cambios de presión muscular. Permítelle á muller recibir información destes cambios transformada nun sinal luminoso, acústico ou gráfico.

2. **Biorretroalimentación manométrica (perineómetro de Kegel).** Kegel partiu da hipótese de que a presión que se xera na MSP é o reflexo da contracción da MSP. O método consiste nun manguito de goma unido a un manómetro que, introducido na vaxina, permite rexistrar os aumentos de presión, de forma que a muller é capaz de comprobar a forza que realiza. Serve para identificar e medir a forza da MSP e para avaliar os progresos do adestramento. A presión rexistrada na cavidade vaxinal non corresponde só á contracción da MSP, senón que a ela se lle suma a presión intrabdominal. Polo tanto, o perineómetro só pode ser utilizado en posición horizontal.
3. **Biorretroalimentación mediante autopalpación e/ou dispositivos intravaginais:**
 - ▶ **Tubos intravaginais de pírex:** de diferentes calibres e en cuxo interior se poden colocar diferentes substancias (area, auga...). É un tipo de biorretroalimentación rudimentario pero eficaz. A muller en decúbito supino, cos membros inferiores flexionados e os pés apoiados, introduce o tubo que mellor se axuste ao seu calibre vaxinal, deixando parte deste fóra da vaxina, onde colocará a súa man. En posición de repouso, o eixe que forma o tubo co eixe horizontal que pasa polos glúteos é un ángulo de 45° aberto cara diante. Cando se contrae a MSP, o extremo inferior do tubo pasa á horizontal. Se a muller contrae a musculatura abdominal cun pulo caudal exercendo un patrón de puxo, o tubo será expulsado da vaxina. Isto permite a aprendizaxe dunha correcta realización do exercicio.
 - ▶ **Outros dispositivos:** conos vaginais, bólas chinesas, exercitadores do SP...

7 Técnicas de ELECTROTERAPIA DO SOLO PELVIANO

A electroestimulación busca estimular as fibras nerviosas para actuar sobre as fibras musculares producindo contraccións da MSP. Pode ser **superficial** (con eléctrodos de superficie) ou **interna** (con eléctrodos intracavitarios).

A electroestimulación emprégase en combinación con outras técnicas e, en raras ocasións, utilízase de xeito illado.

O mecanismo de acción prodúcese fundamentalmente a través da activación reflexa, polo que é imprescindible que o arco espinal estea íntegro.

Na actualidade as **correntes** máis empregadas son as **bifásicas simétricas**. Selecciónase a frecuencia e a amplitude do impulso para obter diferentes resultados.

As distintas aplicacións da electroestimulación permiten acadar os seguintes **obxectivos**:

- **Inhibición da hiperactividade vesical en urxencias miccionais/anais ou a IUU:** estase a empregar con moita frecuencia a **electroestimulación do nervio tibial posterior**, das **raíces sacras** ou de forma **intracavitaria** cunha sonda vaxinal.
- **Activación muscular:** podemos traballar de maneira selectiva os diferentes **tipos de fibras** en función dos obxectivos formulados na reeducación:
 - ▶ Se queremos **aumentar o ton de base, a resistencia á fatiga e os esfínteres**, utilizaremos parámetros que estimulen as **fibras TIPO I**.
 - ▶ Se queremos **gañar forza muscular**, debemos estimular as **fibras TIPO II**.

- **Mellora da propiocepción:** pódese empregar en mulleres **incapaces de realizar contraccións da MSP de xeito voluntario**. É importante que a muller se concentre en percibir a contracción provocada polo estímulo eléctrico e pedirlle que participe de forma activa nas contraccións provocadas pola electroestimulación. Cando o estímulo inicie a contracción, a muller debe intentar sumarse de maneira voluntaria a esta.
- **Diminución da dor.**

As DSP susceptibles de tratamento con electroestimulación son:

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • IUE. • IUU. • Síndrome de urxencia miccional. • Incontinencia urinaria mixta (IUM). • Disfuncións anorrectais: incontinencia de feces, gases, alxias anorrectais. | <ul style="list-style-type: none"> • Patoloxías dolorosas localizadas na zona pelvipereineal. • Ton elevado ou diminuído da MSP. • Anorgasmia. |
|---|---|

As **contraindicacións para a estimulación eléctrica** son: proceso infeccioso ou solución de continuidade, embarazo, neoplasias na rexión próxima á zona de tratamento, menstruación, hemorraxia, prolapso xenital moi importante, dispositivos intrauterinos con compoñentes metálicos e endometriose (esta última, de xeito relativo).

8 Técnicas de TERMOTERAPIA E CRIOTERAPIA PERINEAL

A **termoterapia será de especial utilidade antes das técnicas manuais** para acadar unha vasodilatación, relaxación e analxesia local dos tecidos brandos, o que facilita o traballo manual sobre eles.

9 Técnicas de ULTRASÓN E LÁSER NA ZONA PERINEAL

Poden ser de utilidade no caso de cicatrices para favorecer o correcto proceso de cicatrización.

10 EXERCICIOS FUNCIONAIS E RESPIRATORIOS para reeducar a propiocepción e coordinación dos músculos do solo pelviano. Técnicas de **INTEGRACIÓN DO SOLO PELVIANO NAS AVD**

Os exercicios do SP integranse en exercicios con outros grupos musculares, como o músculo TrA (coactivación abdominopelviana), o diafragma torácico ou os músculos de membros inferiores como os cuádriceps.

Tamén temos que integrar a contracción abdominopelviana nas AVD e nas actividades deportivas e laborais. Diversos estudos demostraron que existe relación entre a actividade da **MSP**, da musculatura **abdominal profunda** e do **diafragma torácico**. Así, podemos observar como a tose, a expiración forzada e a realización de contraccións máximas do SP activan os músculos abdominais, sobre todo o transversal abdominal.

Polo tanto, é importante fomentar a **reeducación global** (asegurando previamente a integridade de ambos os dous grupos musculares e o modo en que se solicita a contracción abdominal) para que, ante aumentos da presión intraabdominal da vida diaria, se produza unha adecuada repartición das presións co fin de evitar hiperpresións mal dirixidas cara á parte anterior do perineo.

O SP e o **diafragma pelviano** tapizan o orificio inferior da pelve menor. O diafragma pelviano como elemento estruturante do SP funciona como un diafragma e, como tal, está en constante adaptación e movemento en función da respiración, das presións intraabdominais...

Así mesmo, o diafragma torácico tamén tapiza o orificio inferior da caixa torácica, e ten un rol indiscutible na respiración. Por último, tamén podemos falar dun terceiro **diafragma**, o **cervical**, que corresponde ao solo da boca e conecta o occipital co óso hioideo. Estes tres diafragmas presentan unha indiscutible relación no seu funcionamento e, polo tanto, cando falamos de SP tamén debemos relacionalo con outras estruturas corporais, como son os diafragmas e o conxunto de **cadeas musculares, articulares e fasciais** que se cruzan a nivel da pelve.

É importante reeducar e integrar un bo uso da respiración, e para iso hai que observar cal é o patrón respiratorio, xesto ou acción respiratoria que pode provocar repercusións negativas sobre o SP e reeducalo co fin de **mellorar o patrón respiratorio**.

É importante liberar os espazos respiratorios do corpo, mobilizando cos volumes respiratorios as cavidades torácica e abdominopelviana.

Outra estrutura fundamental para a reeducación do SP é o **músculo TrA** que funciona en coactivación co SP, ao se tratar dun bo aliado para a súa reeducación.

Existen outras técnicas e métodos para adestrar a musculatura profunda do abdome:

- **Método pilates (CORE stability):** baséase no fortalecemento, na estabilidade, no control muscular, na postura e na respiración.
- **Método de Gasquest:** describe diferentes posturas derivadas do ioga, activa a MSP seguido dunha autoelongación da columna vertebral e dunha expiración a volume corrente.
- **Método abdominal-global de Luc Guillarme:** baséase en recuperar a competencia do abdome que asegure durante os esforzos a orientación das presións intraabdominais. A contracción abdominal realizada de forma eficaz e sinérxica cunha expiración activa protexe o SP.
- **Ximnasia abdominal hipopresiva de Marcel Caufriez:** ten como obxectivo reeducar a postura, o que lles permite aos músculos transversal-abdominal, oblicuo interno e aos músculos do SP aumentar o seu ton basal, relaxar o diafragma e diminuír a presión intraabdominal.

A.13

Programa individualizado de reeducación do solo pelviano

EXERCICIOS PARA MELLORAR A SAÚDE DO SOLO PELVIANO

A continuación, preséntanse un conxunto de **dipticos** con exercicios para mellorar a funcionalidade do SP, co fin de que as **matronas** ou os **matróns** e as/os **fisioterapeutas de atención primaria**, poidan recomendárrellos, de xeito individualizado, ás mulleres cunha DSP ou con algún factor de risco de padecela. Estes exercicios recoméndanse dentro dun **PIRSP** e serán supervisados polas/os profesionais que desenvolven o **Programa de abordaxe das disfuncións do solo pelviano feminino en atención primaria**, ata a súa correcta realización por parte da muller.

Os exercicios propostos, para realizar de xeito individual na consulta ou nas sesións de grupo, agrúpanse en:

1. Exercicios para **favorecer a toma de consciencia corporal**.
2. Exercicios **respiratorios e de mímica da respiración**.
3. Exercicios que **favorecen o equilibrio de tensións nos diafragmas**.
4. Exercicios de **liberación da fascia plantar e de activación da musculatura das dedas***.
5. Exercicios de **flexibilización das cadeiras**.
6. Exercicios de **relaxación da musculatura da boca***.
7. Exercicios de **contracción e relaxación da MSP**.
8. Exercicios para **xestionar a presión intraabdominal e para activar o músculo TrA**.

* No referente á proposta dos exercicios de liberación da **fascia plantar** e de relaxación da **musculatura orofarínxea**, aínda que a día de hoxe non hai suficiente evidencia científica que os relacione coa mellora da funcionalidade do SP, na práctica clínica ponse de manifesto que, descentralizar o traballo da MSP mellora a súa funcionalidade. Polo tanto, o grupo de traballo que elaborou esta Guía, decidiu incluír unha proposta de exercicios para liberar a fascia plantar e relaxar a musculatura da boca.

