

# “Abordaxe fisioterapéutica da dor pelviana crónica a nivel de atención primaria”

Patricia Chamorro Núñez  
Fisioterapeuta Col 1112

# Definición del Dolor Pélvico crónico

Definición clásica :

- El dolor pélvico crónico (DPC) se define como un dolor persistente en ausencia de dolencia infecciosa o tumoral, percibido en la región pélvica, de duración mayor de 6 meses o con un mecanismo de aparición no agudo de sensibilización central de corta duración.



*Fuente: Manual de Urología 2ª Edición. Confederación Americana de Urología. 20Rodrigo González I., Gonzalo Valdevenito A., Pablo Aroca S.Hospital Clínico Metropolitano de La Florida "Dra. Eloísa Díaz I."*



# Definición del Dolor Pélvico crónico

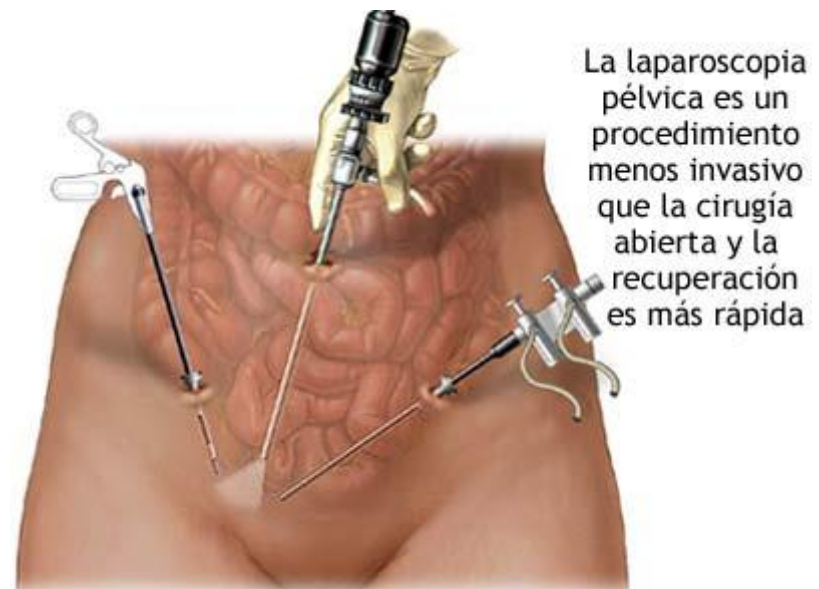
## Definición actualizada

- Síntomas de dolor que se perciben como originarios de órganos o de estructuras pélvicas de más de **3 meses** de duración.
- Localización:
  - pelvis anatómica
  - pared abdominal anterior
  - pelvis y periné
  - lumbo-sacro
  - cadera y nalga
- Suficientemente severo para causar **discapacidad funcional** u obligar a buscar atención médica.
- Se asocia a **consecuencias negativas cognitivas, conductuales, sexuales y emocionales.**



# Prevalencia

- La prevalencia mundial ha sido estimada entre un 5,7 y un 26,6% siendo comparable con la prevalencia de trastornos como el asma o el dolor lumbar.
- Aproximadamente un 10 % de pacientes remitidas a ginecología se deben a DPC y 44 % de las laparoscopias ginecológicas se deben a DPC .



# Prevalencia

- Un estudio de prevalencia llevado a cabo en la provincia de Málaga en el año 2016 sitúan la prevalencia de DPC en un 22,8% .

Actas Urol Esp. 2014;38(5):298-303



Actas Urológicas Españolas

www.elsevier.es/actauro



ARTÍCULO ORIGINAL

## Prevalencia y factores de riesgo de dolor pélvico

E. Díaz-Mohedo<sup>a,\*</sup>, F. Hita-Contreras<sup>b</sup>, A. Luque-Suárez<sup>b</sup>,  
C. Walker-Chao<sup>c</sup>, D. Zarza-Luciáñez<sup>d</sup> y J. Salinas-Casado<sup>e</sup>

<sup>a</sup> Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Málaga, Málaga, España

<sup>b</sup> Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Jaén, Jaén, España

<sup>c</sup> Facultad de Ciencias de la Salud FUB Manresa, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España

<sup>d</sup> Instituto de Cirugía Urológica Avanzada (ICUA), Clínica CEMTRO, Madrid, España

<sup>e</sup> Servicio de Urología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

Recibido el 2 de agosto de 2013; aceptado el 5 de septiembre de 2013

Disponible en Internet el 25 de octubre de 2013

### PALABRAS CLAVE

Dolor pélvico crónico;  
Prevalencia;  
Factores de riesgo

### Resumen

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de síntomas de dolor pélvico crónico (DPC) en Málaga y provincia y detectar los factores de riesgo asociados.

**Método:** Estudio transversal entre habitantes de Málaga y provincia con edades comprendidas entre los 18 y 65 años; muestreo no probabilístico por cuotas (n=887; 414 mujeres y 473 hombres), estratificado por sexo, edad y comarcas. Todos cumplimentaron el CDPC-M, herramienta validada por su capacidad discriminativa entre sujetos con DPC y sujetos que no lo padecen.

**Resultados:** la prevalencia de síntomas de DPC en sujetos entre 18-65 años fue de 22,8% en la población en general (30,9% mujeres y 15,6% hombres) (RR=1,974 mujeres frente a hombres, IC 95%: 1,53-2,55, p<0,001). Tras corregirse por sexo y edad, los individuos que practican actividad física presentan una menor puntuación en CDPC-M que los que no la hacen (diferencia de medias -0,65 ± 0,27). Los siguientes factores se asocian significativamente a mayor puntuación en la escala: levantar y/o mover carga en actividades de la vida diaria (1,34 ± 0,33), la ingesta de laxantes y/o dieta rica en fibra (2,09 ± 0,48), haber sufrido en el pasado enfermedad infecciosa urogenital —vulvovaginitis, cistitis y prostatitis— (1,77 ± 0,55), hemorroides/fisura anal (1,31 ± 0,40) o traumatismo pélvico (1,21 ± 0,61) respectivamente. En relación con los hábitos posturales solo las horas que el sujeto pasa en bipedestación muestran tendencia a presentar mayores puntuaciones en CDPC-M (coeficiente de regresión ajustado por sexo y edad de 0,078 puntos/hora; EE = 0,04; p = 0,068).

**Conclusiones:** Alta prevalencia de síntomas de DPC en Málaga (22,8%), relacionada significativamente con diversos factores de riesgo.

© 2013 AEU. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: estherdiaz@uma.es (E. Díaz-Mohedo).

0210-4806/\$ - see front matter © 2013 AEU. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.  
<https://doi.org/10.1016/j.uro.2013.09.006>

Fuente: E. Díaz-Mohedo, F. Hita-Contreras, A. Luque-Suárez, C. Walker-Chao<sup>c</sup>, D. Zarza-Luciáñez, J. Salinas-Casado  
Prevalencia y factores de riesgo de dolor pélvico



# Etiología



# Etiología

- Existen múltiples hipótesis acerca del origen del dolor pélvico crónico.
- Aunque aún no existe consenso entre los diferentes autores, parece ser que la patología viene dada por un **proceso de sensibilización central**.
- Existe una alteración en la percepción del dolor por parte del sistema nervioso;
  - Cuando el dolor inicial agudo es muy intenso, no se controla o persiste en el tiempo...
    - El dolor se vuelve crónico y se perpetúa incluso si desaparece la lesión (haciéndose independiente del estímulo nociceptivo de origen).



# Sensibilización Central

- Es una **amplificación de la señal neural** dentro del sistema nervioso central que desencadena **hipersensibilidad al dolor**.
- Hay unas vías ascendentes que habitualmente en estas patologías están **hiperexcitadas**.
- Hay unas vías descendentes que se encargan de la inhibición del dolor que están alteradas (**Inhibidas**)

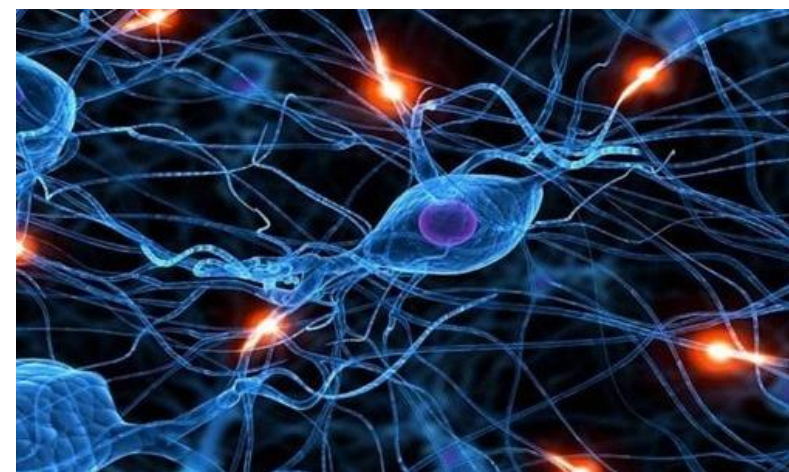


**Amplificación del dolor a nivel central.**



**Hipersensibilidad al dolor**

**Alodinia, hiperalgesia, dolor referido**





# Etiología

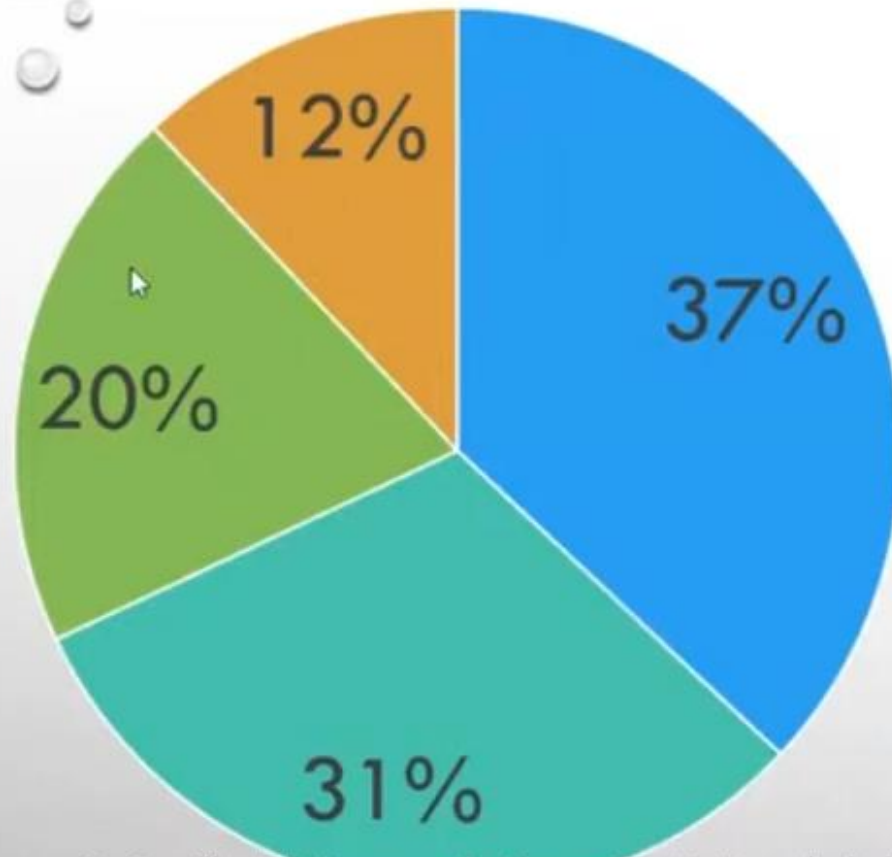
**TABLA 1 - 1.** Causas de dolor pélvico crónico según localización.

