



AEF·SAMU

Asociación Española
de Fisioterapeutas
en **Salud de la Mujer**
y **Salud Pélvica**

DOCUMENTO MARCO

PARA EL DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE FISIOTERAPIA EN SALUD DE LA MUJER Y SALUD PÉLVICA

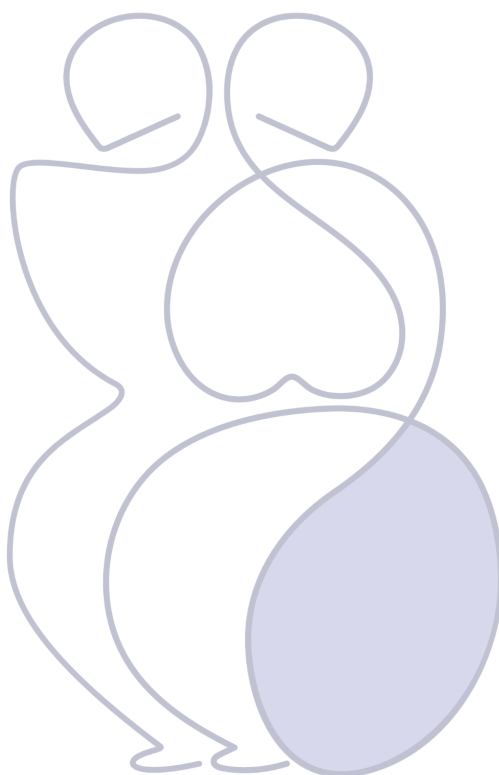
REALIZADO:

• Grupo de trabajo de AEF- SAMU
para la Especialización



DOCUMENTO MARCO PARA LA ESPECIALIZACIÓN EN FISIOTERAPIA EN SALUD DE LA MUJER Y SALUD PÉLVICA

Asociación Española de Fisioterapeutas en Salud de la Mujer y Salud Pélvica



Copyright © 2025 Asociación Española de Fisioterapeutas en Salud de la Mujer y Salud Pélvica (AEF- SAMU). Todos los derechos reservados.

Queda prohibida, sin la autorización correspondiente escrita de los titulares del copyright siempre y cuando se cite la fuente, bajo las sanciones establecidas por las leyes, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático y la distribución de ejemplares, así como la traducción a otras lenguas.

Primera edición: septiembre de 2025.

Diseño y Maquetación: José Casaña Granell y María Torres Lacomba.

Citación: Asociación Española de Fisioterapeutas en Salud de la Mujer y Salud Pélvica. (2025, septiembre). *Documento Marco para la especialización en fisioterapia en salud de la mujer y salud pélvica*. Madrid.

ISBN: 978-84-09-75921-7.



AGRADECIMIENTOS

La elaboración de este Documento Marco ha sido posible gracias a la colaboración de profesionales de la Fisioterapia, sociedades científicas de ámbito nacional e internacional, asociaciones de pacientes, así como de personas usuarias de los servicios de salud. Sus contribuciones expertas, basadas en la experiencia clínica y vivencial, han enriquecido de forma sustancial el contenido y la orientación de este documento.

Desde esta publicación, se quiere reconocer y poner en valor el papel de la Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica como componente esencial de una atención especializada, equitativa, centrada en la persona y basada en la evidencia. Este enfoque resulta clave para avanzar hacia modelos asistenciales que contribuyan de manera significativa a la mejora de la salud y la calidad de vida de la población, en todas sus diversidades.

Nota sobre el lenguaje

Con el objetivo de facilitar la lectura y mantener la fluidez del texto, en este documento se emplea ocasionalmente el género gramatical masculino para hacer referencia a colectivos que incluyen tanto a profesionales como a personas usuarias. Esta elección responde a criterios prácticos de redacción y en ningún caso implica una intención de invisibilizar a mujeres ni a personas de género diverso. Todas las menciones deben entenderse en sentido inclusivo. El documento se enmarca en un compromiso firme con la equidad de género, el respeto a la diversidad y la representación de todas las identidades.

AVAL Y APOYO INSTITUCIONAL

Este Documento Marco para la Especialización en Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica cuenta con el respaldo de instituciones nacionales e internacionales que reconocen su solidez científica, su fundamentación normativa y su relevancia estratégica para la mejora de la salud pública.

Hasta la fecha, han expresado su aval y apoyo institucional:

- Asociación Española de Fisioterapeutas (AEF).
- *International Organization of Physiotherapists in Pelvic and Women's Health* (IOPPWH, subgrupo oficial de *World Physiotherapy*).
- *World Physiotherapy* (Organización mundial de fisioterapeutas que representa a la fisioterapia a nivel internacional).
- Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Fisioterapia.



PREÁMBULO

La salud pélvica y la salud de la mujer representan ámbitos fundamentales en el bienestar integral de la población y, sin embargo, han sido históricamente abordados de manera parcial dentro de los sistemas sanitarios. A lo largo de las últimas décadas, el conocimiento científico, el avance de las ciencias de la salud y las demandas sociales han contribuido a visibilizar la necesidad de ofrecer respuestas más especializadas, sensibles y eficaces a los múltiples procesos, disfunciones y condiciones que afectan al ciclo vital femenino, al sistema musculoesquelético pelvipérineal y a la esfera sexual y reproductiva.

La Fisioterapia ha ido desarrollando un cuerpo de conocimientos, competencias y prácticas clínicas específicas, propias de una práctica avanzada, orientadas a dar respuesta a estas necesidades, tanto desde la prevención como desde la intervención terapéutica. La creciente evidencia científica, unida a la experiencia acumulada por profesionales en diferentes niveles asistenciales, ha consolidado un campo de actuación especializado que requiere de una formación avanzada, habilidades clínicas específicas y capacidad de trabajo interdisciplinar.

En este contexto, surge la necesidad de dotar a la Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica de un marco estructurado y legal que oriente su reconocimiento formal como especialidad. Este Documento Marco tiene como propósito principal definir los fundamentos, el alcance y los requisitos formativos y profesionales que configuran esta práctica avanzada. Se trata de un instrumento estratégico que busca consolidar los criterios necesarios para garantizar la calidad, la seguridad y la equidad en la atención fisioterapéutica especializada.