PROPOSTA DE EXERCICIOS COMÚNS E ESPECÍFICOS SEGUNDO A DISFUNCIÓN DO SOLO PELVIANO

• EXERCICIOS COMÚNS

- ▶ Respiratorios ou de reeducación respiratoria e de relaxación.
- ▶ Traballo corporal: exercicios que favorecen o equilibrio de tensións nos diafragmas.
- ▶ Mobilidade e flexibilidade articular: columna vertebral, tórax, pelve e coxofemorais.
- ▶ Toma de consciencia do perineo e abdome profundo.
- ▶ Exercicios para xestionar a presión intraabdominal e para activar o músculo TrA.

• EXERCICIOS ESPECÍFICOS SEGUNDO A DISFUNCIÓN DO SOLO PELVIANO

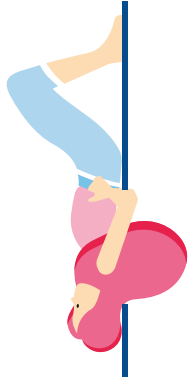
- ▶ **Aumento do ton**
 - Exercicios de **liberación** dos diferentes **diafragmas**: orofarínxeo, torácico, perineal e **bóveda plantar**.
 - **Respiración abdominal** dando espazo e amplitude á cavidade abdominopelviana, relaxar o ton do diafragma torácico e relaxar a MSP (a través da respiración e da relaxación dos diferentes diafragmas).
 - Exercicios de **liberación** da **musculatura perioral** e da **mastigación**.
 - **Masaxe perineal**.
- ▶ **Diminución do ton/puerperio/IUE**
 - Exercicios para xestionar a **presión intraabdominal** e para activar o **músculo TrA**.
 - Reeducación das **sinerxías musculares**, activación do diafragma perineal e do TrA.
 - Coidados do **pé**: mellorar a mobilidade articular, masaxe plantar e activación da musculatura intrínseca do pé.
- ▶ **Prolapso dos órganos pelvianos**
 - Reeducación das **sinerxías musculares**, activación do diafragma pelviano e do TrA, en posición de corrección do prolapso.
- ▶ **Diastase de rectos**
 - Exercicios para xestionar a **presión intraabdominal** e para activar o **músculo TrA**.
 - Reeducación das **sinerxías musculares**, activación do **diafragma perineal** e do **TrA**.



ACTIVACIÓN DO MÚSCULO TRANSVERSO DO ABDOME

Deitada cara arriba coas plantas dos pés apoiadas, coloca as túas mans na parte baixa do abdome. Respira libremente e sente o movemento abdominal sen facer forza.

- Despois de cada un dos seguintes exercicios, exhala suavemente relaxando a contracción.



1. Inspira intensa e rapidamente polo nariz (sorber) e sente o que pasa debaixo das túas mans.

2. Inspira intensa e rapidamente pola boca (sorber por unha palla) e sente o que pasa debaixo das túas mans.

3. Inspira empuxando cos pés contra o chan e sente coas túas mans que pasa no abdome.

4. Coloca os brazos en posición autoabrazo. Realiza unha **inspiración intensa apoiando os pés e separando os cónados do corpo** (cara ao teito). Que sentes?



ACTIVACIÓN DA MUSCULATURA DO TRANSVERSO DO ABDOME E DO SOLO PELVIANO

1. En calquera posición, con respiración libre:

- **Recolle** o abdome **cara a dentro e cara arriba** coa idea de subir unha cremalleira desde a pube ao embigo coa musculatura abdominal **e sente como se activa** tamén a **musculatura do solo pelviano**. Mantén uns segundos.
- **Relaxa** e nota como descende a activación lentamente.

2. Realiza o **mesmo exercicio subindo a cremalleira ata as costelas**, que se abren en forma de cúpula:

- Podes facer o exercicio ao mesmo tempo que **colles aire**.
- **Relaxa** mentres expulsas lentamente o aire pola boca e nota como descende a activación.

3. De pé, pon as mans na parte baixa do abdome. Desde os nocellos, **despraza o teu corpo en bloque cara atrás, como se unha forza te empuxara para atrás**. Sente como se activa o abdome baixo as mans.



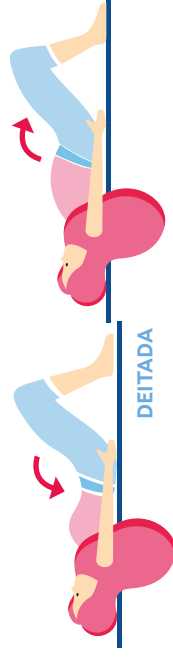
Programa individualizado de reeducación de solo pelviano, supervisado pola matrona ou matróon ou polo persoal de fisioterapia de atención primaria do Servizo Galego de Saúde.

☰ TOMA DE CONSCIENCIA DA PELVE ÓSEA

- **De pé ou sentada**, toca coas dúas mans o **contorno dos ósos da túa pelve** (primeiro un lado, logo o outro) e remata percutindo por detrás o teu sacro.
- **Sentada sobre unha cadeira**, coloca a túa man baixo un isquion, sinte o seu peso e retíraa cara atrás. Repite co outro isquion. Relaxa a túa columna.
- **Sentada no chan**, móvete arrastrando o cu, apoiado nos isquions, e avanza cara adiante e logo retrocede cara atrás.
- **Imaxina** un rombo cos isquions aos lados, por diante a pube e por detrás o cóccix. Sinte o teu solo pelviano dentro deste espazo.

☰ MOBILIDADE PELVIANA

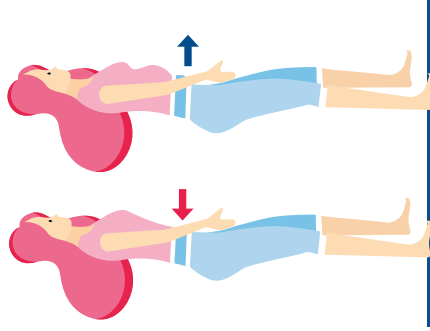
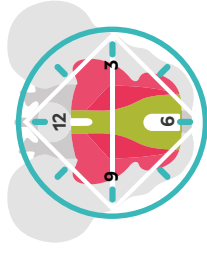
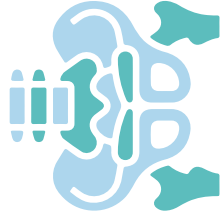
- En calquera posición, **roda a túa pelve** cara atrás reducindo a curvatura lumbar e cara adiante devolvendo a curva lumbar.



DEITADA

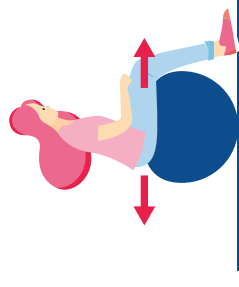
DE PÉ

- Sentada, sinte o contacto do teu solo pelviano cando realizas este movemento. Repite as veces que sexan suficientes para ti.



DE PÉ

DEITADA

SENTADA
(nunha cadeira ou nunha pelota)

☰ TOMA DE CONSCIENCIA DO SOLO PELVIANO

- A sensación de movemento do **solo pelviano profundo** é similar ao movemento das ás dos paxaros cando voan, arriba e abaixo, libre e suavemente, sen apenas esforzo.
- **Deitada boca arriba coas mans sobre o abdome** e cunha respiración consciente e non forzada, sinte coas mans os movementos cara a dentro do abdome e concéntrate en notar o que pasa no teu solo pelviano. É unha sensación como se algo aspirase o embigo cara a dentro e cara arriba ao mesmo tempo. Pouco a pouco, vaise percibindo ese movemento libre arriba e abaixo.



☰ TOMA DE CONSCIENCIA DO ABDOME PROFUNDO E DO SOLO PELVIANO

- Deitada de lado**, coloca as **mans na parte inferior do abdome** cara ao **lado superior**. Relaxa o abdome e mantén unha **respiración libre**.

- Realiza unha **contracción do solo pelviano cara a dentro e cara arriba**. Sinte como o abdome profundo tamén se contrae suavemente e como se afasta das túas mans cara a dentro (é o músculo transverso do abdome). **Relaxa** e volve lentamente ao estado inicial.

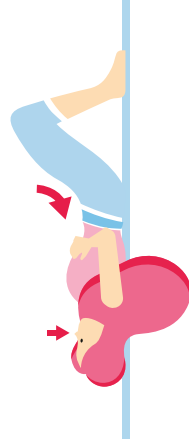
- É unha contracción leve que non impide a respiración libre nin falar mentres mantés a contracción.

- En **calquera posición**, imaxina que intentas subir unha cremalleira desde a túa pube cara ao teu embigo (a musculatura abdominal móvese cara a dentro, de abaixo cara arriba).

- Sinte como tamén se activa o teu **solo pelviano** cara a dentro e cara arriba.
- Mantén esta **contracción** uns segundos e **descende lentamente**.
- Repite as veces que sexan suficientes para ti.

FLEXIBILIZAR O DIAFRAGMA TORÁCICO

- Escolle** unha posición cómoda para ti: deitada boca arriba, sentada ou de pé.
- Inspira** dirixindo o aire cara ao abdome.
- Mantendo ese volume de aire sen facer nada coa respiración (en **apnea**):
 - Dirixe** ese volume de **aire ao espazo torácico** (o abdome diminúe de tamaño).
 - Devolve** ese mesmo volume **cara ao abdome** (o tórax descende).
 - Realiza 1-2-3 mobilizacións** e descansa prestando atención ás sensacións corporais tras realizar o exercicio (**toma de consciencia**).
- Repite** as veces que sexan suficientes para ti.
- Podes** realizar o mesmo exercicio mobilizando o **tórax-abdome** sen necesidade de asocialo á inspiración.



DISOCIAR TÓRAX E ABDOME

- Escolle** unha **posición cómoda** para ti: deitada boca arriba, sentada ou de pé.
- Coloca** as túas **mans** a ambos os lados das **costelas inferiores**.
- Inspira** dirixindo o aire cara ás túas mans **abrindo as costelas**. Sinte como o abdome entra e ascende.
- Mantén** as costelas abertas estáticas durante o seguinte proceso:
 - Continúa **inspirando e expirando** con pequenos movementos do abdome. Durante a inspiración, mete o **abdome cara a dentro e cara arriba**. En expiración, relaxa suavemente.
 - Sinte como se activa o teu **solo pelviano máis profundo**.
 - Repite** as veces que sexan suficientes para ti.

