

NO HACER EN SUELO PÉLVICO

El Grupo de Trabajo de Suelo Pélvico de SERMEF, recomienda NO HACER:

1. No ofrezca estimulación eléctrica con electrodos de superficie (cutáneos, vaginales, anales) solos para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo.

Existe nivel de evidencia I y grado de recomendación A de que los ejercicios de la musculatura de suelo pélvico (EMSP) mejoran la IU de esfuerzo, pero no existe evidencia consistente de que la electroestimulación, como técnica aislada, mejore la IUE, por ello cuando este indicado su uso debe asociarse a un programa activo de entrenamiento de la musculatura de SP. GRADO DE RECOMENDACIÓN A.

Bibliografía:

- GUIDELINES URINARY INCONTINENCE 2017. EAU. European Association of Urology

2. En el tratamiento conservador de la incontinencia fecal no se recomienda comenzar con técnicas de rehabilitación, si previamente no se ha optimizado el tratamiento farmacológico, dietético y la reeducación del hábito intestinal.

Un porcentaje significativo de pacientes con incontinencia fecal van a mejorar clínicamente, solo con regularizar el hábito defecatorio, y normalizar la consistencia de las heces (G.R. A).

Bibliografía:

- Paguette IM, Madbulika G, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons' clinical practice guideline for the treatment of fecal incontinence. Diseases of the colon and rectum 2015; 58(7): 623-636.
- Harari D, Husk J, et al. National audit of continence care: adherence for National Institute for health and clinical excellence (NICE) guidance in order versus younger adults with fecal incontinence. Age and Ageing 2014; 43(6): 785-93.
- Vitton V, Soudan D, et al. Treatments of faecal incontinence: recommendations from the french national society of coloproctology. Colorectal disease 2014; 16(3): 159-166.

3. En el tratamiento rehabilitador de la incontinencia fecal no se recomienda realizar los ejercicios de la musculatura del suelo pélvico (EMSP) de forma aislada, frente a la combinación de EMSP con biofeedback (sensorial y motor).

En la actualidad existe una evidencia científica suficiente, que recomienda los programas de rehabilitación multimodal en el tratamiento conservador de la incontinencia fecal, combinando entrenamiento muscular y mejora de la sensibilidad y distensibilidad anorectal.

Bibliografía:

- Freeman a, Menees S. Fecal incontinence and pelvic floor dysfunction in women: A review. *Gastroenterol Clin N Am* 2016; 45: 217-237.
- Markland AD, Jelovsek JE, et al. Improving biofeedback for the treatment of fecal incontinence: implementation of a standardized multi-site manometric biofeedback protocol. *Neurogastroenterol Mot* 2016: 1-7.
- Vitton V, Soudan D, et al. Treatments of faecal incontinence: recomendations from the french national society of coloproctology. *Colorectal disease* 2014; 16(3): 159-166.
- Norton C, Cody JD. Biofeedback and/or sphincter exercises for the treatment of faecal incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; Jul 11(7): CD002111.

4. No utilizar de forma aislada, de forma sistemática y como primera línea de tratamiento, la tecarterapia y el tratamiento con INDIBA en el dolor pélvico crónico, sin asociar una terapia manual, conjuntamente o no con el biofeedback del suelo pélvico, consideradas estas dos últimas terapias, los pilares fundamentales en los pacientes con dolor pélvico crónico (NE 1a).

En la actualidad no existe una evidencia científica suficiente que apoye el tratamiento con tercarterapia ni con INDIBA, como tratamiento de primera línea ni en solitario en el dolor pélvico crónico.

Bibliografía:

- FitzGerald MP, Payne CK, Lukacz ES, et al. Randomized multicenter clinical trial of myofascial physical therapy in women with interstitial cystitis/painful bladder syndrome and pelvic floor tenderness. *J Urol*. 2012; 187:2113-8.
- Fitzgerald MP, Anderson RU, Potts J, et al. Ramdomized multicenter feasibility trial of myofascial physical therapy for the treatment of urological chronic pelvic pain syndromes. *J Urol*.2013;189 (1 Suppl): S75-85.
- Westesson KE, Shoskes DA. Chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and pelvic floor spasm: can we diagnose and treat. *Curr Urol Rep*. 2010;11:261-4
- Engeler D, Baranowski AP, Elneil S, et al. Guidelines on chronic pelvic pain. European Association of Urology, 2012.
- Lamina S, Hanif S, Gagarawa YS. Short wave diathermy in the symptomatic management of chronic pelvic inflammatory disease pain: a randomized controlled trial. *Physiother Res Int*. 2011;16:50-6.