Ginecología	TU	TGI	Músculo Esquelético	Neurológico	Mental
Endometriosis EPI crónica Adherencias Congestión pélvica Adenomiosis Sd. Ovario remanente Sd. Ovario residual Leiomiomas Neoplasia Salpingitis	Cistitis intersticial ITU recurrente Divertículo uretral Sd. Uretral crónico Neoplasia	SCI CHRON CUCI Obstrucción intestinal Divertículos Neoplasia Constipación Enfermedad celíaca	Mialgia del piso pélvico Dolor miofascial Coxigodinia Sd piriforme Hernia Postura anormal Fibromialgia Sd de dolor pélvico periparto	Neuralgia Hernias del núcleo pulposo Neoplasia Dolor neuropático Epilepsia Migraña	Abuso de sustancias Somatización Abuso sexual y físico Depresión Trastornos del sueño
Abreviaturas: EPI: enfermedad pélvica inflamatoria, TU: tracto urinario, TGI: tracto gastrointestinal, SCI: síndrome colon irritable.					

Fuente : Artículo de Revisión Abordaje integral del dolor pélvico crónico: revisión de la literatura Juan Sebastian Fuentes Porras<sup>1a</sup>, Janer Sepúlveda Agudelo<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia

# Etiología

## CAUSAS COMUNES DE DPC



- SII
- SVD/CI
- GO (endometriosis, quistes, dismenorrea, infecciones, etc)
- mialgias neuralgias

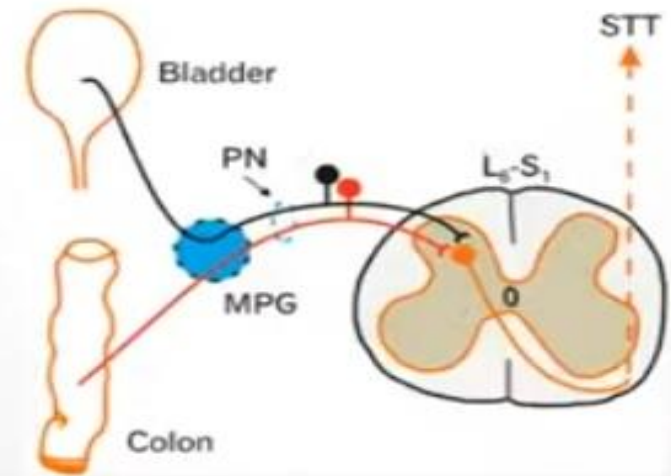
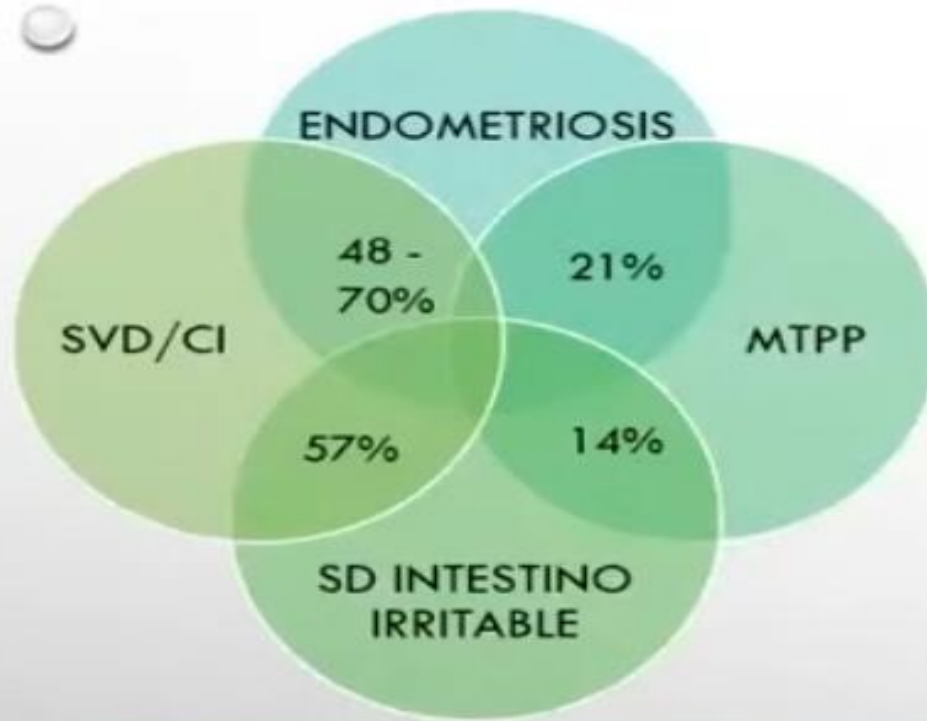
**Hay 80% DE PROBABILIDAD DE QUE CUANDO VEMOS A PACIENTES CON DPC, NO ESTEMOS TRATANDO UNA CAUSA GINECOLÓGICA**

Lamvu G, Carrillo J, Witzeman K, Alappattu M. Musculoskeletal Considerations in Female Patients with Chronic Pelvic Pain. Semin Reprod Med. 2018;36(2):107–115. doi:10.1055/s-0038-1676085



# Etiología

El DPC rara vez está asociado con un solo trastorno, el 80% tiene > 1 trastorno de dolor pélvico



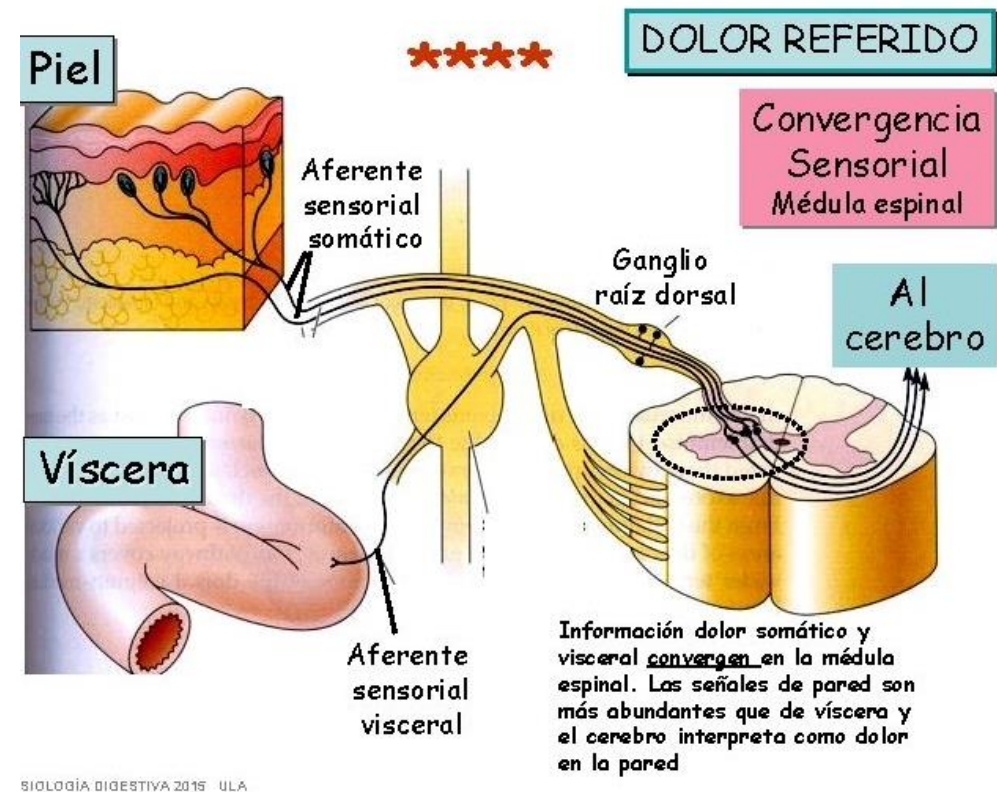
Las aferencias de dolor visceral y somático de los órganos pélvicos tienen una inervación común/convergencia

## ASOCIACIÓN CON OTROS SINDROMES DOLOROSOS

- Chung HK, Chung RP, Gordon D. Interstitial cystitis and endometriosis in patients with chronic pelvic pain: The "Evil Twins" syndrome. *JSLG*. 2005 Jan-Mar;9(1):25-9
- Chronic Pain Research Alliance. "Impact of chronic overlapping pain conditions on public health and the urgent need for safe and effective treatment: 2013 Analysis and Policy Recommendation". [www.chronicpainresearch.org](http://www.chronicpainresearch.org)
- Issa B, Onon TS, Agrawal A, Shekhar C, Morris J, Handy S, Whorwell PJ. Visceral hypersensitivity in endometriosis: a new target for treatment? *Out*. 2012 Mar;6(3):267-72
- Hickel JC, Tripp DA, Fernari M, Moldwin R, Meyer R, Carr UK. J. Interstitial cystitis/painful bladder syndrome and associated medical conditions with an emphasis on irritable bowel syndrome, fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. *J Urol*. 2010 Oct;184(4):1358-63

# Etiología, dolor visceral

- Las neuronas de segundo orden reciben información somática o somática y visceral, es decir no hay neuronas de segundo orden que reciban información solo visceral, de forma que el SNC no logra distinguirla estructura concreta que duele y las pacientes refiere un dolor difuso y complejo de delimitar.
- Además hay más neuronas de segundo orden somáticas que viscerosomáticas, todo ello hace que el **dolor visceral sea de difícil localización** .



# Síntomas más frecuentes

- Normalmente los síntomas no se localizan en un punto específico, el paciente siente un dolor por toda la zona pélvica. Suelen ser:
  - Dolor intenso y constante
  - Dolor intermitente (aparece y desaparece)
  - Dolores o calambres punzantes
  - Presión o sensación de pesadez en una zona profunda de la pelvis.
- Además, el paciente puede experimentar:
  - Dolor durante las relaciones sexuales
  - Dolor en la micción o con el movimiento intestinal
  - Dolor al estar sentado períodos prolongados de tiempo
  - Dolor irradiado a zonas adyacentes (coxis, abdomen, miembros inferiores)....