Exercicios para mellorar a saúde do solo pelviano

Respiración



Programa individualizado de reeducación de solo pelviano, supervisado pola matrona ou matróon ou polo persoal de fisioterapia de atención primaria do Servizo Galego de Saúde.



RESPIRACIÓN

En todos os exercicios, inspira polo nariz e expira coa boca aberta e relaxada (como para embazar un cristal e tamén se pode deixar saír un son suave: "haa"). Repite as veces que sexan suficientes para ti.

TOMA DE CONSCIENCIA DA RESPIRACIÓN

Deitada, inspira e expira como cando un globo se desincha, prolongando a expiración de maneira longa e suave. Repite durante 2-5 minutos. Presta **atención** á túa **respiración normal**.

RESPIRACIÓN ABDOMINAL DE REPOUSO

Inspira enchendo o teu **abdome** (se che resulta difícil, podes probar a inspirar coa boca aberta e relaxada) e **expira** suavemente.^(*)

RESPIRACIÓN COSTODIAFRAGMÁTICA

Inspira levando o aire para encher o contorno da caixa torácica, **abrindo as costelas inferiores**.

Expira realizando o son "haa".

RESPIRACIÓN COMBINADA

Deitada, sentada ou de pé, intercala sucesivamente as dúas respiracións anteriores e repite o ciclo varias veces: **respiración abdominal** e **respiración costodiafragmática**.

RESPIRACIÓN COMPLETA

Durante a inspiración, realiza unha **respiración abdominal** e prolonga esta sen forzar o abdome cara a fóra. Permite que o mesmo volume abdominal ascenda e que abra o **tórax**, o que fará diminuír o volume abdominal. Expira suavemente realizando o son "haa".

^(*) No caso de que o ton *abdominopelviano* estea aumentado, *inspira enchendo amplamente a cavidade abdominopelviana para flexibilizar a musculatura e expira suavemente realizando o son "haa"*.



MÍMICA DOS MÚSCULOS RESPIRATORIOS

Inspiración activa ou dinámica

A. DIAFRAGMA

Estes exercicios realízanse durante varios ciclos respiratorios alternando inspiración-expiración. Repite as veces que sexan suficientes para ti.

1. De pé, en posición de repouso, cos **xeonllos** lixeiramente **flexionados** e as **mans á altura do bordo das costelas**.

2. Inspira: as mans baixan co centro do diafragma, **ábrense as costelas** e os cóbados sepáranse do corpo. **Medra** verticalmente e **estira os xeonllos**.

3. Expira: volve á **posición inicial** relaxando os xeonllos. O **centro do diafragma (mans) sobe e as costelas péchanse**, de xeito que os cóbados se pegan ao corpo.

B. TRANSVERSO. (A ONDA)

1. De pé, en posición de repouso, coas palmas das **mans cara ao chan**.

2. Inspira: xira as **mans** e móveas **cara arriba** coma unha onda. O **abdome entra e ascende**, de xeito que permite que as costelas se abran. **Medra, érguete e estira os xeonllos**.

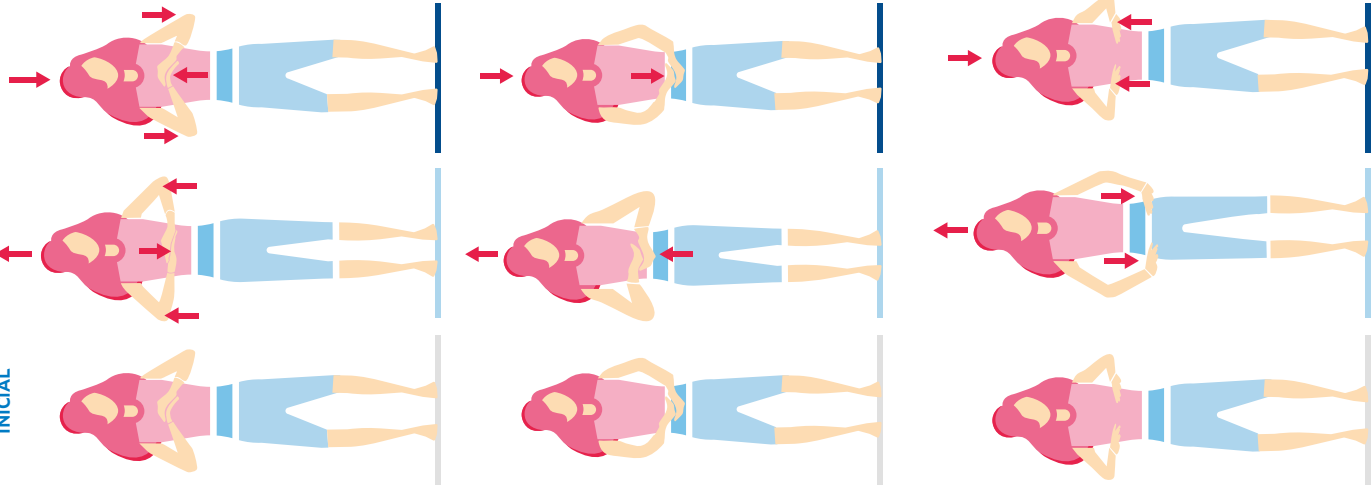
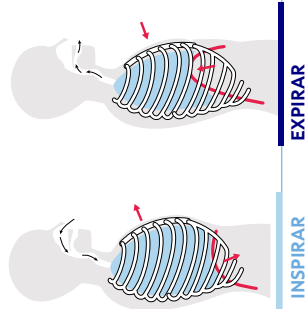
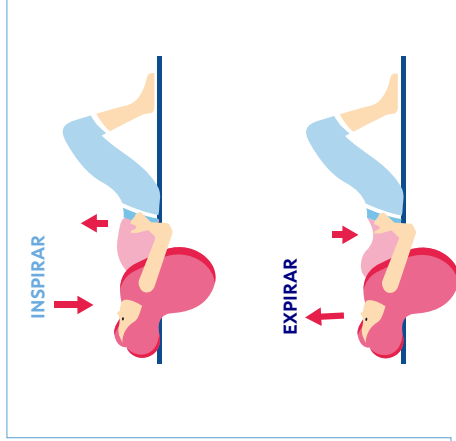
3. Expira volvendo á **posición inicial** e descendendo as **mans**, de modo que quedan mirando cara ao chan.

C. DIAFRAGMA + TRANSVERSO. (bordo da piscina)

1. De pé, en posición de repouso, cos **xeonllos** e os **cóbdados flexionados e coas mans mirando cara ao chan**.

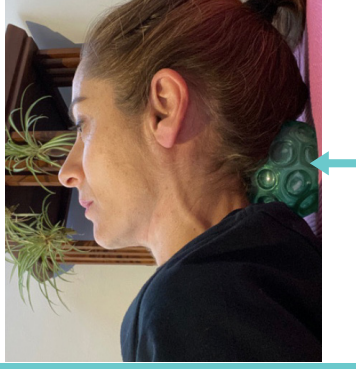
2. Inspira: empuxa coas **palmas das mans cara abaixo** e cos cóbdados e os **xeonllos estirados**. **Medra**. O **abdome entra**, como se saíras dunha piscina.

3. Expira: relaxa flexionando os cóbdados e os xeonllos, e volve á **posición inicial**.



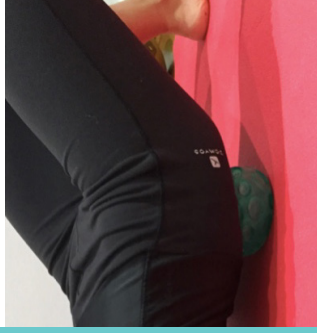
LIBERACIÓN SUBOCCIPITAL

1. Deitada boca arriba
2. Coloca as **pelotas** xusto debaixo do óso **occipital** (cranio).
3. Espera de 90 segundos a 5 minutos, ata que notes como as pelotas afondan nos tecidos.



LIBERACIÓN DO MÚSCULO PIRAMIDAL

1. Posición deitada
2. Coloca as pelotas na zona do músculo piramidal, entre os isquions e o sacro.
3. Espera de 90 segundos a 5 minutos, ata que notes liberación. Podes engadir movementos pelvianos.



LIBERACIÓN OROFARÍNIXEA

1. Deitada boca arriba
2. Deixa rodar os polgares por debaixo da **mandíbula inferior**, desde o centro cara a fóra.
3. Podes repetir 3 veces.



Exercicios para mellorar a saúde do solo pelviano Equilibrio de tensións nos diafragmas



Programa individualizado de reeducación de solo pelviano, supervisado pola matrona ou matróon ou polo persoal de fisioterapia de atención primaria do Servizo Galego de Saúde.

LIBERACIÓN
DA FASCIA PLANTAR

1. Posición de pé.

2. Coas mans apoiadas nunha superficie para non perder o equilibrio e descargar peso, deixa que o propio peso do corpo sexa o estímulo que indica o alcance dunha maior ou menor profundidade na zona de presión.

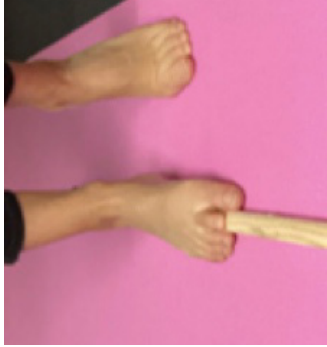
3. Comeza con materiais máis brandos, como un balón Franklin "verde esmeralda" e despois cun pau de madeira.



- **Balón na bóveda plantar:** descansa o peso do corpo progresivamente sobre a pelota.



- **Pau debaixo da planta do pé** lonxitudinalmente: alterna primeiro un pé e despois outro.



4. En ambas as posicións, espera de 90 segundos a 5 minutos, ata que notes que os **tecidos cedén e se relaxan**.

LIBERACIÓN
ISQUIÁTICA



1. **Sentada** sobre un churro de piscina.

2. Roda cos teus **isquiions** sobre un churro de piscina de diante cara atrás.

LIBERACIÓN
DIAFRAGMÁTICA



LIBERACIÓN
DIAFRAGMÁTICA



1. **Posición deitada boca arriba.**

2. Roda as pelotas por toda a superficie de debaixo das **costelas** facendo presión cara a dentro cando expulses o aire, desde o centro cara a fóra.

1. **Posición deitada boca abaixo.**

2. Coas pelotas colocadas debaixo da **arcada costal** (tal e como podes ver na imaxe anterior), fai unha respiración consciente e deixa caer o peso do corpo sobre as pelotas.