Asimismo, este documento responde al compromiso con una atención centrada en la persona, respetuosa con la diversidad, con perspectiva de género y basada en los derechos humanos. Reconoce la importancia de integrar las experiencias de las mujeres, de las personas con diversidad de género, de los pacientes y de los profesionales en la definición de modelos asistenciales que sean inclusivos, eficaces y sostenibles.

La Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica contribuye de forma decisiva a la promoción de la salud, la prevención de complicaciones, el tratamiento de disfunciones complejas y la mejora de la calidad de vida de millones de personas. Por ello, este Documento Marco no solo representa una herramienta técnica y profesional, sino también una declaración de principios orientada a avanzar hacia una práctica especializada, legitimada, reconocida e integrada en el sistema sanitario, en beneficio de la salud pública y el bienestar colectivo.



Este Documento Marco ha sido elaborado gracias al trabajo conjunto de profesionales expertos/as en Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica, miembros del Grupo de Trabajo para la Especialización de la Asociación Española de Fisioterapeutas en Salud de la Mujer y Salud Pélvica (AEF-SAMU).

COORDINACIÓN GENERAL

María Torres Lacomba y José Casaña Granell.

COORDINACIÓN CAPÍTULOS

Laura Fuentes Aparicio, María Blanco Díaz, Beatriz Navarro Brazález y Borja Pérez Domínguez.

AUTORÍAS: María Torres Lacomba, José Casaña Granell, Laura Fuentes Aparicio, María Blanco Díaz, Beatriz Navarro Brazález, Borja Pérez Domínguez, Silvia Muñoz Pastor, Laura Lorenzo Gallego, Helena Romay Barrero, Laura Menés Fernández, Nuria Sempere Rubio, Virginia Prieto Gómez, Vanessa Pazos Leis, Nuria Pérez Domínguez y Ana Herrero de Hoyos.

REVISORAS EXTERNAS

Paula Igualada Martínez. Profesional Avanzada en Fisioterapia del Suelo Pélvico en Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust (London, UK); Profesora Titular en Fisioterapia en Brunel, University of London (UK), y presidenta de Fisioterapia del Comité de Fisioterapia de la *International Continence Society* (ICS).

Carmen Suarez Serrano. Fisioterapeuta Especializada en Salud Pélvica. Universidad de Sevilla. Secretaria General de la Asociación Española de Fisioterapeutas y vicepresidenta 1ª del Comité Ejecutivo de la Región Europea de la Confederación Mundial de la Fisioterapia (*Europe Region of World Physiotherapy*).

Cristine Homsí Jorge. Fisioterapeuta Especializada en Salud de la Mujer. Profesora Catedrática del Departamento de Ciencias de la Salud Pélvica Universidad de São Paulo.

Asimismo, se ha contado con la valiosa colaboración de sociedades científicas, asociaciones profesionales, entidades de pacientes y personas usuarias de los servicios de salud. Sus aportaciones, canalizadas a través de entrevistas, testimonios y espacios de participación, han permitido incorporar una visión plural e integradora, enriqueciendo el proceso de identificación de necesidades y prioridades de esta especialidad. Este enfoque participativo ha contribuido de manera sustancial a garantizar la pertinencia, relevancia y orientación centrada en las personas del presente documento.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. RESUMEN EJECUTIVO	2
1.1. Desafío actual: desigualdades y brechas asistenciales	2
1.2. Una estrategia para transformar el SNS	2
1.3. Beneficios de la fisioterapia especializada	3
1.4. Propuestas estratégicas y plan de acción	3
1.5. Impacto esperado: salud pública, equidad y sostenibilidad	4
2. INTRODUCCIÓN Y CONTEXTO	6
2.1. Relevancia de la salud de la mujer y de la salud pélvica en la agenda sanitaria española	6
2.2. Problemas de salud de la mujer y de la salud pélvica: impacto y desigualdades	7
2.2.1. Centros especializados y oferta asistencial actual en España	9
2.3. Objetivos del documento marco	11
3. MARCO CONCEPTUAL Y NORMATIVO	14
3.1. ¿Qué es la Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica?	14
3.2. Normativas y políticas de salud relevantes en España y Europa	16
3.3. Relación con los Objetivos de Desarrollo Sostenible y equidad de género	17
4. BENEFICIOS, EVIDENCIA, IMPACTO Y MODELOS INTERNACIONALES DE LA ESPECIALIZACIÓN	20
4.1. Beneficios para la salud pública y la equidad de género	20
4.2. Evidencia clínica y grado de recomendación	21
4.2.1. Fisioterapia en los procesos fisiológicos femeninos	22
4.2.1.1. Fisioterapia en la etapa reproductiva: Pubertad y madurez funcional	22
4.2.1.2. Fisioterapia en el embarazo	24
4.2.1.3. Fisioterapia en el puerperio y postparto	27
4.2.1.4. Fisioterapia en el climaterio	29
4.2.2. Fisioterapia en los procesos fisiopatológicos femeninos y de salud pélvica	32
4.2.2.1. Fisioterapia en el manejo del dolor y síndromes dolorosos en la mujer	32
4.2.2.1.1. Fisioterapia en el dolor musculoesquelético	33
4.2.2.1.2. Fisioterapia en la dismenorrea	35
4.2.2.1.3. Fisioterapia en la fibromialgia	38
4.2.2.2. Fisioterapia en las alteraciones cardiovasculares	39
4.2.2.2.1. Enfermedades cardiovasculares	39
4.2.2.2.2. Enfermedad venosa crónica	43
4.2.2.2.3. Linfedema	46