# Valoración: Anamnesis



Professionals engaged in pain management for women

## Pelvic Pain Assessment Form

Médico: \_\_\_\_\_

### Historial y Examen Físico

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero de expediente: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: Trabajo: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_  
 Numero teléfono adicional: \_\_\_\_\_

### Información Sobre su Dolor

Favor describa su dolor: \_\_\_\_\_  
 ¿Qué cree le está causando su dolor? \_\_\_\_\_  
 ¿Qué cree su familia le está causando su dolor? \_\_\_\_\_  
 ¿Cree debe culpar a alguien por su dolor?  Sí  No ¿Si es cierto, a quien? \_\_\_\_\_  
 ¿Cree que la cirugía será necesaria?  Sí  No  
 ¿Cree que algún evento le causa el dolor?  Sí  No ¿Si es cierto, cual es? \_\_\_\_\_  
 ¿Hace cuanto tiempo tiene usted este dolor?  <(menos) 6 meses  6 meses - 1 año  1-2 años  > (mas) 2 años

Para cada uno de los síntomas de abajo, favor de rellenar el círculo su nivel de dolor basándose en el mes pasado.

10 = el dolor peor 0 = no dolor

¿Como evaluaría su dolor actualmente?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Dolor en la ovulación (ciclo medio)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolor antes de la menstruación o periodo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolor (no cólicos) con periodo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolor agudo en las relaciones sexuales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolor en la ingle cuando levanta peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolor pélvico dura horas o días después de tener relaciones sexuales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolor cuando la vejiga está llena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolor en los músculos y las coyunturas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolor en los ovarios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nivel de dolor de cólicos en los periodos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolor después que el periodo ha terminado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quemazón vaginal con dolor durante el sexo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolor al orinar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolor en la espalda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolor de cabeza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Cual sería un nivel aceptable de dolor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Cual es el peor dolor que ha experimentado?

<input type="checkbox"/> Piedra en los riñones	<input type="checkbox"/> Obstrucción intestinal	<input type="checkbox"/> Migraña
<input type="checkbox"/> Dolor de parto	<input type="checkbox"/> Dolor pélvico actual	<input type="checkbox"/> Dolor de espalda
<input type="checkbox"/> Hueso roto	<input type="checkbox"/> Cirugía	
<input type="checkbox"/> Otro _____		

© Octubre 2007, The International Pelvic Pain Society

This document may be freely reproduced and distributed as long as this copyright notice remains intact

### Información Demográfica

Marque todos que aplican a usted

- Casada  Viuda  Separada  Relación estable  
 Soltera  Vuelta a casar  Divorciada

¿Con quien vive usted? \_\_\_\_\_

Educación:

- Menos de 12 años  Graduado de escuela superior  
 Graduado de universidad  Educación post graduada

¿En que tipo de trabajo está especializado usted? \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de trabajo está haciendo actualmente? \_\_\_\_\_

### Hábitos de Salud

¿Hace ejercicios regularmente?  Sí  No ¿Qué tipo?

¿Qué tipo de dieta hace?

¿Qué cantidad de café consume por día? (incluye café, té, sodas, etc.)  0  1-3  4-6  >6

¿Cuantos cigarrillos fuma al día?

¿Cuantos años ha fumado?

¿Ha sentido la necesidad de beber menos bebidas alcohólicas?  Sí  No

¿Se ha sentido molesto por las criticas en cuanto a su problema con la bebida?  Sí  No

¿Se ha sentido culpable mientras estuvo bebido de algo que dijo o hizo?  Sí  No

¿Ha tomado un trago por la mañana para despertarse?  Sí  No

¿Ha usado droga alguna vez?  Nunca la he usado  La usé en el pasado, pero ahora no  La estoy usando ahora

Prefiero no contestar

- Heroína  Anfetaminas  Marihuana  
 Barbitúricos  Cocaína  Otros: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha recibido tratamiento para uso de sustancias controladas?  Sí  No

### Mecanismos de Enfrentar

¿A quienes les habla cuando tiene el dolor o cuando esta en estrés?

- Esposo/Compañero  Pariente  Grupo de apoyo  Sacerdote / Ministro  
 Amigo  Doctor / Terapeuta  Profesional salud mental  Yo mismo

¿Como tu compañero se comporta con su dolor?

- No nota cuando tengo dolor  Se ocupa de mi  No aplica  
 Retraido  Se siente impotente  
 Me distrae con otras actividades  Se pone furioso

¿Qué ayuda a tu dolor?

- Meditación  Relajación  Acostarse  Música  
 Masaje  Hielo  Almohadón eléctrico  Baño caliente  
 Medicina para dolor  Laxantes / enema  Inyección  Unidad tensión eléctrica (TENS unit)  
 Evacuar  Vaciar vejiga  Nada

¿Qué empeora tu dolor?

- Relaciones sexuales  Orgasmo  Estrés  Comida completa  
 Evacuaciones  Vejiga llena  Orinar  Estar parada  
 Caminar  Ejercicio  Hora del día  Estado del tiempo  
 Contacto con la ropa  Toser / estornudar  No relacionado a nada concreto  
 Otro: \_\_\_\_\_

¿De todos los problemas y estrés en su vida, que importancia le da usted a su dolor?

- Es el problema más importante  Es uno de los tantos problemas

# Valoración: Anamnesis

- **Factores precipitantes y atenuantes;** asociación entre dolor y menstruación, actividad sexual, micción y defecación; y respuesta a cualquier tratamiento previo.
- El **mapeo del dolor** puede ser útil para identificar otras áreas donde el paciente experimenta dolor .
- Consultar la **perspectiva subjetiva** del paciente sobre posibles orígenes del dolor, y validar sus preocupaciones y ansiedad.
- Evaluar los **efectos en calidad de vida** y funcionalidad (Escala de calidad de vida.)
- **Registro del dolor** :fechas de episodios de dolor, calificación numérica de cero a 10, ubicación del dolor y gravedad, factores asociados (menstruaciones, estado de ánimo, función del intestino / vejiga, coito, actividad física), y el uso de medicamentos analgésicos



# Valoración: Examen físico

- El objetivo es identificar el dermatoma, tejidos, nervios, músculos y órganos que reproducen los síntomas de dolor del paciente en un intento de determinar la causa subyacente.
- El **abdomen y pelvis** deben ser examinados en busca de puntos de gatillo, cicatrices quirúrgicas, secreción vaginal, prolapso de órganos pélvicos, aumento de volumen uterino.
- Los **genitales externos** deben ser examinados buscando signos de infección o afecciones inflamatorias dermatológicas,
- El examen de la **musculatura del suelo pélvico** puede revelar hipo o hipertonicidad, contractura y puntos de gatillo.
- La **sensibilidad** a la palpación sobre la zona lumbar, articulaciones sacroilíacas o sínfisis púbica puede indicar un origen musculoesquelético del dolor.





# Valoración :Examen físico

- Se realiza una **valoración fisioterapéutica individual** donde se debe tener en cuenta:
  - Disfunciones **articulares**.
  - Estado de la **musculatura**, realizando una valoración específica a nivel intracavitario y de los músculos de la región lumbo-pélvica.
  - Valoración de la **dinámica muscular** entre agonistas, antagonistas, sinergistas y estabilizadores pélvicos.
- Realizaremos un estudio exhaustivo de **la postura** tanto en sedestación, bipedestación y marcha, como los apoyos plantares, alteraciones biomecánicas y contracturas musculares.



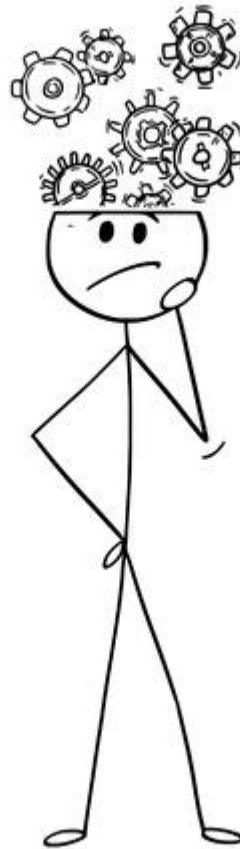
# Tratamiento del dolor Pelvico Crónico

- El abordaje terapéutico del DPC se enfoca tanto a partir:
  - Del tratamiento del DPC en sí mismo.
  - Del tratamiento de enfermedades o trastornos que pueden ser causa o contribuir al DPC.
- Estos 2 enfoques no son mutuamente excluyentes y, en muchos casos, los mejores resultados se logran mediante la combinación de ambos.
- Los tratamientos podrían clasificarse en:
  - farmacológico,
  - psicológico,
  - quirúrgico y
  - fisioterapéutico.



# Tratamiento Fisioterápico Del Dolor Pélvico Crónico

- ¿Qué podemos aportar desde la fisioterapia en Atención Primaria en el abordaje el DPC ??



# Tratamiento fisioterápico

- El tratamiento fisioterápico debe iniciarse tras una **escucha activa** a la paciente y la explicación clara de:
  - La fisiopatología que sufre
  - Cómo le podemos ayudar
  - Explicar todo el proceso de recuperación que se va a llevar a cabo.



# Tratamiento fisioterápico

1. Tratamiento de las **disfunciones articulares** que condicionan la postura de la paciente y el funcionamiento muscular y visceral .
2. **Tratamiento postural** (diafragma)
3. Trabajo de **estabilización lumbo-pélvica** (activación de transversos del abdomen, multífidos y musculatura del suelo pélvico).
4. **Tratamiento miofascial y muscular** (puntos gatillo)
5. **Terapia física**: electroterapia, magnetoterapia, diatermia...
6. **Actividad grupal** :Programa de ejercicios de estabilización lumbo-pélvica y acondicionamiento muscular.



# 1. Tratamiento fisioterápico.

## Tratamiento de disfunciones articulares

- Es fundamental realizar la correcta **manipulación articular** de las disfunciones articulares de las estructuras relacionadas con el suelo pélvico.
- Es frecuente encontrar bloqueos a nivel vertebral lumbar, en las articulaciones sacroilíacas, coxis y caderas.
- Para ello disponemos de :
  - técnicas de thrust (lumbar roll),
  - técnicas de energía muscular.
  - Técnicas de movilización articular



## 2. Tratamiento fisioterapia: Corrección postural

- La corrección postural es uno de los pilares básicos tanto de la **prevención como del tratamiento** de las disfunciones del suelo pélvico.
- Es común en paciente que sufren dolor pélvico crónico observar **alteración en la biomecánica pélvica y de miembros inferiores.**



## 2.Tratamiento: corrección postural

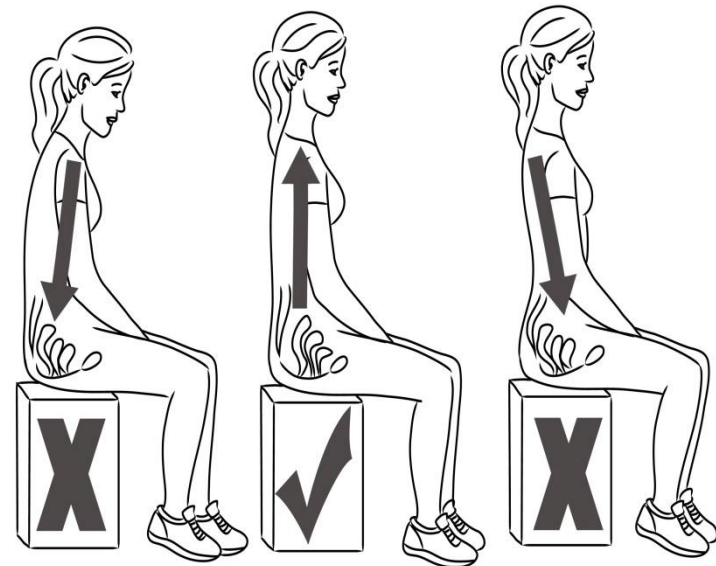
- En la mayoría de los casos (75%) presentan:
  - Hiperlordosis lumbar
  - Inclínación pélvica anterior
  - Asimetría de crestas ilíacas,
  - Inestabilidades y disfunciones ASI
  - Dismetrías en altura de la sínfisis del pubis,
  - Dismetrías de MMII.