3. Espera de 90 segundos a 5 minutos ata **lograr a relaxación diafragmática**. Sinte como as pelotas se van introducindo dentro da arcada costal.



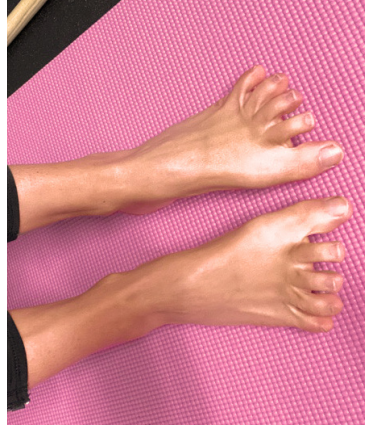
MOBILIZACIÓN PASIVA DAS ARTICULACIONES INTRÍNSECAS DO PÉ

O pé debe permanecer o máis relaxado posible, para permitir que as túas mans poidan ir movendo suavemente todas e cada unha das súas articulacións, comezando polas dedas ata o nocello.



ACTIVACIÓN DA MUSCULATURA DAS DEDAS

Move activamente as dedas, realizando flexión e extensión, despois intenta separar todas as dedas. Préstalle atención á primeira deda (deda gorda) e comproba que tamén se separa para fóra. Finalmente, proba a abrir as dúas dedas gordas ata que se xunten.



Exercicios para mellorar a saúde do solo pelviano

Liberación do pé



Programa individualizado de reeducación de solo pelviano, supervisado pola matrona ou matróon ou polo persoal de fisioterapia de atención primaria do Servizo Galego de Saúde.

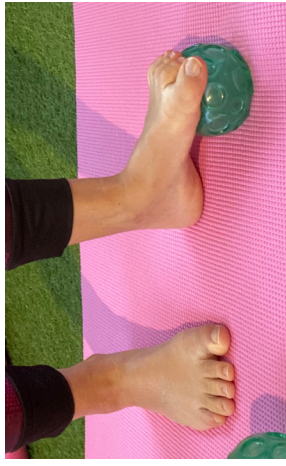
LIBERACIÓN DA PLANTA DO PÉ

Apoia o peso do corpo sobre un churro de piscina, en **varios puntos** (anterior-posterior).



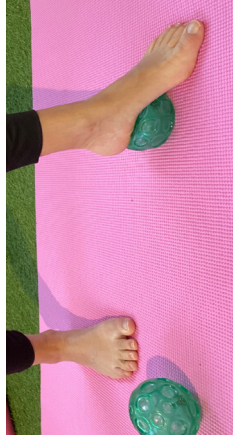
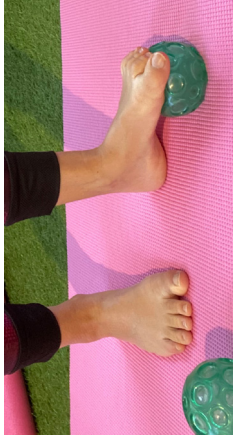
LIBERACIÓN DA EMPEÑA

Coa pelota de Franklin na **base das dedas**, roda dun lado para o outro, notando o movemento na parte anterior do pé, o calcañar permanece fixo.



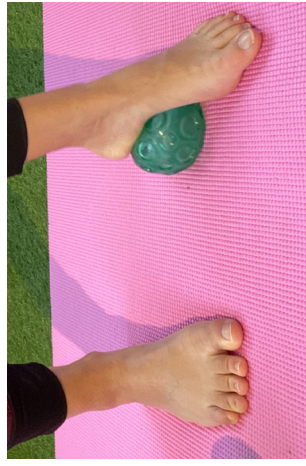
MASAXE DA PLANTA DO PÉ

Roda a planta de pé sobre a pelota de Franklin, primeiro cun pé e logo co outro.



LIBERACIÓN DO CALCAÑAR

Apoia o calcañar sobre a pelota de Franklin, roda a pelota, para percibir o movemento na parte posterior do pé (calcañar e nocello).

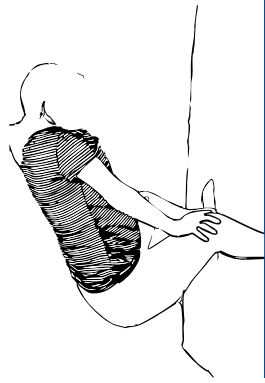
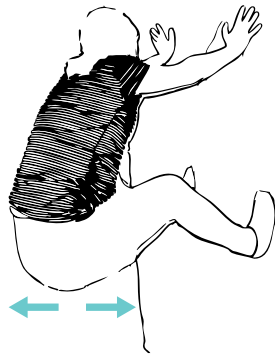


9. Tonifica o cadríceps. En **4 apoios** (palmas das mans e plantas dos pés), move a pelve arriba-abaixo (5 veces).

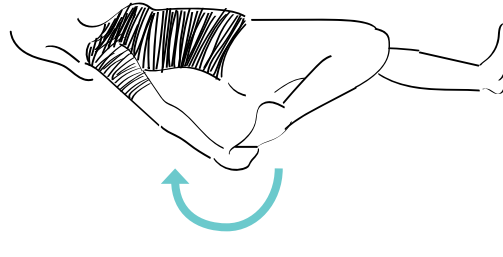
Realiza movementos circulares no sentido horario e no contrario.

Érguete pouco a pouco apoiando as mans nas coxas e friccionándoas.

Tamén podes anicarte alongando os brazos cara a diante.



10. De pé, apoiada sobre un pé co xeonllo lixeiramente flexionado, colle o outro pé flexionando o xeonllo cara ao glúteo, abrindo o pregue inguinal. Mira un punto fixo, mantén o equilibrio. Proba a pechar os ollos. **Repite** coa outra perna.



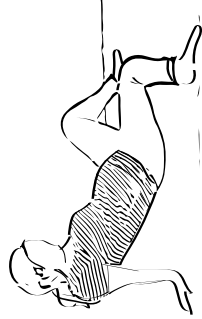
Exercicios para mellorar a saúde do solo pelviano

Flexibilización das cadeiras



Programa individualizado de reeducación de solo pelviano, supervisado pola matrona ou matróon ou polo persoal de fisioterapia de atención primaria do Servizo Galego de Saúde.

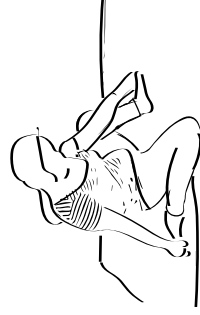
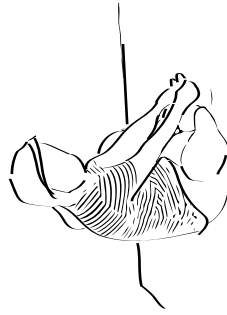
TODOS ESTES EJERCICIOS REALÍZANSE NO CHAN



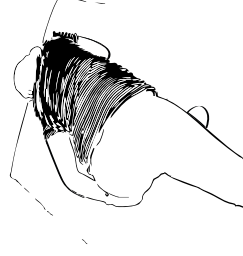
4. Sentada na mesma posición que o exercicio anterior, realiza unha **automasaxe** do óso lateral da coxa (trocánter) directamente sobre o chan ou cun churro de piscina. Móvete escorregando a coxa, achegándote e separándote dos brazos.



1. Sentada, coas **pernas dobradas**, os xeonllos ben separados e as **plantas dos pés apoiadas** no chan, descende un xeonllo cara a dentro (a planta do pé queda mirando cara a fóra). Sinte o movemento e ten en conta que é normal que se eleve un pouco a pelve do mesmo lado. Volve á posición inicial. **Repíte coa outra perna**. Realiza alternativamente 5-10 repeticións.



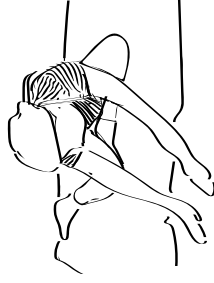
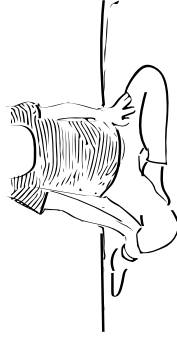
5. Partindo da posición do exercicio anterior, mantén unha **perna flexionada co xeonllo cara a fóra e o calcañar cara á ingua contraria**. A outra perna estírase colocándote boca abaixo sobre a perna flexionada. Podes manter estática a posición ou balancearte de lado, á lado á vez que cos cotelos masaxeas a rexión glútea.



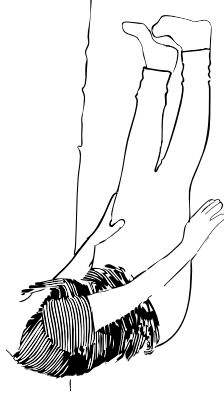
2. Colle os dous pés pola parte anterior, de xeito que as plantas queden mirando unha cara a outra. Sen saltalos, dá unha patada ao aire cunha perna, logo rota a perna cara a dentro (de forma que o xeonllo quede por dentro do brazo), flexiona o xeonllo e leva o pé para atrás. Volve á posición inicial. **Repíte coa outra perna** 5-10 repeticións.



6. Movemento de arrollo: tomando unha perna, un brazo abraza o xeonllo, o outro brazo recolle o pé.



3. Sentada cos dous **xeonllos cara ao mesmo lado**, flexiona o tronco sobre o xeonllo máis próximo cos brazos estirados. Desprázate realizando un movemento semicircular co tronco ata sentarte (se podes, sen tocar coas mans no chan). Realiza 2-3 veces e **repíte cos dous xeonllos cara ao outro lado**.



7. Camiña cos isquions cara adiante e atrás.

8. Repite o exercicio 1 para comprobar a nova sensación de mobilidade das cadeiras



AUTOTRATAMENTOS

Posición sentada diante dun espello

- **Pasa** os dedos índices sobre as **cellas**, lentamente e cunha lixeira presión, de dentro a fóra, 3 veces.
- **Masaxea** as **sens**, facendo círculos.
- **Pasa** os dedos índices sobre a zona do **bigote**, cunha lixeira presión, de dentro a fóra, 3 veces.
- **Pasa** os dedos índices por **debaixo da boca**, debuxando un sorriso, cunha lixeira presión, de dentro a fóra, 3 veces.