4.2.2.3. Fisioterapia en Salud Pélvica	49
4.2.2.3.1. Incontinencia urinaria	50
4.2.2.3.2. Incontinencia anal	53
4.2.2.3.3. Estreñimiento	53
4.2.2.3.4. Prolapso de órganos pélvicos	54
4.2.2.3.5. Disfunciones sexuales	55
4.2.2.3.6. Dolor pélvico	57
4.2.2.3.7. Disfunciones del suelo pélvico en la infancia	58
4.2.2.3.8. Disfunciones del suelo pélvico en personas con alteraciones neurológicas	61
4.2.2.3.9. Diástasis de los músculos rectos abdominales	63
4.2.2.4. Fisioterapia en procesos oncológicos de la mujer	64
4.2.2.4.1. Prehabilitación en cáncer de mama y ginecológicos	66
4.2.2.4.2. Linfedema y trombosis linfáticas superficiales	67
4.2.2.4.3. Fatiga relacionada con el cáncer y alteraciones en la función pulmonar	68
4.2.2.4.4. Alteraciones cardiovasculares	69
4.2.2.4.5. Dolor persistente	70
4.2.2.4.6. Neuropatía periférica inducida por la quimioterapia	72
4.2.2.4.7. Disfunciones del suelo pélvico	73
4.2.2.5. Fisioterapia en mujeres con problemas de salud mental	75
4.2.2.6. Fisioterapia en mujeres supervivientes de violencia sexual	76
4.3. Síntesis y perspectivas	78
4.4. Impacto económico y ahorro sanitario de la especialización	79
4.4.1. Impacto económico directo e indirecto en el SNS	79
4.4.2. Salud integral de la mujer: aportación de la especialidad	80
4.4.3. Evidencia internacional, impacto económico, coste-efectividad y sostenibilidad	81
4.4.4. Retorno económico y sostenibilidad del SNS	83
4.4.5. Síntesis: una especialidad estratégica y coste-efectiva	83
4.5. Modelos internacionales de referencia	83
4.5.1. Reino Unido	84
4.5.2. Francia	84
4.5.3. Países Bajos	85
4.5.4. Portugal	86
4.5.5. Alemania	86
4.5.6. Austria	87
4.5.7. Brasil	88
4.5.8. Australia	89
4.5.9. Estados Unidos de América	90



5. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN	93
5.1. Vías para la formación y acreditación profesional	93
5.2. Creación y acreditación de Unidades Docentes de Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica en el Sistema Nacional de Salud	98
5.2.1. Situación actual y necesidad de estructuración	99
5.2.2. Propuesta de estructuración de las Unidades Docentes y Asistenciales	99
5.3. Cronograma de implementación a 5 años	103
6. RECOMENDACIONES ESTRATÉGICAS Y HOJA DE RUTA	106
6.1. Medidas para el reconocimiento oficial de la especialidad	106
6.2. Financiación e integración en políticas de salud pública	110
6.3. Indicadores de seguimiento y evaluación	111
7. TESTIMONIOS: IMPACTO DE LA FISIOTERAPIA ESPECIALIZADA	114
7.1. Introducción	114
7.2. Voces de pacientes: la fisioterapia que cambia vidas	114
7.3. Asociaciones de pacientes: el valor de un acceso equitativo	117
7.4. Profesionales sanitarios: un recurso imprescindible	119
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	124
9. ANEXOS	208
9.1. Anexo I (Anexo Técnico)	208
9.2. Anexo II Protocolos de fisioterapia para ámbitos específicos	228
9.2.1. Protocolo de fisioterapia para la atención al embarazo y el postparto en atención primaria.	228
9.2.2. Protocolo de fisioterapia para la salud en el climaterio y la menopausia activa en atención primaria	253
9.2.3. Protocolo de intervención fisioterapéutica en fibromialgia y síndromes de dolor complejo con enfoque de género en atención especializada	270
9.3. Anexo III Avaluos y apoyos	288

ABREVIATURAS, SIGLAS Y ACRÓNIMOS

ABRAFISM	<i>Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher</i>
ACV	Accidente Cerebrovascular
AECC	Asociación Española Contra el Cáncer
AEF-SAMU	Asociación Española de Fisioterapeutas en Salud de la Mujer y Salud Pélvica
ANECA	Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación
APA	<i>American Psychological Association</i>
APTA	<i>American Physical Therapy Association</i>
CEMSP	Cinesiterapia Específica de la Musculatura del Suelo Pélvico
COFFITO	Consejo Federal de Fisioterapia y Terapia Ocupacional
DLM	Drenaje Linfático Manual
DRA	Diástasis de los Rectos Abdominales
DSP	Disfunciones de Suelo Pélvico
EIGE	Instituto Europeo de la Igualdad de Género
EVA	Escala Visual Analógica
ECV	Enfermedades Cardiovasculares
EVC	Enfermedad Venosa Crónica
FCD	Fisioterapia Compleja Descongestiva
FRC	Fatiga relacionada con el cáncer
FSFI	<i>Female Sexual Function Index</i>
GRADE	<i>Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation</i>
ICCS	<i>International Children's Continence Society</i>
IF	Incontinencia Fecal
IOPPWH	<i>International Organisation of Physiotherapists in Pelvic and Women's Health</i>
IU	Incontinencia Urinaria
LM	Lesión Medular
LSCM	<i>Linfedema secundario al tratamiento del cáncer de mama</i>
NHS	<i>National Health Service</i>
NPIQ	Neuropatía Periférica Inducida por Quimioterapia
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
PEP	Presión Espiratoria Positiva



PFDI-20	<i>Pelvic Floor Distress Inventory</i>
PGM	Puntos Gatillo Miofasciales
POGP	<i>Pelvic, Obstetric and Gynaecological Physiotherapy</i>
POP	Prolapso de Órganos Pélvicos
PPHS	<i>Perinatal Pelvic Health Services</i>
RC	Rehabilitación Cardiovascular
REDECAN	Red Española de Registros de Cáncer
SDM	Síndrome de Dolor Miofascial
SEOM	Sociedad Española de Oncología Médica
SNS	Sistema Nacional de Salud
SUS	Sistema Único de Salud (Brasil)
SVH	Síndrome de Vejiga Hiperactiva
TENS	<i>Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation</i>
TLS	Trombosis Linfáticas Superficiales





AEF·SAMU

Asociación Española
de Fisioterapeutas
en Salud de la Mujer
y Salud Pélvica

DOCUMENTO MARCO 2025

1

CAPÍTULO

RESUMEN EJECUTIVO

1. RESUMEN EJECUTIVO

La Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica es una disciplina especializada que aborda tanto los procesos fisiológicos característicos del ciclo vital femenino (adolescencia, embarazo, parto, postparto, climaterio y menopausia) como las condiciones de salud de elevada prevalencia o impacto diferencial en las mujeres. Este campo incluye el abordaje de patologías como las enfermedades cardiovasculares con perspectiva de género (como el infarto agudo de miocardio con síntomas atípicos en mujeres, la menor derivación a rehabilitación cardíaca y la elevada prevalencia de insuficiencia venosa crónica), los síndromes metabólicos (como el síndrome metabólico o la diabetes tipo 2), las enfermedades autoinmunes (lupus, artritis reumatoide), los síndromes dolorosos persistentes (fibromialgia, dolor pélvico crónico), las alteraciones de salud mental (depresión, ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria), las secuelas físicas y emocionales derivadas de cánceres ginecológicos y de mama, y las disfunciones del suelo pélvico (DSP), incluyendo las disfunciones sexuales, a menudo infravaloradas en la práctica clínica pese a su profundo impacto en la calidad de vida y el bienestar emocional.

