



Sociedade Galega de Fisioterapeutas

(SOGAFI)

## **Revisión del Borrador de actualización de la Guía de apoyo al programa de abordaje de las disfunciones del suelo pélvico femenino en Atención Primaria**

### **1. Consideraciones previas.**

En SOGAFI creemos en el trabajo multidisciplinar e interdisciplinar, y defendemos esta manera de trabajar de forma conjunta con otros profesionales de Atención Primaria. Pero, a nuestro entender, y según esta guía, las matronas asumen competencias de Fisioterapia, como son la valoración funcional de la paciente y el ejercicio terapéutico. Los expertos en función y movimiento somos los fisioterapeutas.

### **2. Propuestas de cambios.**

#### **I- Página 18. 9.2 Exploración. Valoración motora del suelo pélvico.**

En este apartado se habla de que las matronas harán una valoración motora del suelo pélvico. No creemos que les corresponda, y no necesitan hacer un PERFECT ya que no lo van a usar, porque en teoría no van a realizar un programa de ejercicios individualizado con la dosificación según el PERFECT

La matrona es y debe ser la puerta de entrada para este tipo de problemas de la mujer. Es perfecto que haga una primera valoración y una primera intervención, y de ser el caso, que derive a Fisioterapia si la paciente cumple con los criterios que recoge la guía (nos parecen adecuados y acertados). Pero creemos que en esa primera valoración no debe incluir la valoración funcional porque no les corresponde ni la van a necesitar. Ni si quiera para la derivación, porque entre los criterios de derivación no hay ninguno que haga referencia a la función del suelo pélvico.

## II- Página 21. 9.3 Atención a las disfunciones. Apartados 9.3.1, 9.3.2

Aquí ocurre lo mismo: el personal sanitario experto en función, movimiento y ejercicio es el fisioterapeuta. A la hora de elaborar un programa individualizado de reeducación del suelo pélvico, el fisioterapeuta debe estar presente para la parte de ejercicio, postura y función.

Por otro lado, queda recogido por la evidencia que un mal uso de la información en lo que corresponde a postura y ergonomía puede ser iatrogénico y acabar en kinesofobia, lo que puede predisponer a la paciente a sufrir dolor crónico persistente.

- En el **apartado 9.3.1** habla de hacer “ejercicios liberación de los distintos diafragmas” e incluye entre ellos el “*diafragma orofaríngeo y el plantar*”. En la bibliografía no se describen estos dos diafragmas y no hay evidencia que incluya la musculatura orofaríngea y plantar como relevante para el trabajo del suelo pélvico. Sí se habla de la esfera abdomino-lumbo-pelvi-perineal, es decir, la musculatura perineal no trabaja sola.

De todas maneras, aunque no se tenga evidencia aún, el trabajo conjunto tanto de atm como del pie mejora considerablemente casos de desequilibrios del tono muscular. A veces descentralizar el trabajo de la musculatura del suelo pélvico beneficia considerablemente a las pacientes. Una bruxista, un mal apoyo de pie, mala funcionalidad, el uso inadecuado de calzado,..., va a repercutir en el suelo pélvico.

- Así mismo, la figura del fisioterapeuta debería estar presente en la elaboración desarrollo de los talleres y programas de los que se habla en el **apartado 9.3.2**, asumiendo las competencias que le son propias (función, movimiento y ejercicio).

Por otro lado, estamos totalmente de acuerdo en que recomienden o pauten ejercicios inespecíficos o genéricos para las distintas intervenciones (pre y posnatal, climaterio, acciones comunitarias), pero tienen que ser muy genéricos.

Para SOGAFI el fisioterapeuta debe estar en todos aquellos ejercicios específicos que necesitan de una valoración funcional previa para saber si está indicado hacerlos o no, en qué dosis, y que necesitan de un reentrenamiento porque la paciente no es capaz de hacerlos o de hacerlos bien, etc. Los ejercicios de activación-relajación de la MSP y entrenar la coactivación con el transversal del abdomen, por ejemplo, lo consideramos específico.

Por eso creemos que la figura del fisioterapeuta debe estar más presente en las actividades grupales para llevar la parte del ejercicio.

- En el **apartado 9.3.2.2**, hay muchas actividades que realiza la matrona que son del fisioterapeuta. Si la matrona en su valoración considera que la paciente necesita un trabajo individual para la reeducación del suelo pélvico, la tiene que derivar a Fisioterapia para que haga su valoración funcional y tratamiento.

- Lo mismo en el **apartado 9.3.2.4, página 31**, donde habla de sesiones de ejercicios específicos.

### **III- Anexo 12**

#### Técnicas de tratamiento de fisioterapia. Pág. 70

Según la evidencia, las técnicas de fisioterapia que mayor eficacia presenta en el tratamiento de las disfunciones del suelo pélvico son la electroestimulación, el biofeedback y el ejercicio para el complejo abdomino-lumbo-pelvi-perineal (CALPP), tanto específico como global, buscando su integración funcional en etapas más avanzadas del tratamiento. Y la mejor forma de controlar y mejorar la postura es mediante el ejercicio, cualquiera que sea, siempre y cuando esté centrado en el CALPP.

No estamos de acuerdo que se mencionen escuelas como la GDS o la Mézières cuyos postulados y bases conceptuales están un poco desactualizadas y sin evidencia que las respalden.

#### Técnicas miofasciales. Pág. 71

El tratamiento miofascial puede ser abordado por el fisioterapeuta con distintas técnicas. La inducción miofascial no es la única que disponemos en nuestro arsenal terapéutico, y nada indica que deba ser usada antes que otras técnicas de terapia manual o de los ejercicios.

### **IV- Página 55.**

- En el apartado de evaluación del prolapso, falta identificar la posición de la paciente, que debería ser en bipedestación para evitar su infradiagnóstico.
- En la metodología del tratamiento echamos en falta el uso de trabajo de equilibrio.