- Cos dedos na parte das **meixelas**, **realiza** círculos masaxeando toda esa musculatura.
- **Coloca** as palmas das mans sobre a zona das meixelas e, cos cóbados apoiados nunha superficie, deixa caer o peso da cabeza sobre elas, de xeito que percibas o estiramento de toda a musculatura. Espera de 90 segundos a 5 minutos.



Exercicios para mellorar a saúde do solo pelviano

Relaxación da musculatura da boca



Programa individualizado de reeducación de solo pelviano, supervisado pola matrona ou matróon ou polo persoal de fisioterapia de atención primaria do Servizo Galego de Saúde.

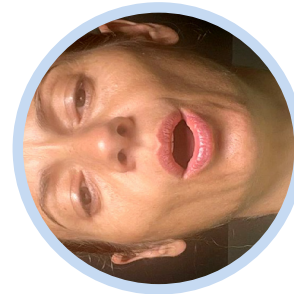
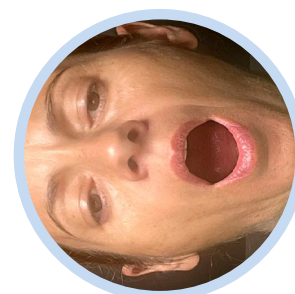
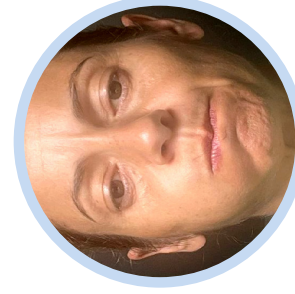
Realizar estes exercicios faciais e linguais sinxelos, axudaranche a relaxar a musculatura da cara.

Cando os practiques sentirás a cara máis relaxada e libre de tensións, ademais a longo prazo axudaranche a conseguir un equilibrio de tensión na zona perineal e en todo o corpo.

EXERCICIOS FACIAIS

Posición sentada diante dun espello

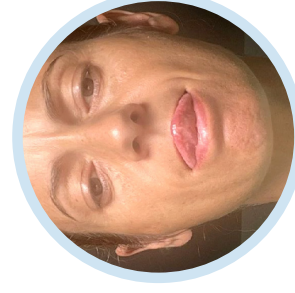
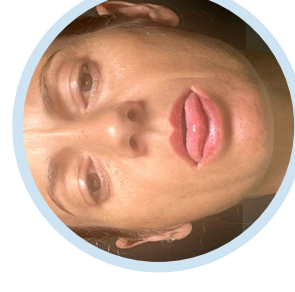
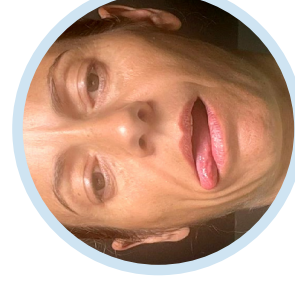
- **Enche** de aire unha meixela e logo a outra. **Incha e desincha** as **meixelas** ao mesmo tempo.
- **Bocexa**.
- **Marca un sorriso**.
- **Lanza un bico** ao aire.
- **Pronuncia** lentamente as 5 vogais: "aaaa, eeee, iiiii, oooo, uuuu"



EXERCICIOS LINGUAIS

Posición sentada diante dun espello

- **Saca a lingua** cara á comisura labial dereita e esquerda.
- **Saca e mete** a lingua.
- **Relambe os beizos:** primeiro o beizo superior e logo o inferior.
- **Relambe** cos **beizos pechados** por dentro da boca e por fóra dos **dentes** superiores e inferiores.
- **Chasca** a lingua.
- **Emite o son** que se fai para mandar calar ("shh").

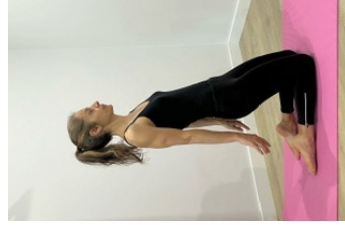
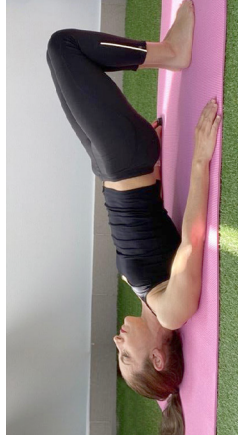
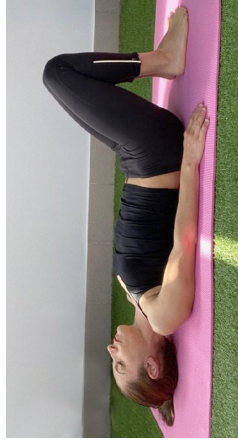
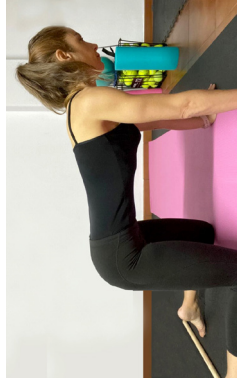
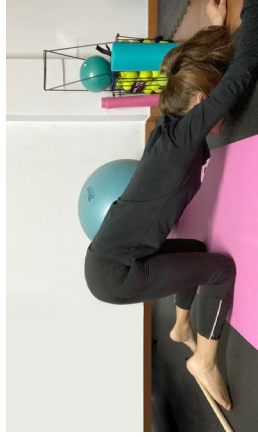


RECORDA que son exercicios de relaxación. Ao realizalos, intenta manter a cara o máis relaxada posible e realiza a acción moi lentamente, manténdoa se é posible durante uns segundos. Podes realizar de 3 a 5 repeticións de cada exercicio.



DIFERENTES POSICIÓN

- Parte dunha posición que facilite o exercicio.
- **Activa a musculatura do solo pelviano profundo** e percibe o seu ascenso, cara ao embigo. O abdome acompaña suavemente meténdose para dentro.
- **Mahometano.**

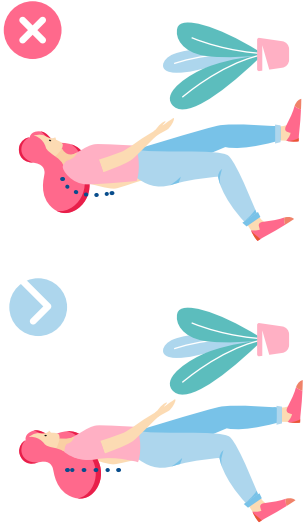


Contracción e relaxación do solo pelviano

Exercicios para mellorar a saúde do solo pelviano

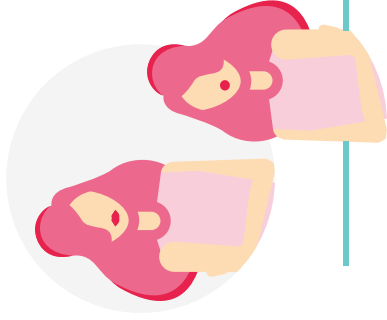
Programa individualizado de reeducación de solo pelviano, supervisado pola matrona ou matróon ou polo persoal de fisioterapia de atención primaria do Servizo Galego de Saúde.

SOLO PELVIANO E ENDEREITAMENTO GLOBAL DO CORPO



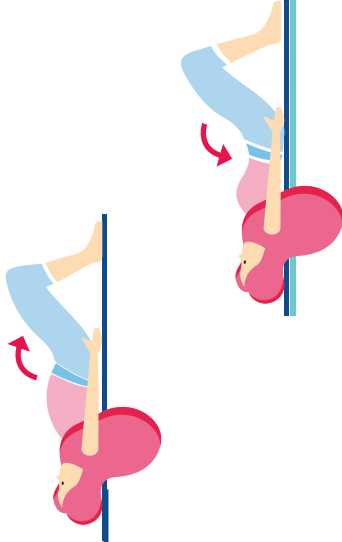
- **Adopta unha posición cómoda.**
- Durante a inhalación **contrae o solo pelviano profundo** cara a dentro e arriba, como se quixeras subir unha cremalleira en dirección ao tórax.
- Se che resulta máis fácil, para sentir o solo pelviano podes inhalar pola boca cos beizos como se foras sorber por unha palla.
- **Realiza** unha **pausa** ao final da inhalación mantén a contracción cara arriba uns segundos ata a túa máxima capacidade.
- **Expira suave e lentamente** (HAA), como se o aire descendese desde o tórax ata o solo pelviano, abrindo e **relaxando a boca** e o **solo pelviano**. Realiza 2-3 repeticións.
- **Descansa, siente** as sensacións no teu corpo.

SOLO PELVIANO E BOCA



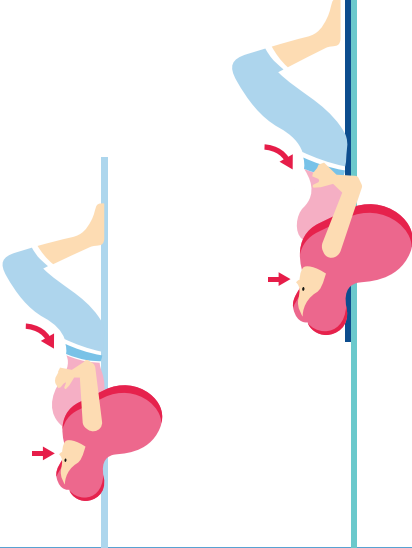
- En crequenhas ou en calquera outra posición, **visualiza** o teu solo pelviano.
- **Bicos pequenos:** proba a mover os beizos para lanzar bicos suaves, á vez que realizas o mesmo xesto cos labios do **solo pelviano superficial**. Repite as veces que sexan suficientes para ti.
- **Bico grande:** pecha os beizos con forza para crear un baleiro previo a botar un bico ao aire. Realiza o mesmo xesto co solo pelviano creando un baleiro que activa a musculatura abdominopelviana cara adentro e cara arriba (ata a túa boca). Mantén esa activación ata sentir como unha cremalleira que ascende desde a pube ata a boca. Cando consigas a **máxima activación**, lanza o bico ao aire e descansa. Podes repetir o exercicio varias veces ata que sexa suficiente para ti.