Aunque el foco principal es la salud de la mujer, la fisioterapia en salud pélvica extiende su atención a hombres (por ejemplo, disfunción urinaria post-prostatectomía, disfunción eréctil, dolor pélvico crónico) y a la población pediátrica (por ejemplo, enuresis, estreñimiento funcional), consolidando un enfoque inclusivo y transversal.

Este abordaje integral permite dar respuesta a necesidades concretas a lo largo de todo el ciclo vital y en todas las identidades de género, promoviendo una atención centrada en la persona y alineada con los principios de equidad, diversidad y justicia social.

1.1. Desafío actual: desigualdades y brechas asistenciales

Actualmente, el acceso a estos servicios especializados presenta marcadas desigualdades territoriales, de género y socioeconómicas. En muchas zonas del país, la ausencia de una integración estructurada de la fisioterapia especializada en el Sistema Nacional de Salud (SNS) limita el acceso a intervenciones eficaces, conservadoras y coste-efectivas, lo que favorece la cronificación de síntomas y un uso ineficiente de los recursos sanitarios.

1.2. Una estrategia para transformar el SNS

Este Documento Marco define una estrategia para la creación e implementación de la especialidad en Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica, fundamentada

en la evidencia científica, el marco normativo vigente y las experiencias internacionales de éxito. Su objetivo es capacitar al SNS para ofrecer una atención integral con perspectiva de género, reducir las desigualdades sanitarias y garantizar la sostenibilidad del sistema.

La especialización constituye una estrategia transformadora del sistema, con capacidad para redistribuir recursos, reducir cronificación y ofrecer atención integral con enfoque estructural de género.

1.3. Beneficios de la fisioterapia especializada

La fisioterapia especializada, en particular en salud de la mujer y salud pélvica aporta:

- Atención integral basada en la evidencia a lo largo del ciclo vital, con estrategias diferenciadas para los procesos fisiológicos y patologías más prevalentes en mujeres, incluyendo síndromes metabólicos y enfermedades autoinmunes.
- Prevención y rehabilitación tras procesos oncológicos, incluyendo manejo del linfedema, dolor, fatiga, alteraciones del movimiento y disfunciones sexuales.
- Intervenciones coste-efectivas que optimizan los recursos sanitarios y reducen la necesidad de tratamientos invasivos.
- Educación sanitaria y empoderamiento de la población, favoreciendo el autocuidado, el automanejo de la salud y la toma de decisiones compartida con los profesionales sanitarios, pilares para una participación activa en la prevención y el tratamiento.
- Cobertura ampliada para hombres y población pediátrica con disfunciones pélvicas, consolidando un enfoque integral e inclusivo.

1.4. Propuestas estratégicas y plan de acción

El desarrollo de la especialidad contempla varios aspectos de especial relevancia:

- Reconocimiento oficial conforme a la Ley 44/2003 y el Real Decreto 589/2022.
- Establecimiento de vías de formación y acreditación profesional, tanto para fisioterapeutas en formación como para quienes ya ejercen.
- Creación de Unidades de Salud de la Mujer y Salud Pélvica en el SNS, con equipos multidisciplinares basados en estándares de calidad.
- Financiación e integración en las políticas de salud pública, priorizando la equidad territorial, de género y socioeconómica.

- Diseño y aplicación de un sistema de indicadores de seguimiento para evaluar la implantación y su impacto.

1.5. Impacto esperado: salud pública, equidad y sostenibilidad

La creación de esta especialidad permitirá:

1. Mejorar la salud pública, abordando eficazmente los procesos fisiológicos y fisiopatológicos que afectan de forma diferencial a las mujeres.
2. Reducir desigualdades de género, territoriales y socioeconómicas, garantizando un acceso equitativo a servicios especializados.
3. Optimizar la sostenibilidad del SNS mediante intervenciones coste-efectivas basadas en la evidencia, que no solo mejoran la eficiencia de los recursos sanitarios, sino que también empoderan a la población para el autocuidado y la toma de decisiones compartida con los profesionales de la salud. Esta estrategia ampliará la cobertura de servicios especializados para hombres y población pediátrica con disfunciones pélvicas, consolidando un enfoque inclusivo para toda la población.

Este impacto esperado subraya la urgencia de situar la propuesta en el contexto epidemiológico actual y de analizar las inequidades sanitarias que afectan a la salud de la mujer y la salud pélvica. Estos aspectos se abordan en el apartado siguiente como punto de partida para fundamentar la creación de la especialidad.

Conceptualización salud de la mujer/salud pélvica

En el presente Documento Marco se hace referencia tanto a la salud de la mujer como a la salud pélvica. Aunque son conceptos interrelacionados, no son equivalentes.

La **salud de la mujer** abarca un enfoque integral que contempla todas las dimensiones físicas, emocionales y sociales que afectan a la salud femenina a lo largo del ciclo vital, incluyendo salud sexual y reproductiva, salud cardiovascular, salud ósea, salud mental, entre otras.

La **salud pélvica**, por su parte, se refiere específicamente al funcionamiento y bienestar de la región abdomino-pélvica, que involucra el sistema urinario, el sistema digestivo inferior, las funciones sexuales, reproductivas y la musculatura del suelo pélvico. Afecta a personas de todos los sexos y edades, incluyendo mujeres, hombres y población pediátrica.

Ambos enfoques se consideran complementarios y necesarios para una atención sanitaria eficaz, equitativa y basada en la evidencia.



AEF·SAMU

Asociación Española
de Fisioterapeutas
en Salud de la Mujer
y Salud Pélvica

DOCUMENTO MARCO 2025

2

CAPÍTULO

INTRODUCCIÓN

2. INTRODUCCIÓN Y CONTEXTO

La Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica constituye un área estratégica en las agendas sanitarias nacionales e internacionales. La incorporación de una perspectiva de género en la planificación de servicios, junto con el reconocimiento de la salud pélvica como una dimensión transversal que afecta a todas las edades y géneros, sitúan este ámbito como un pilar clave para garantizar una atención integral, equitativa y sostenible en el SNS. Este capítulo contextualiza los retos actuales y la necesidad de una especialización oficial que permita dar respuesta a estas demandas asistenciales emergentes.