## 2.Tratamiento: corrección postural

- Comenzaremos explicándole al paciente la anatomía, la función músculo-esquelética y como la postura influye en el aumento del tono muscular y la rigidez fascial .



- **Una postura corporal adecuada facilita la correcta gestión de las presiones abdomino-pélvicas, reduciendo la hiperpresión sobre el periné anterior.**



# Tratamiento: corrección postural



- La posición de la columna lumbar influye en la activación de la musculatura del SP y la musculatura profunda de la pared abdominal.
- **En posición neutra y extensión aumenta la actividad** de dicha musculatura , mientras la flexión relaja la musculatura abdominal y esto se relaciona con una disminución de la actividad del suelo pélvico.



## 2.Tratamiento: corrección postural

- **Trabajo de diafragma** es fundamental por varios motivos:
  - la relación vasculo-nerviosa con vísceras abdominales (nervio vago , aorta abdominal , vena cava y nervios esplácnicos)
  - Mantenimiento de la postura
  - Importante músculo respiratorio
- Técnicas de tratamiento:
  - Entrenamiento de la respiración abdómino-diafragmática
  - Técnicas manuales de bombeo y masaje
  - Técnicas de automasaje y relajación



## 2.Tratamiento: corrección postural

- Con la práctica de los ejercicios de activación de la musculatura en posturas adecuadas se consigue la interiorización de las mismas de forma que se produzcan de forma automática.
- Consiste en tomar conciencia del propio cuerpo (propiocepción) y aprender a mantener una postura adecuada.



## 2.Tratamiento: corrección postural

- Posteriormente, le enseñaremos al paciente cómo debe de sentarse, caminar y bipedestar para mejorar la sintomatología.

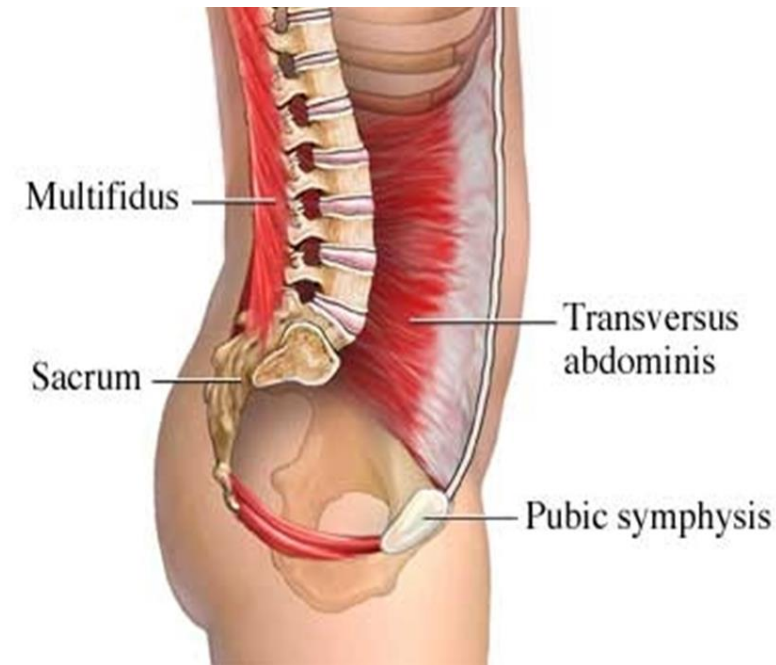
### AUTOELONGACIÓN



# 3.Tratamiento: estabilización lumbopélvica

- Activación de transverso del abdomen y estabilizadores lumbopélvicos.

- Posición neutra lumbar
- Respiración abdominal posterolateral
- Contracción (ahueco abdomen)



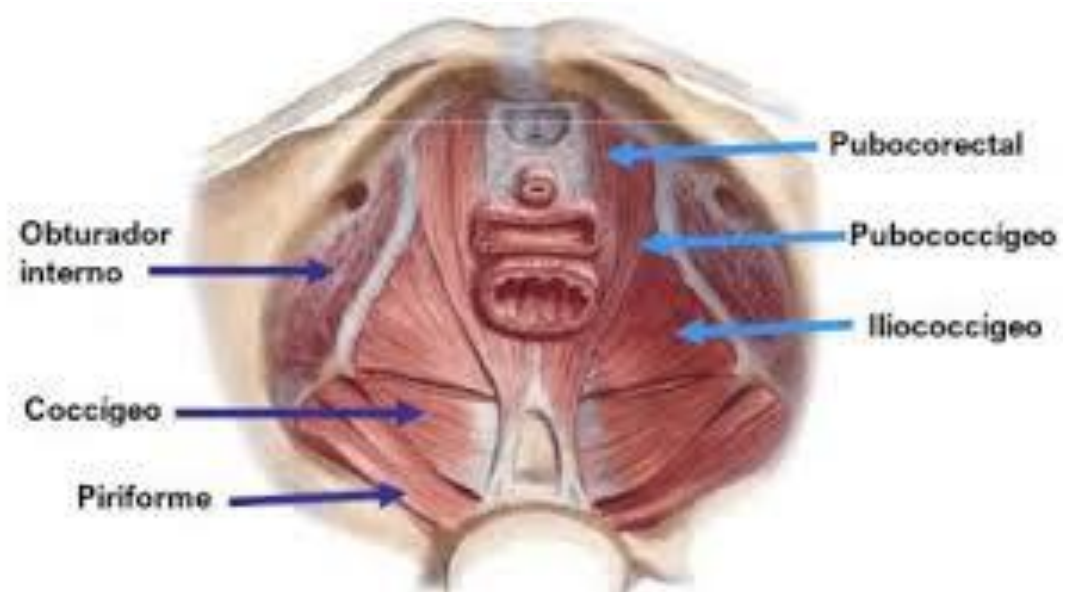
- Enseñaremos la contracción básica de la musculatura del suelo pélvico .

- Evitando contracciones parásitas de glúteos y aductores
- Manteniendo la posición neutra de columna lumbar
- Realizando una respiración abdominal posterolateral.



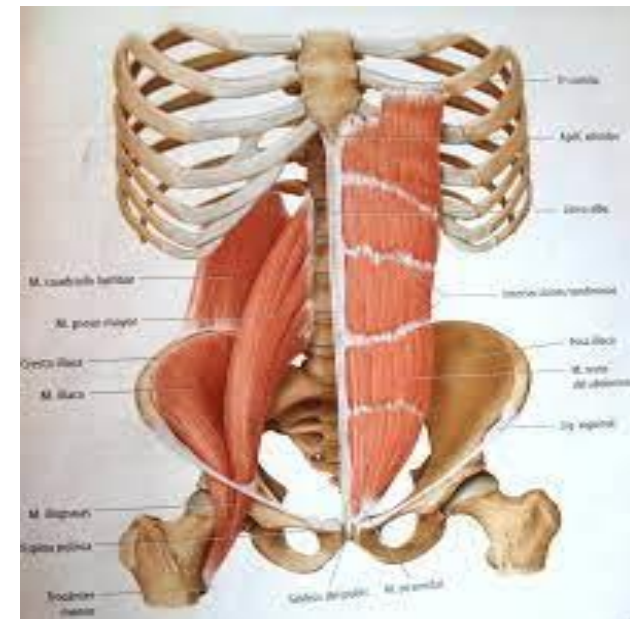
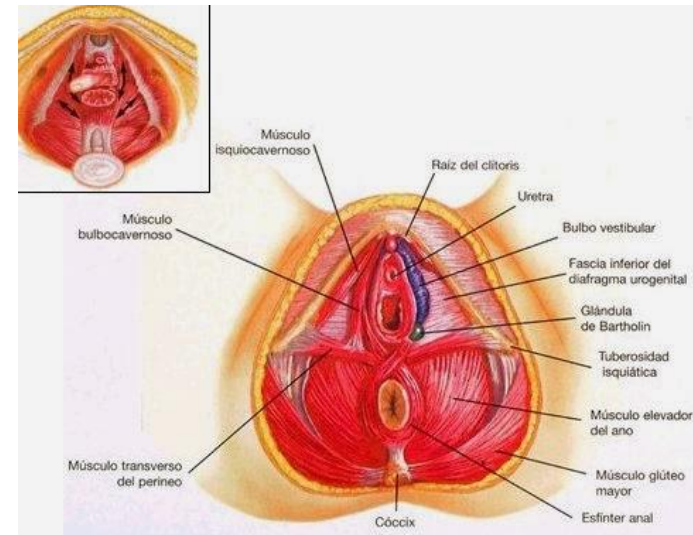
## 4.Tratamiento fisioterápico: Tratamiento miofascial y muscular

- En los últimos estudios, se ha demostrado que una de las etiologías más importantes del dolor pélvico crónico es la presencia de **patologías miofasciales y musculares**, provocando en muchos casos:
  - puntos gatillo y contracturas de la musculatura del suelo pélvico,
  - disfunciones del suelo pélvico
  - espasmos,
  - adherencias
  - y fibrosis.



# 4.Tratamiento miofascial y muscular

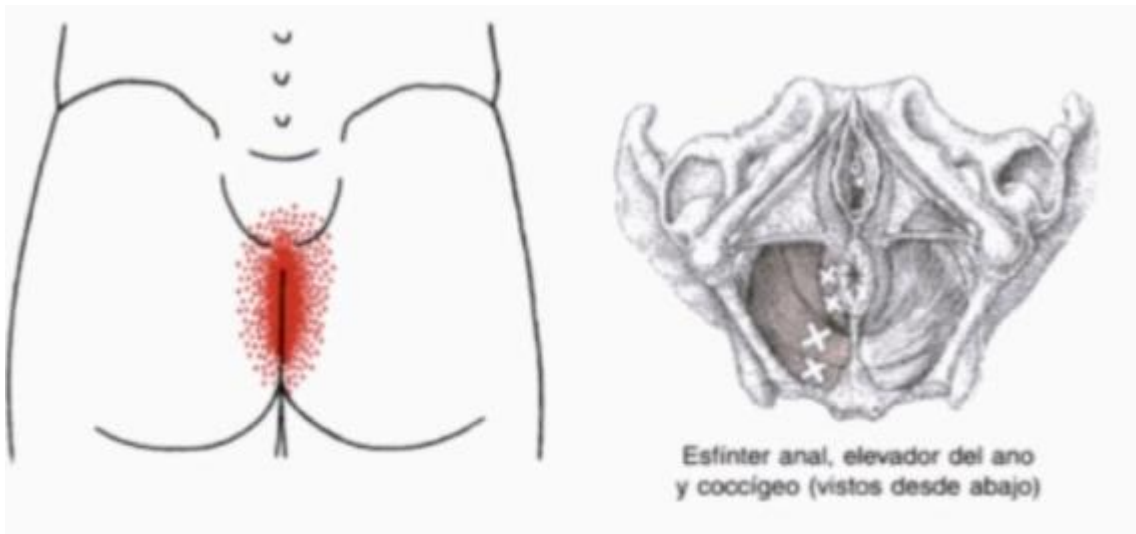
- Entre los músculos más afectados nos encontraremos los **intrínsecos** al suelo pélvico como son:
  - elevador del ano,
  - esfínter anal externo,
  - coccígeo,
  - obturador interno,
  - bulboesponjoso e
  - isquiocavernoso.
- Además, pueden verse afectados otros músculos **extrínsecos** al suelo pélvico como son:
  - cuadrado lumbar,
  - iliopsoas,
  - abdominales,
  - piramidal y glúteos.