RESPIRACIÓN E MOBILIDADE PELVIANA



- **Deitada boca arriba**, coas plantas dos pés apoiadas no chan, **realiza movementos da pelve** basculándoa cara adiante e cara atrás e deixando o corpo libre.
- **Sinte** como, ao bascular cara atrás, a columna apoia no chan, a curvatura lumbar queda plana e o eixe vertebral medra. Tamén podes realizar este movemento apoiando as plantas dos pés no chan para sentir máis, deixando o movemento do corpo libre. O apoio-empuxe dos pés impulsa o movemento cara arriba e podes sentir que o movemento chega ata a cabeza.
- Cando a columna medre, **colle aire** levándoo desde a pelve cara ao tórax.
- **Expira** (HAA) volvendo á posición inicial (**relaxa** o apoio dos pés, a columna descende).
- **Sinte** a masaxe arriba e abaixo na **columna vertebral** (sobe en inhalación e baixa en expiración). Realiza varias veces ata integrar o movemento.

RESPIRACIÓN/ MOBILIDADE PELVIANA/ MUSCULATURA DO SOLO PELVIANO



- **Realiza** o mesmo exercicio que o anterior.
- En **inhalación**, leva o aire ao tórax e abre as costelas inferiores, metendo o embigo cara a dentro e cara arriba, para **traballar a musculatura abdominoperineal**.
- **Expira** (HAA) volvendo á posición de repouso e relaxando a musculatura abdominopelviana lentamente.
- **Podes acompañar** colocando as **mans na parte inferior do abdome** para axudar a mover os tecidos cara adentro e cara arriba (en inhalación) e relaxando os tecidos cara abaixo en expiración, como se subiras e baixaras unha cremalleira.
- **Repite** noutras **posicións** (sentada ou de pé) as veces que sexan suficientes para ti.

EXERCICIOS DE EQUILIBRIO

Os exercicios que xeran **desequilibrios** (manterse á pata coxa cos ollos abertos ou pechados, subirse a unha superficie inestable...) axudan a tonificar a faixa abdominal e o solo pelviano.

1. De pé, descalza sobre unha superficie inestable (tronco, churro de piscina), busca **manter o equilibrio**, á vez que realizas os exercicios ou movementos: exercicio respiratorio de mímica do diafragma torácico, a onda, a piscina...

2. Deitada cara arriba, coa **columna vertebral sobre un churro** longo de gran diámetro, apoiando desde a pelve á cabeza, e coas plantas dos **pés apoiados**, mantén o equilibrio á vez que realizas exercicios levantando un ou dous brazos e/ou unha perna e outra alternativamente.

Tamén podes levantar a perna e o brazo contrarios. Podes realizar os **exercicios de respiración** e de **activación do transverso do abdome** realizados anteriormente. Ao finalizar, baixa do churro e sinte a sensación na columna vertebral.

3. Apoiada sobre as mans e xeonllos, alternativamente, levanta e estira unha perna e o brazo contrario.



Cando realices esforzos que aumenten a presión sobre o solo pelviano

Como cando toses, ris, falas alto ou realizas un esforzo, é moi importante que o teu abdome teña ton suficiente para non danar o teu solo pelviano.

Practica estes exercicios antes de realizar un esforzo.

Practica o seguinte:

- **De pé**, desprázate cara atrás desde os nocellos e sinte como se activa o abdome.
- Nesta posición, realiza esforzos (por exemplo, tusir) e sinte como o abdome se contrae cara a dentro e cara arriba.
- Se se curva cara a fóra, é importante que continúes practicando estes exercicios.

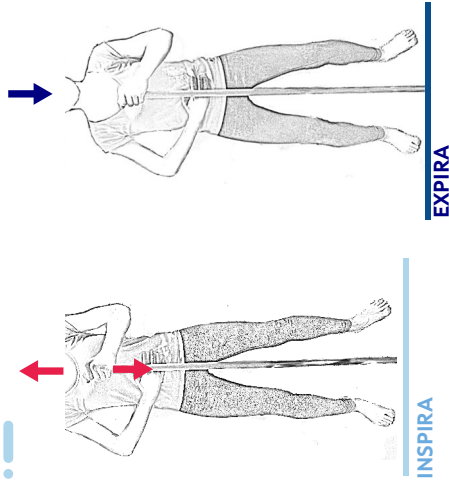
Exercicios para mellorar a saúde do solo pelviano Presións intraabdominais e transverso do abdome



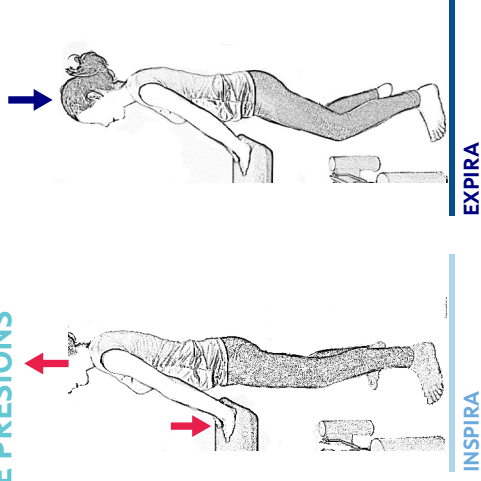
Programa individualizado de reeducación de solo pelviano, supervisado pola matrona ou matróon ou polo persoal de fisioterapia de atención primaria do Servizo Galego de Saúde.



EXERCICIOS PARA A XESTIÓN DE PRESIÓNS



1. De pé cun pau, cos xeonllos lixeiramente flexionados, inspira apoiando o pau no chan. Medra, os xeonllos esténdense e o abdome entra e ascende. Relaxa o apoio sobre o pau expirando e volvendo á posición inicial. O pau pode colocarse a diferentes distancias do corpo.

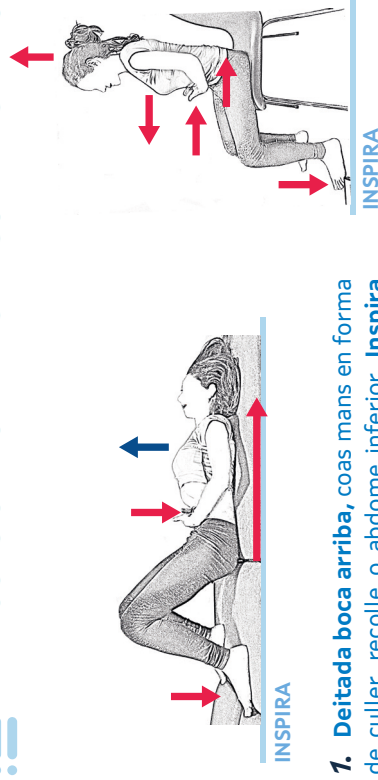


2. De pé

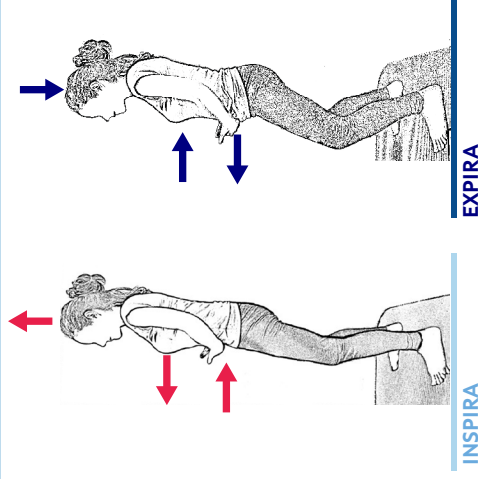
- **Inspira** e medra, apoiando as palmas das mans nunha superficie. O abdome entra e ascende.
- **Relaxa** o apoio expirando.



REEDUCACIÓN DO TRANSVERSO EN INSPIRACIÓN ACTIVA



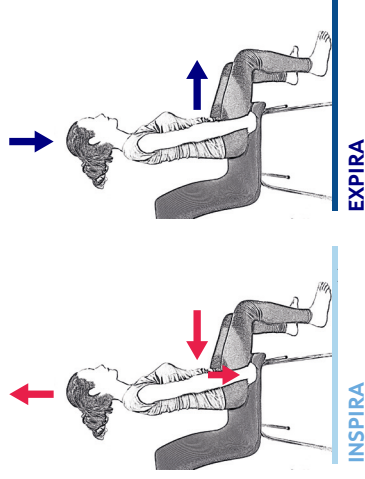
1. Deitada boca arriba, coas mans en forma de culler, recolle o abdome inferior. **Inspira** profundamente **apoiando as plantas dos pés.** As mans axudan a que o abdome entre e ascenda, a pelve roda cara atrás, a curva lumbar aplánase, as costelas ábrense e o teu corpo medra cara arriba. **Expira** relaxada e volve á posición inicial.



3. De pé, coloca os pés separados á altura das cadeiras, os xeonllos semiflexionados e as mans na mesma posición. **Inspira,** os xeonllos esténdense, **as mans premen o abdome cara a dentro e cara arriba,** as costelas ábrense. **Expira** volvendo á posición inicial.



TRANSVERSO EN EXPIRACIÓN FREADA OU ACTIVA



3. Sentada

- **Empuxa** coas mans contra a cadeira. Os cóbados esténdense e o abdome entra e sobe. Tamén podes empuxar cos cóbados e cos antebrazos apoiados nunha mesa.
- **Relaxa.**

1. En calquera posición. **Coloca** as mans nas costelas. Alternativamente, **inspira abrindo as costelas lateralmente e expira** imaxinando que sopras a chama dunha candeal sen apagala.

- **Mete** o abdome cara a dentro e cara arriba.
- **Contrae** o solo pelviano ao final da expiración.

Podes expirar usando un dispositivo que free a saída de aire, como por exemplo un globo ou unha palla.

2. En calquera posición.

- **Inspira** abrindo as costelas.
- **Realiza** un golpe de son seco e brusco ("U") coa acción da musculatura abdominal cara a dentro e arriba.

3. Deitada. **Coloca** as mans nas costelas inferiores e, cos pés apoiados. **Empuxa** contra o chan durante todo o exercicio.

- **Inspira** profundo abrindo as costelas.
- **Expira** emitindo o son "fff" e mantendo as costelas abertas toda a expiración, mentres o embigo entra e ascende aínda máis. O último óso da túa columna preme contra a superficie de apoio, co que aumenta a curvatura lumbar.
- **Contrae** o solo pelviano ao final da expiración cara a dentro e cara arriba. Mantén activo o abdome e volve inspirar.
- **Repite** o ciclo 2-3 veces e descansa.
- **Realiza** o mesmo exercicio **sentada e de pé.**

Nestes exercicios, mantén as **costelas abertas** durante toda a **expiración**. Deixa de facer o exercicio se sentes que empuxas cara abaixo, para evitar lesionar o solo pelviano.