2.1. Relevancia de la salud de la mujer y de la salud pélvica en la agenda sanitaria española

La salud de la mujer se ha consolidado como una prioridad estratégica en España, impulsada por el reconocimiento de que sus procesos biológicos —embarazo, parto, puerperio, climaterio— y sus principales patologías —enfermedades cardiovasculares (como el infarto agudo de miocardio con síntomas atípicos en mujeres, la menor derivación a rehabilitación cardíaca y la elevada prevalencia de insuficiencia venosa crónica), síndromes metabólicos (como el síndrome metabólico o la diabetes tipo 2), enfermedades autoinmunes (lupus, artritis reumatoide), síndromes dolorosos (fibromialgia, dolor pélvico crónico), secuelas de tratamientos oncológicos (mama y ginecológicos), alteraciones de la salud mental (depresión, ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria) y violencia sexual— requieren un abordaje especializado, multidisciplinar y con competencias avanzadas (Mauvais-Jarvis et al., 2020; Bo et al., 2017; Haylen et al., 2010).

Por su parte, la salud pélvica trasciende el ámbito exclusivamente femenino, ya que también afecta a hombres —con disfunciones como la incontinencia urinaria (IU) post-prostatectomía, la disfunción eréctil o el dolor pélvico crónico— y a la población pediátrica, en forma de enuresis, estreñimiento funcional y otros trastornos funcionales. Su abordaje requiere competencias avanzadas en prevención, valoración funcional y tratamiento especializado de las disfunciones que afectan a la región abdominolumbopélvica y del suelo pélvico (Frawley, Neumann, & Delany, 2019).

El Plan de Igualdad de Oportunidades en Salud 2021–2025 incorpora la perspectiva de género como eje transversal, instando al desarrollo de protocolos adaptados a las particularidades biológicas y sociales de las mujeres (Ministerio de Sanidad, 2021). Paralelamente, la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva subraya la necesidad de reforzar la rehabilitación funcional y la calidad de vida tras

intervenciones urológicas, oncológicas y ginecológicas (Ministerio de Sanidad, 2021).

La Asociación Española de Fisioterapeutas en Salud de la Mujer y Salud Pélvica (AEF-SAMU) lidera desde 2019 la definición de competencias avanzadas y la elaboración de guías clínicas, en consonancia con los estándares educativos, formativos, clínicos y de calidad profesional definidos por *World Physiotherapy* para garantizar una práctica avanzada, segura y basada en evidencia (World Physiotherapy, 2021, 2022).

La oficialización de la especialidad de Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica permitirá:

- Estandarizar competencias en valoración perinatal, climaterio, rehabilitación cardiovascular (RC), manejo de secuelas oncológicas, síndromes metabólicos y autoinmunes, síndromes dolorosos, alteraciones de salud mental y violencia sexual, así como en prevención, diagnóstico y tratamiento de problemas de salud pélvica en todas las edades y géneros.
- Implementar estrategias de prevención coste-efectivas y programas de educación sanitaria que empoderen a la población para el autocuidado y la toma de decisiones compartida con los profesionales sanitarios.
- Optimizar los recursos del SNS, promoviendo la prevención y reduciendo las demoras en derivación, asegurando intervenciones conservadoras eficaces antes de procedimientos invasivos (Nyhof et al., 2020).
- Mejorar los resultados en salud y la calidad de vida de la población femenina, masculina y pediátrica, disminuyendo la cronicidad de síntomas y la carga económica asociada (García Sánchez et al., 2017).

2.2. Problemas de salud de la mujer y de la salud pélvica: impacto y desigualdades

A pesar de los avances en políticas sanitarias con perspectiva de género, persisten desigualdades significativas en el acceso y la calidad de la atención, incluyendo la fisioterapia. Estas brechas son especialmente preocupantes en condiciones de alta prevalencia y carga funcional. Ejemplos representativos incluyen:

- **Enfermedades cardiovasculares en mujeres:** constituyen la primera causa de mortalidad en mujeres españolas, con síntomas atípicos que retrasan el diagnóstico y agravan el pronóstico (Mauvais-Jarvis et al., 2020). Las mujeres son derivadas con menos frecuencia a programas de rehabilitación cardíaca y reciben tratamientos menos intensivos que los hombres, un fenómeno conocido como “síndrome de Yentl” (Merz & Bairey,

2011). Programas adaptados al género han demostrado reducir la mortalidad un 20% y los reingresos un 15% (Andreu Rodríguez et al., 2018).

- **Síndromes metabólicos y enfermedades autoinmunes:** presentan mayor prevalencia en mujeres y están asociados a complicaciones como fatiga crónica, dolor musculoesquelético y alteraciones funcionales que requieren intervenciones multidisciplinarias. Sin embargo, estas condiciones suelen estar infravaloradas clínicamente, lo que favorece la cronificación y el uso ineficiente de recursos sanitarios (Mauvais-Jarvis et al., 2020).
- **Secuelas de tratamientos oncológicos (mama y ginecológicos):** entre el 20% y el 30% de las supervivientes desarrollan linfedema secundario, alteraciones posturales y dolor crónico, con consecuencias psicosociales como ansiedad y pérdida de autonomía (Torres Lacomba, 2019). Entre el 60% y el 80% de las mujeres supervivientes presentan además disfunciones sexuales que apenas se abordan clínicamente: menos del 30% son evaluadas, frente al 50% de los hombres en situaciones similares (Jing et al., 2019; Taylor et al., 2021).
- **Síndromes dolorosos complejos:** la fibromialgia afecta al 2–4% de las mujeres adultas y el dolor pélvico crónico al 15%, con elevado consumo sanitario y altas tasas de absentismo laboral (García Sánchez et al., 2017; Blanes Segura et al., 2018). En muchos casos, las pacientes son etiquetadas como “emocionales” o “hipersensibles” y derivadas a salud mental en lugar de recibir intervenciones físicas, lo que favorece la cronificación del dolor (Samulowitz et al., 2018).
- **Disfunciones del suelo pélvico:** afectan tanto a mujeres como a hombres, con un impacto funcional y económico significativo. En mujeres, la IU afecta al 25% de aquellas de 30–60 años y el prolapso de órganos pélvicos (POP) al 35% de las mujeres en el periodo de posmenopausia (Blanes Segura et al., 2018). La demora media de 12–18 meses para acceder a tratamientos conservadores incrementa en un 50% la probabilidad de requerir cirugía (Nyhof et al., 2020). En hombres sometidos a prostatectomía, entre el 15% y el 25% mantienen incontinencia a los 12 meses, y más del 60% sufren disfunción eréctil persistente. Sin embargo, solo en torno a la mitad de los servicios y programas de fisioterapia en salud pélvica contemplan de manera sistemática la atención a hombres en su abordaje clínico (Kiesel et al., 2019; Mungovan et al., 2017).
- **Sesgos en la derivación a fisioterapia:** un estudio sueco sobre 851 pacientes con dolor musculoesquelético mostró que los hombres tenían un