# 4.Tratamiento miofascial y muscular

## Esfínter anal, elevador del ano e isquiococcígeo



- Dolor irradiado a uretra y vejiga.
- Dolor en la parte inferior del abdomen
- Aumento de frecuencia y urgencia urinaria.
- Dolor alrededor del cóccix y ano.
- Plenitud intestinal, sensación de pelota de golf en el recto

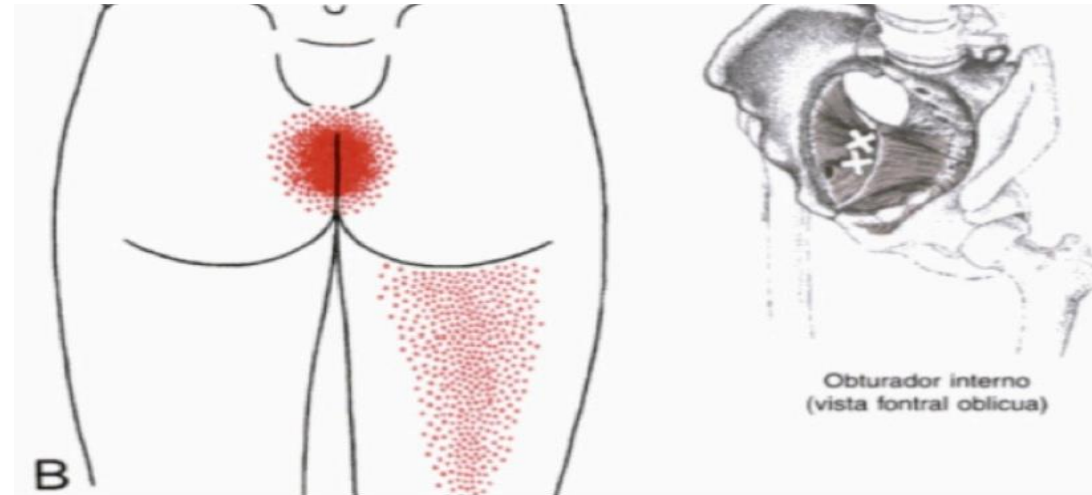
*Fuente: Travell JG, Simons DG. Dolory Disfunción Miofascial el Manual de Puntos Gatillo. ED. Médica Panamericana; 2004 752 p.*



# 4.Tratamiento miofascial y muscular

## Obturador interno

- Dolor vulvar.
- Dolor uretral.
- Dolor difusa en suelo pélvico.
- Sensación de pelota de golf en el recto .
- Puede simular sensación de atrapamiento del nervio pudiendo, por la estrecha relación de ambos al pasar el nervio por el canal obturador.



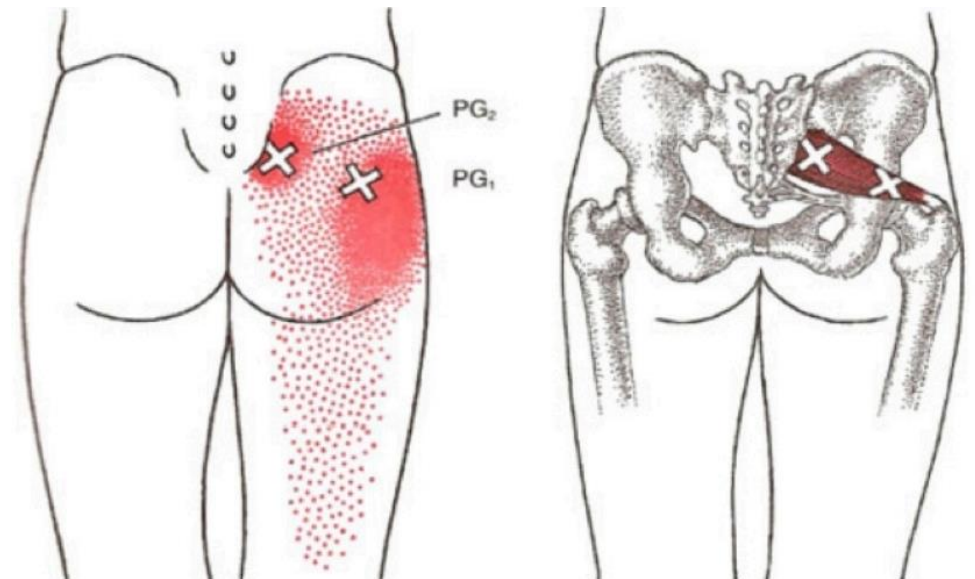
*Fuente: Travell JG, Simons DG. Dolory Disfunción Miofascial el Manual de Puntos Gatillo. ED. Médica Panamericana; 2004 752 p.*



# 4.Tratamiento miofascial y muscular

## Músculo Piramidal

- Dolor referido a vejiga y uretra.
- Dolor alrededor del hueso pubiano.
- Dolor referido a articulación sacroilíaca, nalga y cadera .
- Ciatalgia por atrapamiento ciático.

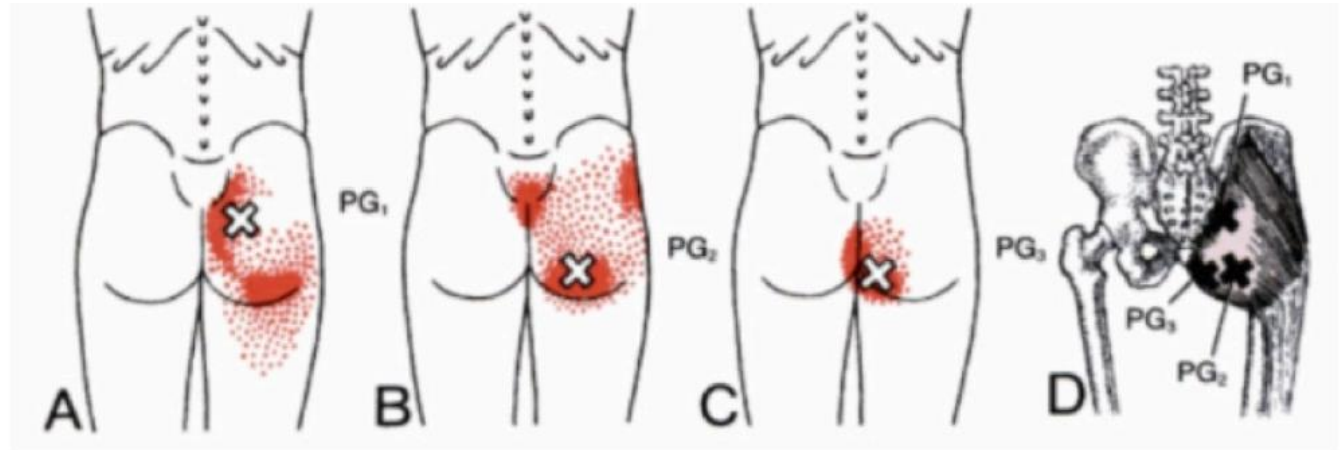


**Fuente: Travell JG, Simons DG. Dolores y Disfunción Miofascial el Manual de Puntos Gatillo. ED. Médica Panamericana; 2004 752 p.**



# 4.Tratamiento miofascial y muscular Glúteo Mayor

- Dolor en la zona sacra.
- Dolor en la región posterior de la cadera.

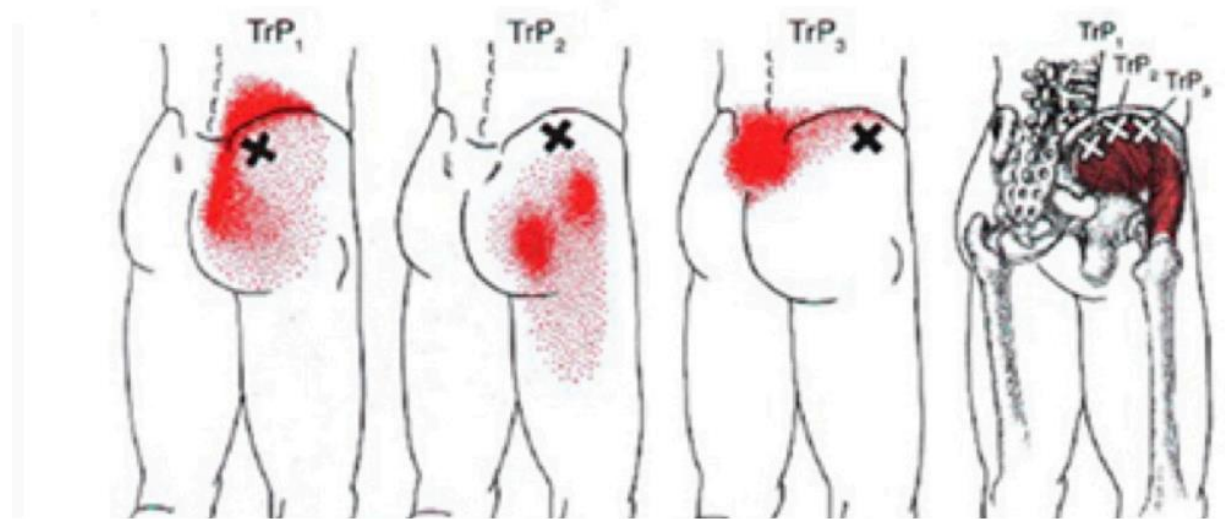


*Fuente: Travell JG, Simons DG. Dolory Disfunción Miofascial el Manual de Puntos Gatillo. ED. Médica Panamericana; 2004 752 p.*



# 4.Tratamiento miofascial y muscular Glúteo medio

- Dolor en la zona sacra.
- Dolor en la región posterior de la cadera.