14

Bibliografía

- Abdelhakim AM, Eldesouky E, Elmagd IA, Mohammed A, Farag EA, Mohammed AE, et al. Antenatal perineal massage benefits in reducing perineal trauma and postpartum morbidities: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Int Urogynecol J*. 2020;31(9):1735-1745. doi: 10.1007/s00192-020-04302-8. Epub 2020 May 12. PMID: 32399905.
- Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn*. 2002;21(2):167-78. doi: 10.1002/nau.10052. PMID: 11857671.
- Albiñana Soler A, Aparisi Nihi S, Barona Vilar C, Bertomeu Llorens I, Calvo Mas C, Carpio Gesta ML. La aventura de ser padres. Guía para la educación grupal en el embarazo, parto y puerperio. Valencia: Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat; 2004. [citado 28 febreiro 2024]. Disponible en: https://comatronas.es/contenidos/2012/02/mamas_y_papas/La_aventura_de_ser_padres.pdf
- Albiñana Soler A, Costa Ferrando P, Soler Alberich F. Consideraciones sobre el trabajo grupal. Folleto O. Valencia: Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat; 2006. [citado 20 febreiro 2024]. Disponible en: https://www.sp.san.gva.es/biblioteca/publicacion_dgsp.jsp?cod_pub_ran=48940&tacc=16
- Alfaro-Lara ER, Palma-Morgado D, Hevia-Álvarez E, Caraballo-Camacho MO, Ferrer López I, Domínguez-Camacho JC, et al. Estudio sobre la utilización y adecuación de absorbentes para la incontinencia urinaria en un distrito de atención primaria. *Enferm Clin*. 2011;21(6):320-326.
- Aliaga-Martínez F, Prats-Ribera E, Alsina-Hipólito M, Allepuz-Palau A. Impacto en la función de los músculos del suelo pélvico de un programa de entrenamiento específico incluido en el control habitual del embarazo y el posparto: ensayo clínico controlado no aleatorizado. *Matronas Prof*. 2013; 14(2): 36-44.
- Almeida Júnior H, Mayor RU, Mayor A. Can the Godelieve Denys-Struyf (GDS) muscle and articulations chains method help in the treatment of hiperventilation?. *GJMR: K interdisciplinar* 2019;13(6):4-8. [citado 20 febreiro 2024]. Disponible en: https://globaljournals.org/GJMR_Volume19/2-Can-the-Godelieve-Denys-Struyf.pdf
- Almeida Júnior H, Brañas Mitke B, Rocha Fernandes J, Kadija Abreu L. The influence of the diaphragm muscle on physiotherapeutic treatment through muscular chain methods. *Int. J. Physiol. Health Phys. Educ*. 2020;2(1):3-5. Disponible en: <https://www.physiologyjournals.com/archives/2020/vol2issue1/PartA/2-1-17-369.pdf>
- Aranburu Elósegui M, Mejías Jiménez A, Etxarri Prim B. ¡HOLA Climaterio!. ¡Bienvenid@!. Pamplona: Asociación Navarra de Matronas. [citado 20 febreiro 2024]. Disponible en: https://matronasdenavarra.com/wp-content/uploads/2018/11/HOLA_CLI-MATERIO.pdf
- Associació de Llevadores de Part a Casa de Catalunya; Associació Catalana de Llevadores; Federación de Asociaciones de Matronas de España; Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya. Guía de asistencia al parto en casa. Barcelona: Associació Catalana de Llevadores; 2018. [citado 20 febreiro 2024]. Disponible en: https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/guia_partocasa_2018.pdf
- Baracho SM, Barbosa da Silva L, Baracho E, Lopes da Silva Filho A, Sampaio RF, Mello de Figueiredo E. Pelvic floor muscle strength predicts stress urinary incontinence in primiparous women after vaginal delivery. *Int Urogynecol J*. 2012;23(7):899-906. doi: 10.1007/s00192-012-1681-7. Epub 2012 Mar 1. PMID: 22382655.
- Blanco Lobeiras MS, Rey Liste MT, Pérez Marcos MB. Plans locais de Saúde para unha orientación comunitaria da Atención Primaria. Bases metodolóxicas para a súa elaboración. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade, Servizo Galego de Saúde, Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria; 2021. [citado 28 febreiro 2024]. Disponible en: https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/1398/Plan_local_de_salud_DEF.pdf
- Bø K, Haakstad LA. Is pelvic floor muscle training effective when taught in a general fitness class in pregnancy? A randomised controlled trial. *Physiotherapy*. 2011;97(3):190-195. doi: 10.1016/j.physio.2010.08.014. Epub 2011 Feb 4. PMID: 21820536.
- Bø K, Talseth T, Holme I. Single blind, randomised controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones, and no treatment in management of genuine stress incontinence in women. *BMJ*. 1999;318(7182):487-493. doi: 10.1136/bmj.318.7182.487. PMID: 10024253; PMCID: PMC27740.
- Bordoni B. The Five Diaphragms in Osteopathic Manipulative Medicine: Myofascial Relationships, Part 1. *Cureus*. 2023;12(4):e7794. doi: 10.7759/cureus.7794. PMID: 32461863; PMCID: PMC7243635.
- Boyle R, Hay-Smith EJ, Cody JD, Mørkved S. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;10:CD007471. doi: 10.1002/14651858.CD007471.pub2. Actualizado en: *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;12:CD007471. PMID: 23076935.
- Bradley CS, Kennedy CM, Nygaard IE. Pelvic floor symptoms and lifestyle factors in older women. *J Womens Health (Larchmt)*. 2005;14(2):128-36. doi: 10.1089/jwh.2005.14.128. PMID: 15775730.
- Bump RC, Mattiasson A, Bø K, Brubaker LP, DeLancey JO, Klarskov P et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175(1):10-17.

- Calais-Germain B, Vives Parés N. Parir en movimiento. Las movilidades de la pelvis en el parto. Barcelona: La Liebre de marzo; 2009.
- Campignon P. Les chaînes musculaires et articulaires. Méthode G.D.S. Aspects biomécaniques. Tomo 1. 3ª edición. Campignon P, editor; 2019.
- Campignon P. Les chaînes musculaires et articulaires. Méthode G.D.S. Les chaînes de la personnalité. Tomo 3: Les chaînes postéro-antérieures et antéro-postérieures (PA-AP). Campignon P, editor. Alicante: Such Serra; 2016.
- Cantero Cid R, García Gálvez G. Unidad de Suelo Pélvico. Clín urol Complut. 2000;8:779-791.
- Coelho L. Mézières' method and muscular chains' theory: from postural re-education's physiotherapy to anti-fitness concept. Acta Reumatol Port. 2010;35(3):406-407. PMID: 20975654.
- Cohen D. Prolapso genital femenino: lo que debería saber. REV. MED. CLIN. CONDES. 2013; 24(2): 202-209. DOI: 10.1016/S0716-8640(13)70151-2. ISSN 0716-8640. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864013701512>
- Díaz-Arribas MJ, Kovacs FM, Royuela A, Fernández-Serrano M, Gutiérrez-Fernández L, San Martín-Pariente O, Abaira V, et al. Effectiveness of the Godelieve Denys-Struyf (GDS) method in people with low back pain: cluster randomized controlled trial. Phys Ther. 2015;95(3):319-336. doi: 10.2522/ptj.20140099. Epub 2014 Oct 30. PMID: 25359444.
- Díaz-Mohedo E, Barón-López FJ, Pineda-Galán C. Consideración etiológica, diagnóstica y terapéutica del componente miofascial en el dolor pélvico crónico. Actas Urol Esp. 2011;35(10):610-614.
- Dischiavi SL, Wright AA, Hegedus EJ, Bleakley CM. Biotensegrity and myofascial chains: A global approach to an integrated kinetic chain. Med Hypotheses. 2018;110:90-96. doi: 10.1016/j.mehy.2017.11.008. Epub 2017 Nov 20. PMID: 29317079.
- Espuña M, Fillol M, Pascual MS, Cassado J. Sistemática de la exploración pélvica en la mujer con prolapso genital. Hoja de recogida de datos y su cumplimentación. Suelo Pélvico 2014; 10(1): 5-10. ISSN 1885-0642. Disponible en: <https://revistasuelopelvico.com/wp-content/uploads/2021/03/Articulo-2-Suelo-Pelvico-101.pdf>
- Fashokun TB, Rogers RG. Pelvic organ prolapse in women: Diagnostic evaluation [Internet]. UpToDate Inc; 2024 [citado 21 mayo 2024].
- Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). Iniciativa al Parto Normal. Barcelona: FAME; 2023. [citado 21 febrero 2024]. Disponible en: https://www.llevadores.cat/images/docs/publicacions/IPN_080523 INICIATIVA PARTO NORMAL.pdf
- Fillol Crespo M. Diagnóstico de la incontinencia urinaria. Protocolos de la Sección de Suelo Pélvico de la SEGO; 2011.
- García-Lausin L, Perez-Botella M, Duran X, Rodríguez-Pradera S, Gutierrez-Martí MJ, Ecuriet R. Relation between Epidural Analgesia and severe perineal laceration in childbearing women in Catalonia. Midwifery. 2019;70:76-83. doi: 10.1016/j.midw.2018.12.007. Epub 2018 Dec 13. PMID: 30594059.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Educación maternal: preparación para el nacimiento. Barcelona: Direcció General de Salut Pública; 2009. [citado 22 febrero 2024]. Disponible en: https://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspacat/promocio_salut/embaras_part_puerperi/protocol_seguiment_embaras/recursos_relacionats/protocol_deducacio_maternal_preparacio_per_al_naixement.pdf
- Generalitat Valenciana. Programa de saúde da mulher maior de 40 anos. Valencia: Conselleria de Sanitat; 2006.
- Gray SL, Anderson ML, Dublin S, Hanlon JT, Hubbard R, Walker R, Yu O, Crane PK, Larson EB. Cumulative use of strong anticholinergics and incident dementia: a prospective cohort study. JAMA Intern Med. 2015;175(3):401-7. doi: 10.1001/jamainternmed.2014.7663. PMID: 25621434; PMCID: PMC4358759.
- Hanley J, Capewell A, Hagen S. Validity study of the severity index, a simple measure of urinary incontinence in women. BMJ. 2001;322(7294):1096-1097. doi: 10.1136/bmj.322.7294.1096. PMID: 11337439; PMCID: PMC31262.
- Hay-Smith J, Mørkved S, Fairbrother KA, Herbison GP. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. Cochrane Database Syst Rev. 2008;4:CD007471. doi: 10.1002/14651858.CD007471. Actualizado en: Cochrane Database Syst Rev. 2012;10:CD007471. PMID: 18843750.
- Hunskar S. A systematic review of overweight and obesity as risk factors and targets for clinical intervention for urinary incontinence in women. Neurourol Urodyn. 2008;27(8):749-757. doi: 10.1002/nau.20635. PMID: 18951445.
- Isac Martínez I, Kindelán Alonso B, León Núñez N, López Montes B, Moreno Moreno S, Nogueira López M, et al. Eficacia del protocolo de fisioterapia del Hospital Universitario de Getafe, establecido para la mejoría de la incontinencia urinaria femenina. Fisioterapia. 2012;34(4):154-160.
- Itza F, Zarza D, Serra L, Gómez-Sancha F, Salinas J, Allona-Almagro A. Síndrome de dolor miofascial del suelo pélvico: una patología urológica muy frecuente. Actas Urol Esp. 2010;34(4):318-326.
- Jimenez-Cidre MA, Lopez-Fando L, Esteban-Fuertes M, Prieto-Chaparro L, Llorens-Martinez FJ, Salinas-Casado J, et al. The 3-day bladder diary is a feasible, reliable and valid tool to evaluate the lower urinary tract symptoms in women. Neurourol Urodyn. 2015;34(2):128-132. doi: 10.1002/nau.22530. Epub 2013 Nov 22. PMID: 24264859.
- Ko PC, Liang CC, Chang SD, Lee JT, Chao AS, Cheng PJ. A randomized controlled trial of antenatal pelvic floor exercises to prevent and treat urinary incontinence. Int Urogynecol J. 2011;22(1):17-22. doi: 10.1007/s00192-010-1248-4. Epub 2010 Aug 25. PMID: 20737135.