78% más probabilidad de recibir recomendación de fisioterapia tras una evaluación multidisciplinar que las mujeres (Stålnacke et al., 2015).

Estos ejemplos evidencian cómo los sesgos de género, la falta de especialización en fisioterapia, así como la falta de fisioterapeutas en el sistema sanitario público perpetúan desigualdades en la atención, favorecen la cronificación de los síntomas y generan un impacto funcional y emocional elevado en la población afectada. En consecuencia, la creación de la especialidad de Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica no solo responde a una demanda asistencial creciente, sino que constituye una estrategia coste-efectiva para el SNS y un instrumento clave para mejorar los indicadores de salud y equidad de género.

2.2.1. Centros especializados y oferta asistencial actual en España

La oferta asistencial en Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica en España presenta una notable heterogeneidad territorial, con marcadas desigualdades en el acceso a servicios especializados. Esta fragmentación dificulta la garantía de una atención equitativa y de calidad para las personas afectadas por disfunciones pélvicas a lo largo del ciclo vital.

Los datos recopilados a través de los Colegios Profesionales de Fisioterapia y consultas a organismos autonómicos revelan que comunidades como Cataluña (257 centros registrados en áreas de obstetricia, urología y ginecología), Comunidad Valenciana (230 centros con áreas de trabajo uroginecológica y obstétrica) y Madrid (45 centros) concentran un mayor número de clínicas o unidades que declaran trabajar en este ámbito. En contraste, regiones como Asturias, Cantabria, Castilla y León, Castilla-La Mancha, La Rioja y Murcia carecen de registros específicos sobre la oferta asistencial o no disponen de filtros en sus censos profesionales que permitan identificar la presencia de fisioterapeutas especializados, lo que refleja una falta de sistematización en la información y en la planificación sanitaria.

En el entorno hospitalario, se han identificado unidades funcionales de suelo pélvico en hospitales de referencia como el Hospital Universitario La Paz y el Hospital 12 de Octubre (Madrid), el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona), el Hospital Universitari i Politècnic La Fe (Valencia) y el Hospital Universitario Torrecárdenas (Almería). Estas unidades, generalmente integradas en servicios de ginecología, obstetricia o urología, adoptan un enfoque multidisciplinar que incluye la Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica como pilar de la rehabilitación funcional. Sin embargo, la distribución de estos recursos no es homogénea: mientras comunidades como Galicia han implantado programas de atención en la mayoría de sus centros de atención primaria y disponen de siete unidades funcionales hospitalarias, otras regiones cuentan con una infraestructura muy

limitada (Navarra, presenta solo tres unidades especializadas). Esta variabilidad, unida a la falta de un marco regulador de la especialidad, hace que la presencia de fisioterapeutas con formación específica en estas unidades dependa de la iniciativa individual de cada profesional, generando diferencias en la calidad y coherencia de la atención ofrecida.

A pesar de estos avances parciales, destaca la ausencia de unidades de salud de la mujer de carácter multidisciplinar en el SNS, entendidas como estructuras específicas que integren la Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica junto a otras especialidades para una atención global y continua de las necesidades de salud femenina a lo largo del ciclo vital. Esta carencia supone una limitación para abordar de manera integral problemas de alta prevalencia, como las secuelas de tratamientos oncológicos, los síndromes metabólicos y autoinmunes, las DSP y los síndromes dolorosos complejos, y contribuye a la cronificación de síntomas y al aumento de la carga asistencial.

Además, contrasta la ausencia de una red pública especializada con el número creciente de fisioterapeutas que declaran poseer formación avanzada en salud de la mujer y salud pélvica y que desarrollan su actividad principalmente en el ejercicio libre de la profesión, a través de consultas privadas. Este fenómeno refleja la falta de integración de estos profesionales en estructuras sanitarias públicas y genera un acceso desigual, condicionado por factores socioeconómicos que limitan la atención para amplios sectores de la población.

Aunque existe un número creciente de fisioterapeutas con formación avanzada en salud de la mujer y salud pélvica, la falta de una vía oficial de especialización, reconocimiento de la práctica avanzada y acreditación profesional dificulta su integración estructurada en el SNS. Esta situación compromete la trazabilidad y la evaluación de los resultados clínicos, especialmente en el ámbito privado, y limita la capacidad del sistema para garantizar prácticas basadas en la evidencia y proteger a las personas usuarias frente a abordajes no respaldados científicamente.

La ausencia de un registro nacional de servicios y profesionales especializados constituye, además, un obstáculo para la planificación de políticas sanitarias basadas en datos y para la evaluación de la equidad en el acceso.

La creación de una red estructurada de unidades especializadas, incluyendo Unidades de Salud de la Mujer y Salud Pélvica, junto con la integración efectiva del fisioterapeuta en los equipos multidisciplinarios, es una prioridad estratégica para reducir las desigualdades territoriales, optimizar los recursos del SNS e implementar intervenciones conservadoras y coste-efectivas antes de recurrir a procedimientos invasivos.