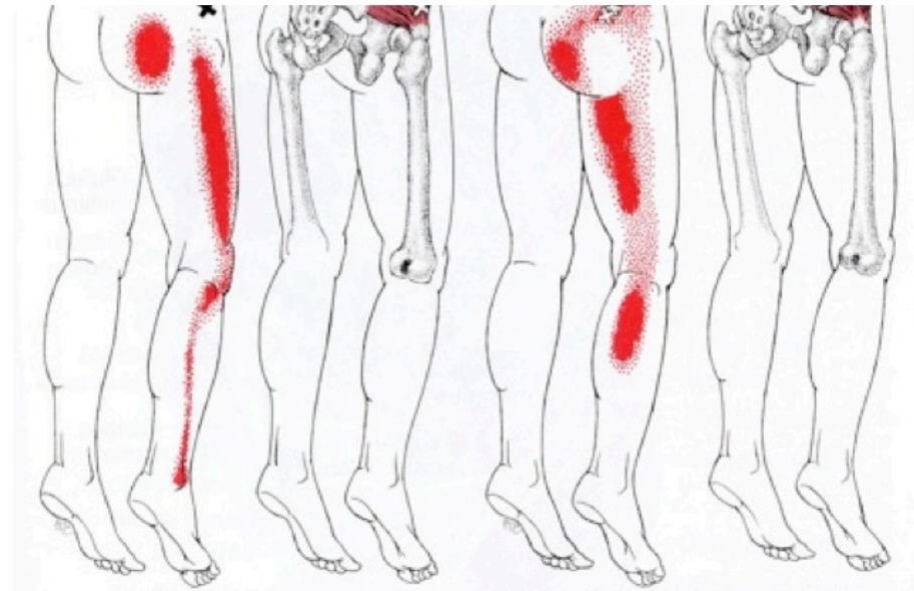
*Fuente: Travell JG, Simons DG. Dolor y Disfunción Miofascial el Manual de Puntos Gatillo. ED. Médica Panamericana; 2004 752 p.*



# 4.Tratamiento miofascial y muscular

## Glúteo Menor

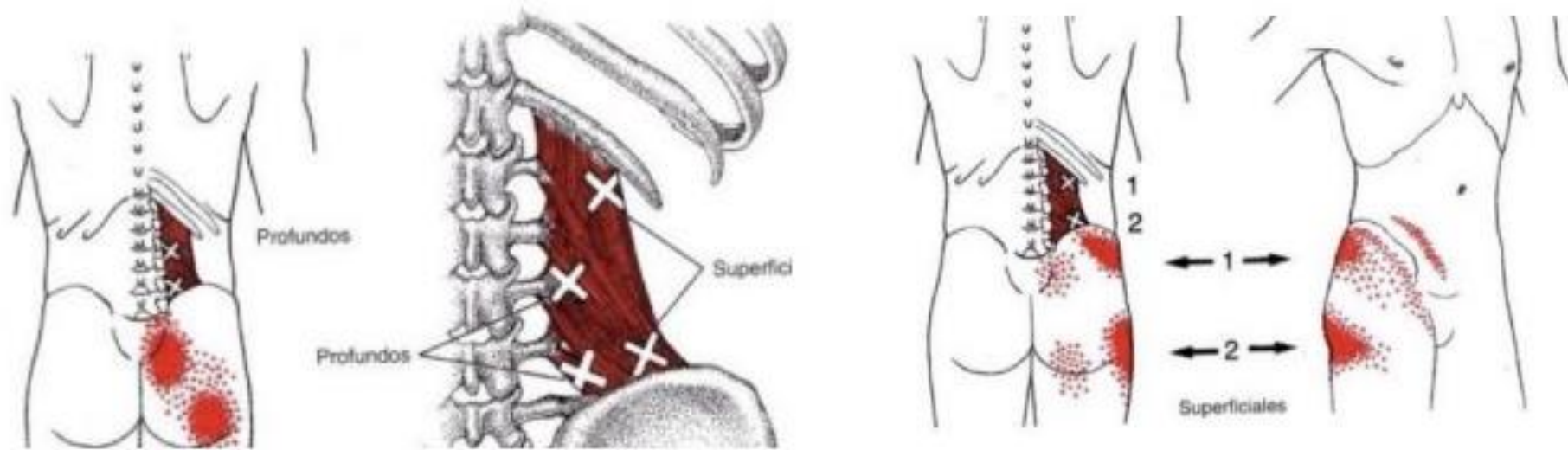
- Dolor en la nalga
- Dolor irradiado cara externa de la pierna.



**Fuente: Travell JG, Simons DG. Dolor y Disfunción Miofascial el Manual de Puntos Gatillo. ED. Médica Panamericana; 2004 752 p.**



# 4.Tratamiento miofascial y muscular Cuadrado Lumbar



- Dolor en la ingle.
- Dolor en la nalga.
- Dolor en la parte baja del abdomen.

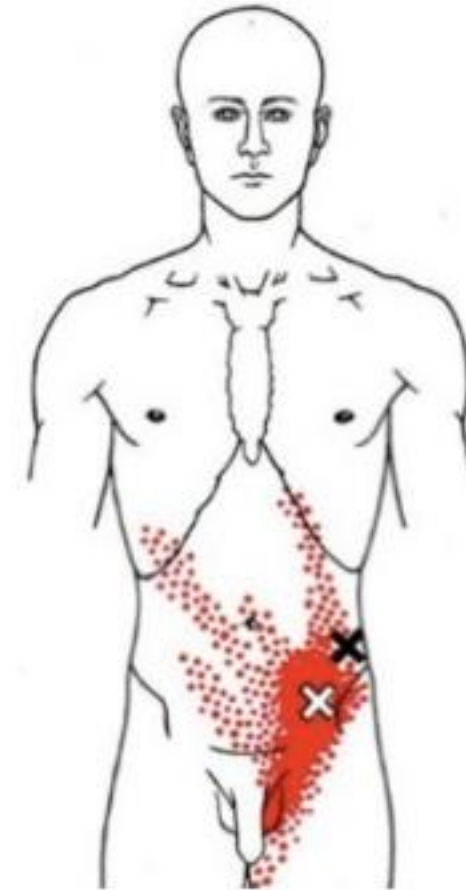
*Fuente: Travell JG, Simons DG. Dolor y Disfunción Miofascial el Manual de Puntos Gatillo. ED. Médica Panamericana; 2004 752 p.*



# 4.Tratamiento miofascial y muscular

## Oblicuos del abdomen

- Dolor en la parte baja del abdomen.
- Dolor irradiado a ingle.



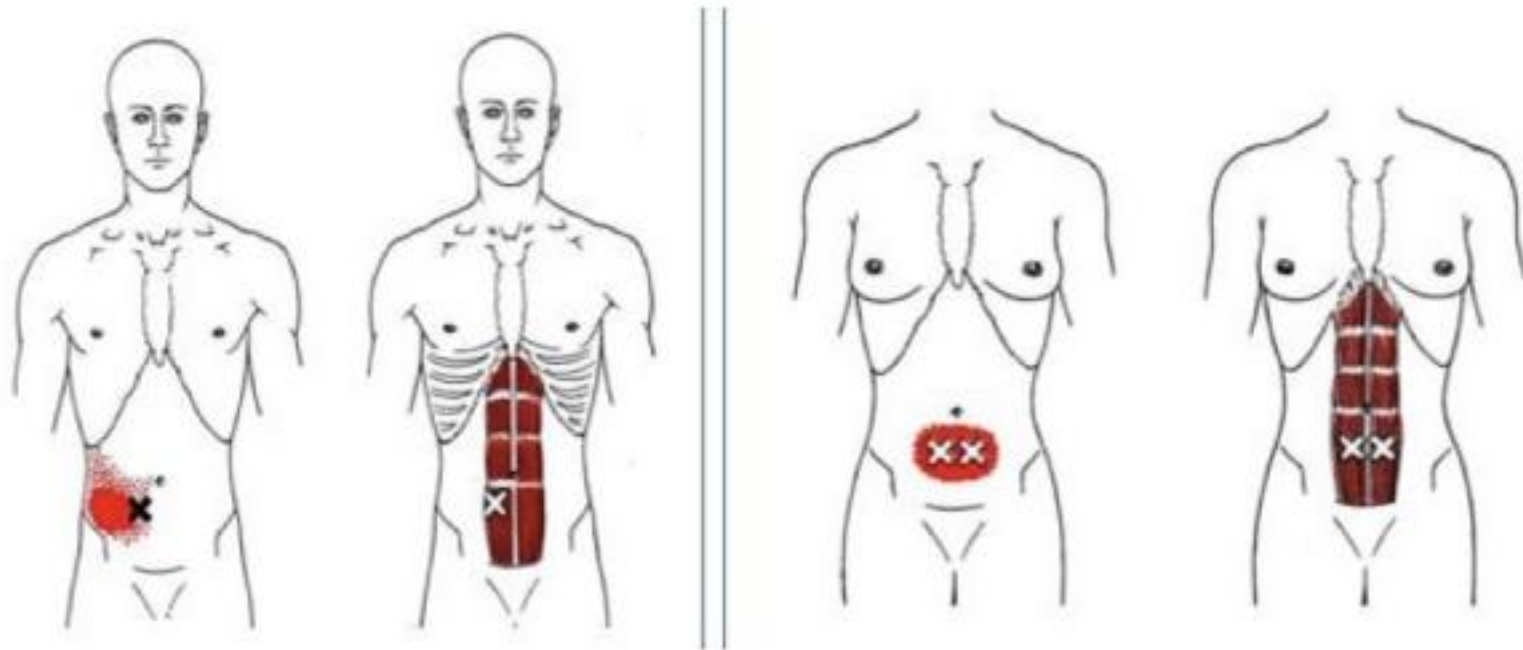
***Fuente: Travell JG, Simons DG. Dolor y Disfunción Miofascial el Manual de Puntos Gatillo. ED. Médica Panamericana; 2004 752 p.***





# 4.Tratamiento miofascial y muscular

## Rectos del abdomen



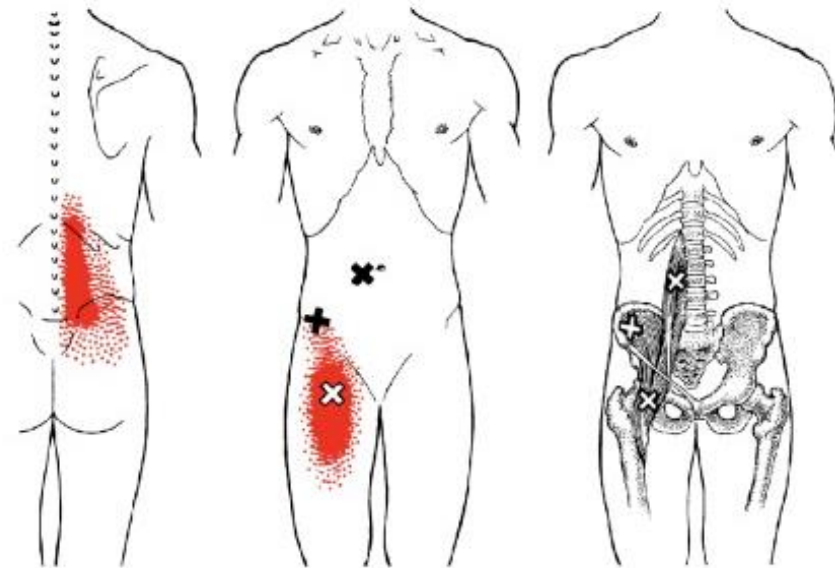
- Dolor en ingle.
- Dolor suprapúbico

*Fuente: Travell JG, Simons DG. Dolor y Disfunción Miofascial el Manual de Puntos Gatillo. ED. Médica Panamericana; 2004 752 p.*