- Lamelas González ME, Sánchez Cabezero-Tirado G, Corzo Álvarez F, Estevez Muíños MV, González Álvarez T, Escudero Millos V, et al. Guía de Educación Sanitaria (Grupo Climaterio). Ourense: HCV Ourense, Servizo de Xinecoloxía e Obstetricia; 2006. Sen publicar.
- Lasak AM, Jean-Michel M, Le PU, Durgam R, Harroche J. The Role of Pelvic Floor Muscle Training in the Conservative and Surgical Management of Female Stress Urinary Incontinence: Does the Strength of the Pelvic Floor Muscles Matter? *PM R*. 2018;10(11):1198-1210. doi: 10.1016/j.pmrj.2018.03.023. Epub 2018 May 26. PMID: 29753829.
- Leon-Larios F, Corrales-Gutierrez I, Casado-Mejía R, Suarez-Serrano C. Influence of a pelvic floor training programme to prevent perineal trauma: A quasi-randomised controlled trial. *Midwifery*. 2017;50:72-77. doi: 10.1016/j.midw.2017.03.015. Epub 2017 Mar 27. PMID: 28391147.
- Lien KC, Mooney B, DeLancey JO, Ashton-Miller JA. Levator ani muscle stretch induced by simulated vaginal birth. *Obstet Gynecol*. 2004;103(1):31-40. doi: 10.1097/01.AOG.0000109207.22354.65. PMID: 14704241; PMCID: PMC1226707.
- Lukacz ES. Female urinary incontinence: Evaluation [Internet]. UpToDate Inc; 2024 [citado 23 febreiro 2024].
- Lukacz ES. Urgency urinary incontinence/overactive bladder (OAB) in females: Treatment [Internet]. UpToDate Inc; 2023. Disponible en: https://www.uptodate-com.mergullador.sergas.es/contents/urgency-urinary-incontinence-overactive-bladder-oab-in-females-treatment?search=EFFECTOS ADVERSOS ANTICOLINERGICOS&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
- Martínez Bustelo S, Ferri Morales A, Patiño Nuñez S, Viñas Diz S, Martínez Rodríguez A. Entrevista clínica y valoración funcional del suelo pélvico. *Fisioterapia*. 2004;26:266-280.
- Martínez Rodríguez A, Martínez Bustelo S, Pita Fernández S, Ferri Morales A, Conde Regueira M.^a T. El programa de educación maternal en el sistema público de salud en Galicia. *Rev Iberoam Fisioter Kinesol*. 2007;10(1):5-11.
- Mesquita Montes A, Gouveia S, Crasto C, de Melo CA, Carvalho P, Santos R, et al. Abdominal muscle activity during breathing in different postural sets in healthy subjects. *J Bodyw Mov Ther*. 2017;21(2):354-361. doi: 10.1016/j.jbmt.2016.09.004. Epub 2016 Sep 15. PMID: 28532880.
- Ministerio de Ciencia e Innovación. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2010. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, AATRM núm. 2006/10. [citado 28 febreiro 2024]. Disponible en: https://aques.gencat.cat/web/.content/minisite/aques/publicacions/2010/pdf/incontinencia_embarazo_pcsns_aatrm2010.pdf
- Ministerio de Sanidad. Acción comunitaria para ganar salud. O cómo trabajar en red para mejorar las condiciones de vida. Madrid; 2021.[citado 23 febreiro 2024]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornos-Saludables/local/estrategia/herramientas/docs/Guia_Accion_Comunitaria_Ganar_Salud.pdf
- Ministerio de Sanidad. Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023. Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021. [citado 28 febreiro 2024]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/docs/Plan_de_Accion_de_Atencion_Primaria.pdf
- Miralles R. Incontinencia urinaria: múltiples causas, tratamientos diferentes y profesionales distintos. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2011;46(1):5-6.
- Mørkved S, Bø K, Schei B, Salvesen KA. Pelvic floor muscle training during pregnancy to prevent urinary incontinence: a single-blind randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2003;101(2):313-9. doi: 10.1016/s0029-7844(02)02711-4. PMID: 12576255.
- Nascimento-Correia G, Santos-Pereira V, Tahara N, Driuso P. Efectos del fortalecimiento del suelo pélvico en la calidad de vida de un grupo de mujeres con incontinencia urinaria: estudio aleatorizado controlado. *Actas Urol Esp*. 2012;36(4):216-221.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Pelvic floor dysfunction: prevention and non-surgical management. NICE guideline 210; 2021. [citado 23 febreiro 2024]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng210>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management. NICE guideline 123; 2019. [actualizado 24 xuño 2019; citado 23 febreiro 2024]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/ng123>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Urinary incontinence in women Quality standard. NICE guideline QS77; 2015. [actualizado 9 decembro 2021; citado 23 febreiro 2024]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs77/resources/urinary-incontinence-in-women-pdf-2098853147077>
- Olcoz Ruiz A. Implantación de un programa de ejercicios de suelo pélvico como estrategia de prevención de la incontinencia urinaria [trabajo fin de máster en Internet]. Navarra: Escuela de Estudios Sanitarios, Universidad Pública de Navarra. [citado 28 febreiro 2024]. Disponible en: <https://academica-e.unavarra.es/server/api/core/bitstreams/e1c0d8b8-778a-41df-8004-f7a30081301a/content>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Directrices de la OMS sobre actividad física y hábitos sedentarios: de un vistazo [WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour: at a glance]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020. [citado 23 febreiro 2024]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337004/9789240014817-spa.pdf>
- Palacios S, Cancelo Hidalgo MJ, González SP, Manubens M, Sánchez-Borrego R. Síndrome genitourinario de la menopausia: recomendaciones de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. *Prog Obstet Ginecol*. 2019;62(2):141-148. doi: 10.20960/j.pog.00182.
- Peschers UM, Schaer GN, DeLancey JO, Schuessler B. Levator ani function before and after childbirth. *Br J Obstet Gynaecol*. 1997;104(9):1004-1008. doi: 10.1111/j.1471-0528.1997.tb12057.x. PMID: 9307525.

- Pilat A. Terapias miofasciales: inducción miofascial. Madrid: McGraw-Hill-Interamerica de España SA; 2003.
- Quiles Izquierdo J. Alimentación saludable e climaterio. 2ª edición. Valencia: Dirección Xeral para a Saúde Pública, Programa de Atención Integral á Muller Climatérica, Consellería de Sanitat, Generalitat Valenciana; 2001.
- Ramírez García I, Blanco Ratto L, Kauffmann Frau S. Rehabilitación del suelo pélvico femenino. Práctica clínica basada en la evidencia. Madrid: Médica Panamericana DL; 2013.
- Robles JE. La incontinencia urinaria. *An Sist Sanit Navar*. 2006;29(2):219-232.
- Sánchez Ruiz E, Solans Domènech M, Espuña M, en nombre del Grup de Reserca en Sòl Pelvià (GRESPE). Estimación de la incidencia de incontinencia urinaria asociada al embarazo y el parto. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Sandvik H, Espuña M, Hunskaar S. Validity of the incontinence severity index: comparison with pad-weighing tests. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2006;17(5):520-524. doi: 10.1007/s00192-005-0060-z. Epub 2006 Mar 18. PMID: 16547687.
- Sandvik H, Seim A, Vanvik A, Hunskaar S (2000). A severity index for epidemiological surveys of female urinary incontinence: comparison with 48-hour pad-weighing tests. *Neurourol Urodyn* 19: 137-145.
- Sapsford RR, Hodges PW. Contraction of the pelvic floor muscles during abdominal maneuvers. *Arch Phys Med Rehabil*. 2001;82(8):1081-1088. doi: 10.1053/apmr.2001.24297. PMID: 11494188.
- Sarma AV, Kanaya A, Nyberg LM, Kusek JW, Vittinghoff E, Rutledge B, et al. Risk factors for urinary incontinence among women with type 1 diabetes: findings from the epidemiology of diabetes interventions and complications study. *Urology*. 2009;73(6):1203-1209. doi: 10.1016/j.urology.2008.11.009. Epub 2009 Apr 10. PMID: 19362350; PMCID: PMC2748226.

Servizo Galego
de Saúde

Asistencia Sanitaria

Guías

146

D



SERVIZO
GALEGO
DE SAÚDE