2.3. Objetivos del documento marco

Este Documento Marco tiene como finalidad establecer las bases para la creación y desarrollo de la especialidad de Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica, con el fin de dar respuesta a las necesidades asistenciales, formativas y de equidad en el SNS. Para ello, se plantean los siguientes objetivos:

- Analizar el contexto actual y las necesidades asistenciales, formativas y organizativas en salud de la mujer y salud pélvica en España, considerando todas las etapas del ciclo vital y todos los géneros.
- Definir el ámbito de actuación y las competencias profesionales del fisioterapeuta especialista en salud de la mujer y salud pélvica, en línea con los estándares internacionales.
- Establecer los principios para un marco de formación y acreditación, identificando vías para la obtención de la especialidad y criterios de calidad formativa y profesional.
- Delimitar las líneas estratégicas para la organización asistencial, la creación de unidades especializadas y la integración del fisioterapeuta en equipos multidisciplinares.
- Proponer mecanismos para el fomento de la investigación y la evaluación continua, que garanticen la eficacia y sostenibilidad de la especialidad en el SNS.
- Recomendar medidas para el reconocimiento institucional y la financiación, con el fin de consolidar la especialidad como elemento clave para la equidad de género, la calidad asistencial y la sostenibilidad sanitaria, garantizando además mecanismos de seguimiento y actualización continua que aseguren su eficacia, cohesión territorial y adaptación a las necesidades emergentes de la población.



AEF·SAMU

Asociación Española
de Fisioterapeutas
en Salud de la Mujer
y Salud Pélvica

DOCUMENTO MARCO 2025

3

CAPÍTULO

MARCO CONCEPTUAL Y NORMATIVO

3. MARCO CONCEPTUAL Y NORMATIVO

3.1. ¿Qué es la Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica?

La Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica es una especialidad de la Fisioterapia orientada a la prevención, promoción, evaluación, diagnóstico fisioterapéutico, intervención y optimización funcional de las alteraciones que afectan tanto a la salud de la mujer como a la salud pélvica a lo largo del ciclo vital. Por su nivel de complejidad clínica, la autonomía profesional que implica y la necesidad de formación especializada, esta especialidad se enmarca en el ámbito de la práctica avanzada en Fisioterapia, conforme a los estándares definidos por *World Physiotherapy* y el marco europeo ESCO (World Physiotherapy, 2022; European Commission, 2023). Su campo de actuación abarca tanto las distintas etapas del ciclo vital —como la infancia, la adolescencia, la edad adulta, el climaterio y la senescencia— como los procesos fisiológicos específicos que pueden producirse en la vida de la mujer —como el embarazo, el parto, el postparto y la menopausia—. Asimismo, aborda procesos fisiopatológicos y psicosociales de elevada prevalencia, además de condiciones crónicas complejas que afectan de forma desproporcionada a la salud femenina y que presentan un elevado impacto funcional y requieren abordajes diferenciados en prevención, educación y tratamiento especializado. Ejemplos representativos son los síndromes de dolor persistente (como la fibromialgia o el dolor pélvico crónico), el síndrome de fatiga crónica, la osteoporosis, los síndromes metabólicos (como el síndrome metabólico o la diabetes tipo 2), las enfermedades autoinmunes (como el lupus o la artritis reumatoide), las enfermedades cardiovasculares con perspectiva de género (como el infarto agudo de miocardio con síntomas atípicos en mujeres, la menor derivación a rehabilitación cardíaca y la elevada prevalencia de insuficiencia venosa crónica), los cánceres ginecológicos y de mama, las consecuencias físicas y emocionales derivadas de la violencia contra la mujer, incluyendo la violencia sexual —como la mutilación genital femenina, las agresiones sexuales y los abusos sexuales—, y alteraciones de la salud mental (como la depresión, la ansiedad o la anorexia nerviosa) (IOPPWH, 2023; APTA, 2024; World Physiotherapy, 1999; ABRAFISM, 2022).

En este contexto, la salud pélvica se concibe como un área transversal que abarca la prevención, valoración y manejo integral de disfunciones de la región abdominolumbopélvica y del suelo pélvico —por ejemplo, incontinencias, POP, disfunciones sexuales, dolor pélvico, estreñimiento, trastornos del vaciamiento vesical y alteraciones en la dinámica abdominolumbopélvica. Este ámbito incluye también la atención a hombres (p. ej., la disfunción urinaria post-prostatectomía, la prostatitis crónica, el dolor pélvico persistente) y a población pediátrica (el estreñimiento funcional, la enuresis, las disfunciones vesicales y anorrectales), considerando las particularidades anatómicas, fisiológicas, psicosociales y emocionales de cada etapa de la vida y de cada sexo (Bø, Hilde, & Aaserud, 2018; Reynolds & Dmochowski, 2018).

Reconocida como práctica especializada y avanzada por la *World Physiotherapy* desde 1999, y promovida por entidades internacionales como la *Academy of Pelvic Health Physical Therapy* de la Asociación Americana de Fisioterapeutas (APTA), la *International Organisation of Physiotherapists in Pelvic and Women's Health* (IOPPWH) y la *Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher* (ABRAFISM), esta disciplina fomenta intervenciones basadas en la evidencia con un enfoque inclusivo, biopsicosocial y centrado en la persona, orientado a mejorar la funcionalidad, la calidad de vida y el bienestar global de la población.

Para responder a la alta prevalencia y al significativo impacto económico de ciertas condiciones —por ejemplo, la incontinencia urinaria, cuyo coste anual en la Unión Europea superó los 69 100 millones de euros en 2023, con previsiones de alcanzar 100 200 millones de euros para 2030 (European Association of Urology, 2023), y la fibromialgia, con costes estimados entre 1 250 y 8 504 USD por paciente al año según revisiones basadas en datos europeos (Hughes, Bennett, & Goldenberg, 2022)—, la Fisioterapia especializada despliega estrategias sanitarias, preventivas, educativas y terapéuticas, comenzando por una valoración y diagnóstico fisioterapéutico integral. Este abordaje puede apoyarse en herramientas avanzadas de valoración y tratamiento, como técnicas de imagen, electromiografía, manometría y *biofeedback* (Laycock & Jerwood, 2001; Bø et al., 2017). Estas actuaciones incluyen intervenciones manuales, programas estructurados de ejercicio terapéutico adaptado a cada persona y tecnologías de apoyo cuando están indicadas, siempre acompañadas de educación sanitaria, promoción de hábitos de vida saludables y estrategias para el empoderamiento de la población y la toma de decisiones compartida (Stout et al., 2012; Campbell, Rogers, & Sumner, 2015).