# 4.Tratamiento miofascial y muscular iliopsoas

- Dolor en la ingle
- Dolor paravertebral lumbar



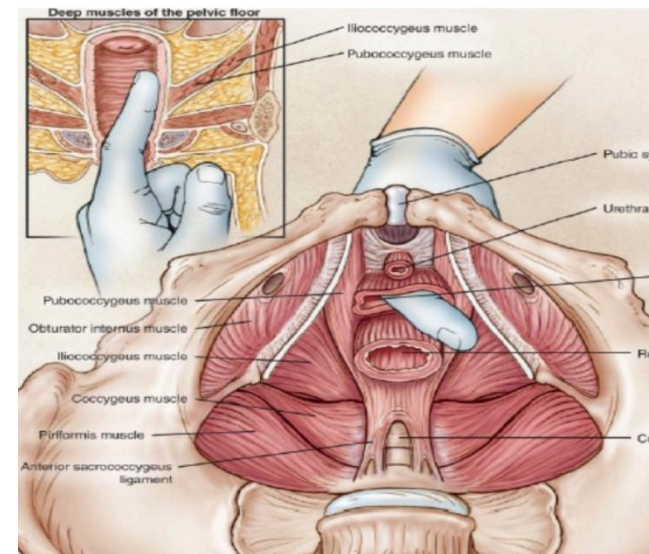
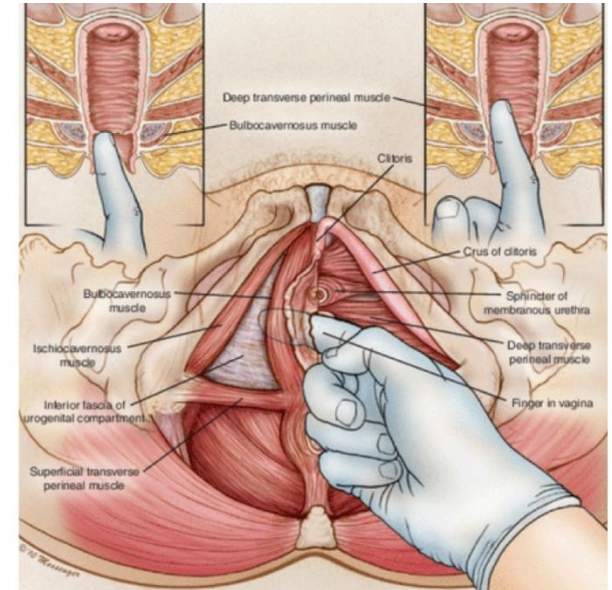
*Fuente: Travell JG, Simons DG. Dolor y Disfunción Miofascial el Manual de Puntos Gatillo. ED. Médica Panamericana; 2004 752 p.*



# 4.Tratamiento miofascial y muscular

- Entre las técnicas de fisioterapia que se podrán aplicar destacan:

- Punción seca
- Inducción miofascial
- Masaje transversal profundo
- Estiramientos
- Técnicas de contracción/relajación
- Técnicas de contracción post-isométrica.



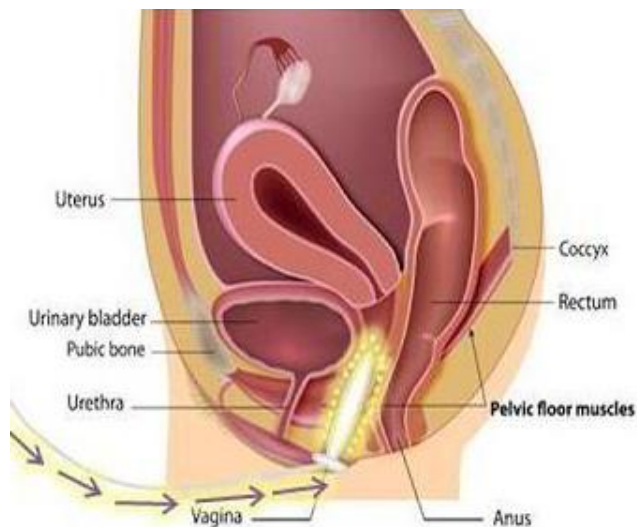
# 5.Terapia física: electroterapia

- Como complemento al tratamiento fisioterápico, se puede hacer uso de electroterapia que persigue los siguientes fines:
  - provocar analgesia,
  - reeducar la función del suelo pélvico,
  - mejorar el trofismo de la zona
  - descontracturar los músculos afectados.
- Entre las corrientes de las que podemos hacer uso destacan:
  - TENS,
  - magnetoterapia,
  - corrientes interferenciales,
  - reeducación mediante biofeedback y
  - Termoterapia: diatermia(Indiba).



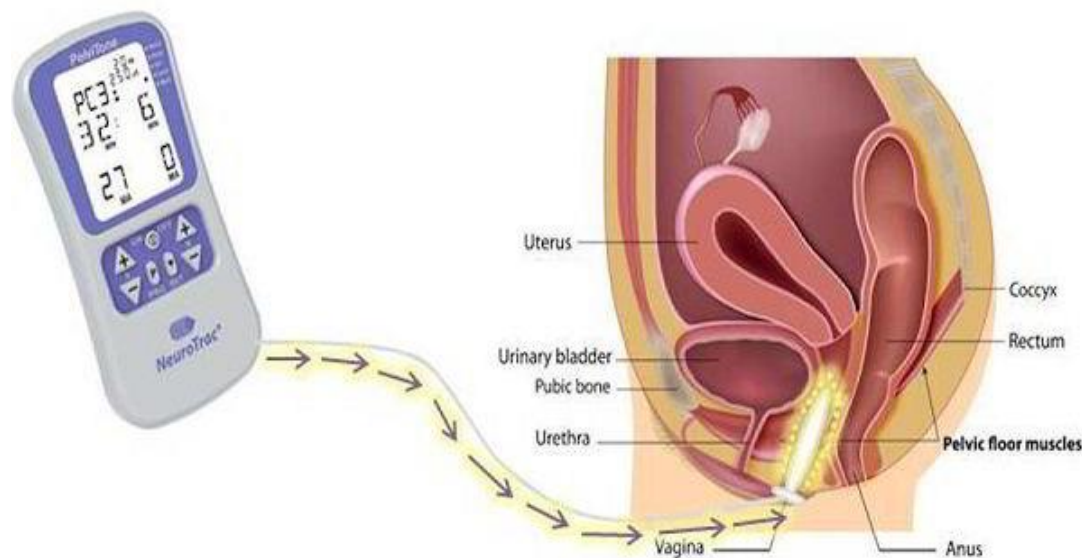
# Tratamiento electroterápico

- Las TENS constituyen una modalidad no invasiva, de fácil manejo, que no presenta efectos colaterales ni interacción con medicamentos, es utilizada para el alivio del dolor y estimulación de nervios periféricos .
- Este tipo de terapia está basada en la liberación de opioide a través de la teoría de la compuerta de Melzack y Wall.



# Tratamiento electroterápico

- **Electroestimulación del nervio pudendo,**
  - Produce como consecuencia un incremento del tono, fuerza y resistencia muscular, además de producir analgesia en la zona.
  - La electroestimulación es un tratamiento indoloro y carece de efectos secundarios y de complicaciones.



Sonda periform



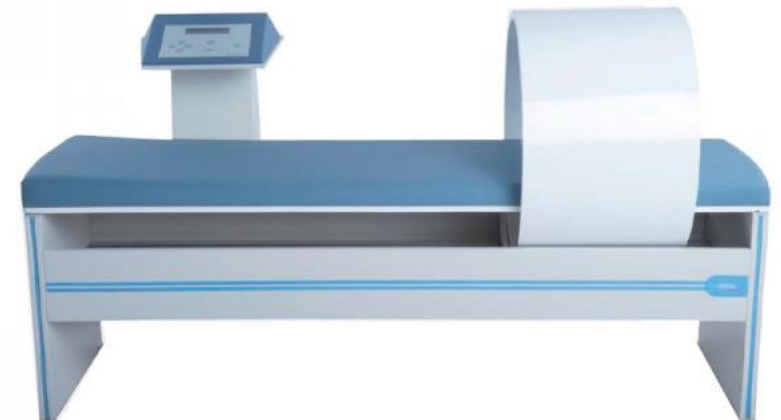
# Tratamiento electroterápico

- **Electroestimulación y neuromodulación del Tibial posterior**
  - El nervio tibial posterior tiene origen en las raíces sacras S2 a S4, nacimiento también de todos los nervios que controlan la actividad de la vejiga urinaria, ano y suelo pélvico.
  - La técnica se basa en estimular y neuromodular el nervio tibial posterior a través de pequeños electrodos en la piel lo que, de forma retrógrada, también estimulará todas las estructuras pélvicas antes descritas.



# 5.Terapia física: Magnetoterapia

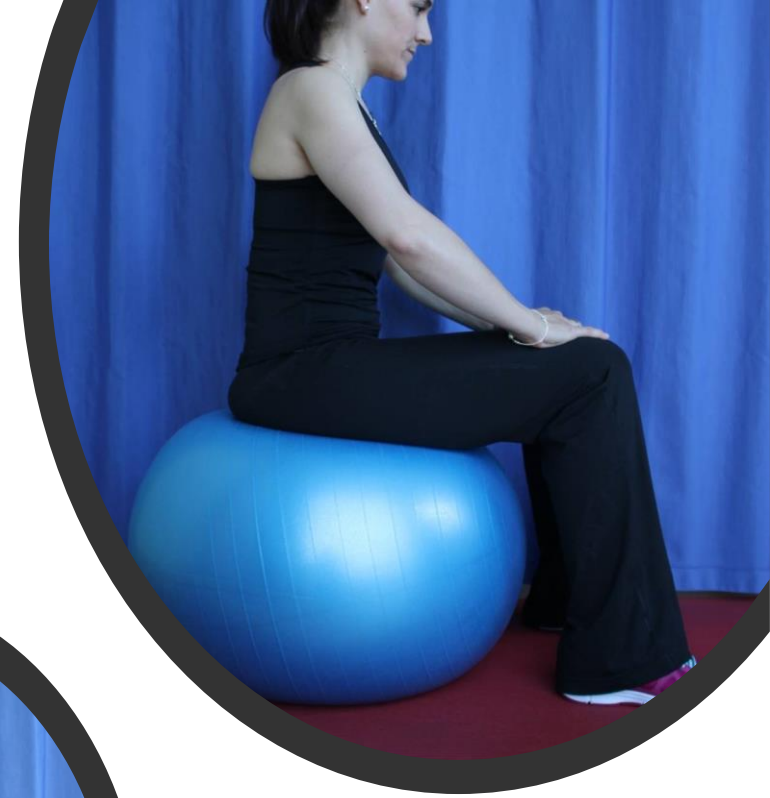
- Los campos magnéticos producen efectos bioquímicos, celulares, titulares y sistémicos.
- Produce efectos de relajación muscular sobre las fibras lisas y estriadas , debido a la disminución del tono simpático. Esta actuación supone un **efecto relajante y descontracturante** sobre el músculo esquelético.
- Produce efecto **antiinflamatorio** por un mayor aporte de elementos de defensa, bioquímicos así como de regulación circulatoria, tanto por producir vasodilatación arterial como por estimular retorno venoso.





# 6. Programa de estabilización Lumbopélvica

- La última parte del tratamiento será el entrenamiento de la musculatura estabilizadora de la espalda y del suelo pélvico.
- Se realiza en grupos reducidos en los que se explicará con detalle los objetivos del programa y se entrenará con las pacientes durante varias sesiones para que aprendan a la perfección el desarrollo de los mismos.



# 6. Programa de estabilización Lumbopélvica

- El programa de estabilización pasa por varias fases:
  - 1. Reconocer la región lumbopélvica
    - Controlar la báscula pélvica
    - Identificar la posición neutral de la columna lumbar.
  - 2. Aprender a realizar la respiración de forma correcta durante los ejercicios.
  - 3. Contraer activamente la musculatura estabilizadora: transverso, multífidos y musculatura del suelo pélvico.
  - 4. Realización de ejercicios de dificultad progresiva incluyendo movimientos con miembros superiores o inferiores, ejercicios en cadena cinética cerrada o cadena cinética abierta...
  - 5. Integrar esta activación muscular en las actividades de la vida diaria



# Prevención dolor pélvico crónico

- Tratamiento de cicatrices ( cesárea, episiotomía y cualquier cirugía de la esfera digestiva o urogenital).
- Masaje perineal para facilitar el expulsivo y evitar episiotomías.
- Evitar estreñimiento, ingesta hídrica adecuada, alimentación equilibrada y posición de la defecación adecuada.
- Evitar prendas muy ajustadas que dificultan la circulación (varices pélvicas).
- Actividad física regular, ejercicio moderado-intenso 3 veces por semana de al menos 40 minutos, evitando ejercicio de alto impacto.
- Cuidado de suelo pélvico con ejercicios específicos, (autocuidados).




# Conclusiones

- El DPC es un dolor localizado en la pelvis de más de 3-6 meses de duración y que se asocia a consecuencias negativas comportamentales, emocionales, cognitivas y sexuales.
- Actualmente, no hay consenso sobre las causas que provocan la enfermedad y el tratamiento que se puede aplicar, por lo que es fundamental **seguir estudiando la patología** para realizar el mejor abordaje posible y restaurar la calidad de vida de las pacientes .
- En el manejo del DPC es indispensable el **trabajo interdisciplinar**.



# Conclusiones: Equipo interdisciplinario

- El tratamiento debe ser interdisciplinario, entre, matronas, médicos/as, psicólogos/as y fisioterapeutas.

- "ATENCIÓN MULTIDISCIPLINARIA"  "ATENCIÓN INTERDISCIPLINARIA"
- UN EQUIPO QUE COLABORA EN EL USO DE UN MODELO BIOPSIICOSOCIAL COMPARTIDO Y METAS PARA BRINDAR TRATAMIENTO MULTIMODAL.



# Experiencia personal en el equipo de trabajo Matrona-Fisioterapeuta.

- 2017 decidimos iniciar esta andadura convirtiéndonos en “Centro Piloto en Ourense para la implementación de la Guía Técnica de Abordaxe de disfuncións do solo pelviano feminino”.
- Trabajo muy enriquecedor-complementario-abordaje global.
- 2018, estudio sobre el grado de satisfacción de las pacientes atendidas en AP por disfunciones del suelo pélvico.

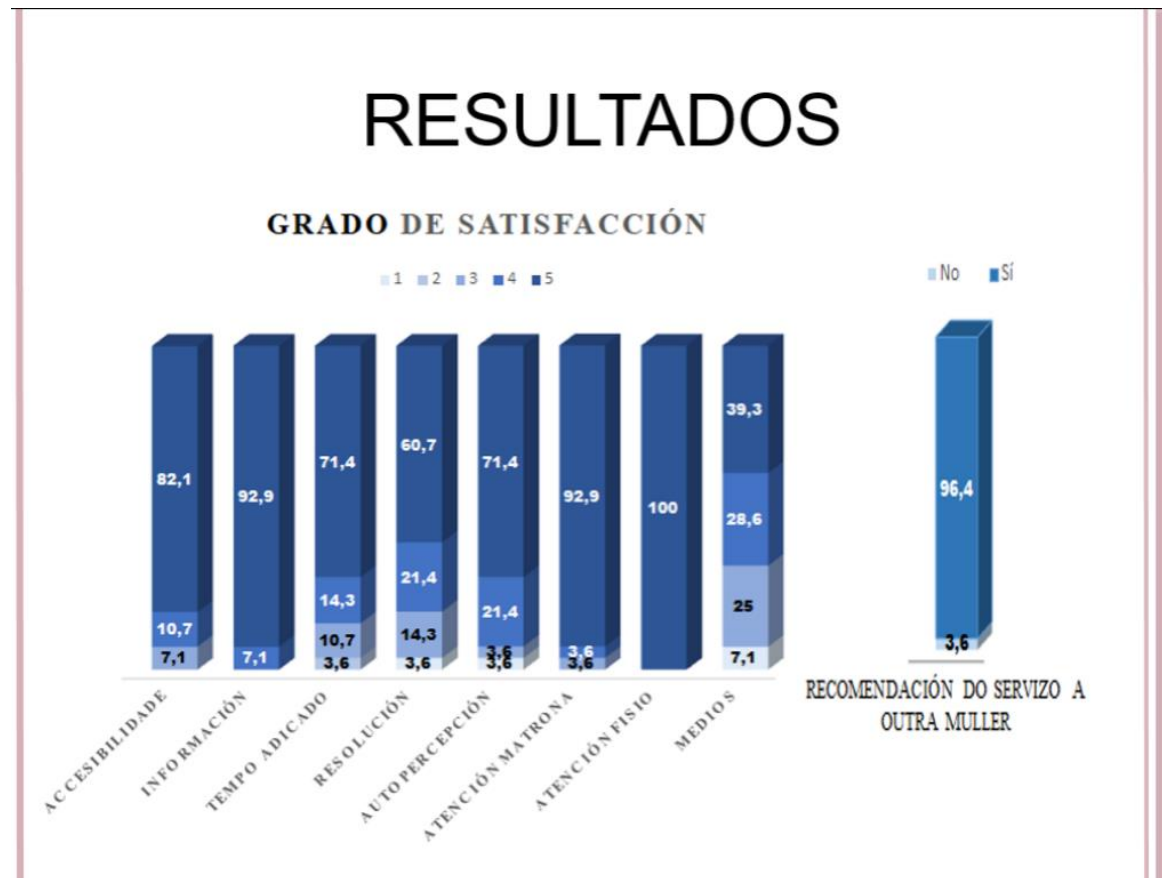
**Grao de satisfacción de  
pacientes tratadas en  
Atención Primaria por  
disfuncións de solo pelviano**

Fátima Varela Basalo (Matrona- EOXI A Coruña)  
Laura Orosa Bermúdez (Fisioterapeuta- EOXI A Coruña)  
Maria Isabel de la Torre Sas ( Matrona- CS Ribadavia)  
Patricia Chamorro Nuñez ( Fisioterapeuta- CS Ribadavia)



# Experiencia personal en el equipo de trabajo Matrona-Fisioterapeuta.

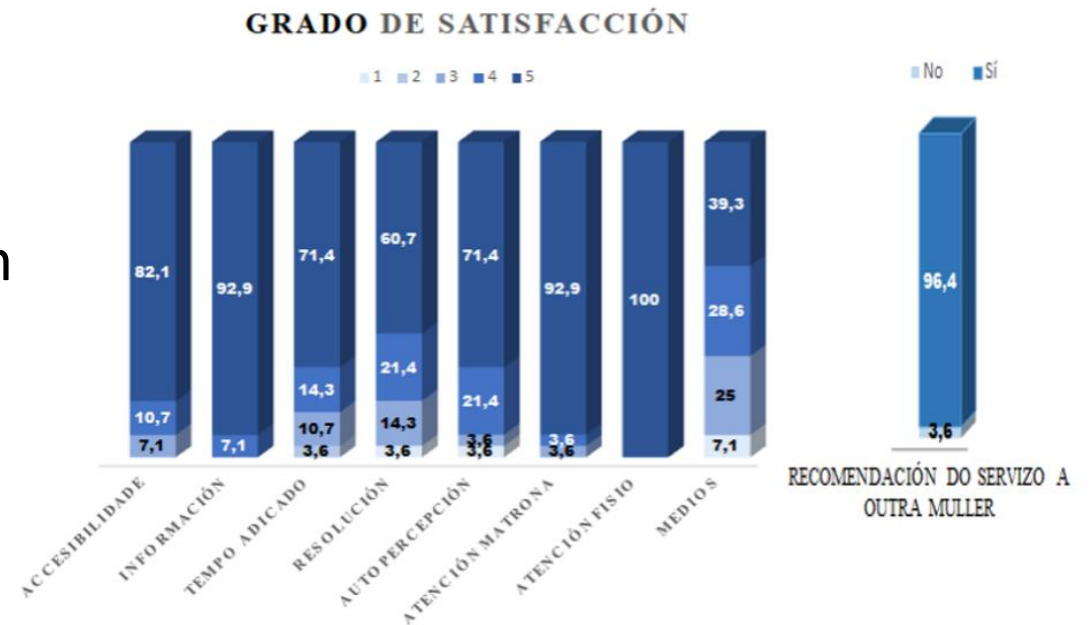
- Objetivo: conocer el grado de satisfacción de las mujeres tras ser tratadas en la consulta de AP de matronas e fisioterapeutas.
- Estudio descriptivo transversal
- Enquisa online autoadministrada
- Valoración sobre aspectos de accesibilidad, información recibida, autopercepción de salud, atención recibida, tiempo dedicado y medios empleados.



# Experiencia personal en el equipo de trabajo Matrona-Fisioterapeuta.

- Un 93% consideraron que su salud había mejorado.
- Un 82% consideraban que se solucionó su problema.
- Un 17 % de las pacientes tratadas en fisioterapia fueron al derivadas a ginecología lo que implica que 83%de las mujeres con disfunción de SP mejoraron tras ser atendidas por el equipo matrona –fisioterapeuta.

## RESULTADOS



- 96,4% de las pacientes recomendarían el servicio a otra mujer.



# GRACIAS POR VUESTRA ATENCIÓN





ESCOLA GALEGA  
DE ADMINISTRACIÓN  
PÚBLICA



AXENCIA DE  
COÑECEMENTO  
EN SAÚDE



Xacobeo 21-22



ESCOLA GALEGA  
DE ADMINISTRACIÓN  
PÚBLICA



XUNTA  
DE GALICIA



SERVIZO  
GALEGO  
de SAÚDE



acis  
AXENCIA DE COÑECEMENTO EN SAÚDE