Estas competencias, reguladas por el Real Decreto 1000/2011 y la Orden CIN/2135/2008, permiten también intervenir en la optimización funcional post-oncológica de mama y ginecológica, previniendo y/o mejorando el dolor, la fatiga relacionada con los tratamientos médicos, el linfedema, la postura y la función respiratoria (Stout et al., 2012; Campbell, Rogers, & Sumner, 2015), así como en los síndromes dolorosos complejos, los problemas de salud mental, las enfermedades metabólicas o las enfermedades cardiovasculares. Integrar al fisioterapeuta en equipos multidisciplinares es esencial para evitar la cronificación de las consecuencias y garantizar un abordaje coste-efectivo y sostenible.

La variedad y complejidad de estas intervenciones, junto con la necesidad de adaptar el abordaje a las características biológicas, psicosociales y emocionales de cada persona, y la exigencia de criterios homogéneos de excelencia clínica, evidencian la conveniencia de un marco oficial de especialización que certifique dichas competencias avanzadas y armonice la formación con las exigencias del sistema sanitario y de la sociedad.

3.2. Normativas y políticas de salud relevantes en España y Europa

La creación de un título oficial de especialista en Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica se apoya en un sólido entramado normativo y en recientes desarrollos en políticas sanitarias. La Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, sentó las bases para el reconocimiento de perfiles profesionales y la incorporación de competencias transversales como bioética, trabajo en equipo y atención integral a la salud (Ley 44/2003).

Más recientemente, el Real Decreto 589/2022, por el que se regulan la formación transversal y los criterios para la creación, revisión y supresión de títulos de especialista en Ciencias de la Salud, establece que estos deben responder a “las necesidades de salud de la población” y a “la evolución de los conocimientos científicos y tecnológicos” (BOE, 2022). Esta normativa también incorpora principios de las Directivas Europeas 2005/36/CE y 2018/958/UE, que regulan el reconocimiento mutuo de cualificaciones profesionales y el test de proporcionalidad, garantizando la movilidad profesional y estándares homogéneos en la Unión Europea.

En el ámbito de políticas de salud con perspectiva de género, el Plan de Igualdad de Oportunidades en Salud 2021–2025 y la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2021–2025 han reforzado la recuperación funcional tras intervenciones ginecológicas, urológicas y oncológicas, promoviendo la integración de la Fisioterapia especializada en todos los niveles asistenciales (Ministerio de Sanidad, 2021). Además, el reciente anuncio de la creación del primer Centro de Referencia Nacional en Salud para Personas Trans representa un ejemplo de cómo el SNS avanza hacia modelos de atención especializada e integral con enfoque de derechos y diversidad (Ministerio de Sanidad, 2025).

A nivel europeo, el Instituto Europeo de la Igualdad de Género (EIGE) ha intensificado el seguimiento de políticas para integrar la perspectiva de género en salud y formación sanitaria, reforzando indirectamente la necesidad de especialidades como la Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica.

Por otro lado, experiencias autonómicas en Andalucía, Aragón y la Comunidad de Madrid han demostrado no solo mejoras clínicas, sino también eficiencia económica: un retorno de 2,5 € por cada euro invertido en programas de salud pélvica en Andalucía, 3,0 € en Aragón y hasta 3,8 € en Madrid (Servicio Andaluz de Salud, 2021; Servicio Aragonés de Salud, 2021; Colegio Profesional de Fisioterapeutas de la Comunidad de Madrid, 2022).

Todo este marco normativo y de políticas de salud no solo respalda la creación de un título de especialista oficialmente reconocido, sino que también se alinea con los compromisos nacionales e internacionales en materia de salud pública, equidad de

género y derechos humanos. En particular, estas iniciativas contribuyen a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030, como el ODS 3 (Salud y Bienestar), ODS 4 (Educación de Calidad), ODS 5 (Igualdad de Género), ODS 8 (Trabajo Decente y Crecimiento Económico), ODS 10 (Reducción de las Desigualdades) y ODS 17 (Alianzas para Lograr los Objetivos).

La especialización en Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica se presenta, así como una herramienta estratégica para avanzar hacia un sistema sanitario más inclusivo, equitativo y sostenible, al tiempo que fomenta el desarrollo profesional, la colaboración intersectorial y la optimización de los recursos sanitarios.

3.3. Relación con los Objetivos de Desarrollo Sostenible y equidad de género

La especialidad de Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica se alinea de manera integral con los compromisos de la Agenda 2030 de la Organización de Naciones Unidas (ONU), actuando como una herramienta estratégica para mejorar la salud pública, reducir desigualdades y fortalecer alianzas institucionales:

- **ODS 3: Salud y Bienestar.** Contribuye de forma significativa a la prevención y tratamiento de patologías de alta prevalencia y carga funcional, como la IU y anal, el POP, los síndromes metabólicos y autoinmunes, los síndromes de dolor persistente (por ejemplo, dolor pélvico crónico, fibromialgia), las secuelas oncológicas, las alteraciones de salud mental y las enfermedades cardiovasculares. Estas intervenciones no solo mejoran la calidad de vida, sino que también optimizan el uso de recursos sanitarios al reducir reingresos hospitalarios y procedimientos invasivos y asegurar la atención de los ciudadanos por parte de profesionales expertos en el área (ONU, 2015; Dumoulin, Hay-Smith, & Hable-Séguin, 2018; Olsson et al., 2019; Stout et al., 2012).
- **ODS 4: Educación de calidad.** Contribuye al desarrollo de una formación técnica y especializada de excelencia (meta 4.3), garantizando que los fisioterapeutas dispongan de competencias avanzadas para abordar de forma integral las necesidades de salud de la mujer y la salud pélvica. Asimismo, promueve una educación con enfoque en igualdad, derechos humanos y diversidad (meta 4.7), asegurando que los futuros especialistas integren estos valores en su práctica clínica y docente (ONU, 2015).
- **ODS 5: Igualdad de género.** Integra la perspectiva de género en la práctica clínica y en la formación especializada, corrigiendo brechas históricas en la investigación y el acceso a servicios sanitarios. La especialización empodera a las mujeres para participar activamente en el cuidado de su salud y promueve una atención sensible a las diversidades, las consecuencias de la violencia sexual (como la mutilación genital femenina, las agresiones sexuales y los abusos sexuales) (ONU, 2015).

- **ODS 8: Trabajo decente y crecimiento económico.** La creación de la especialidad fomenta una trayectoria profesional estructurada y reconocida dentro del sistema sanitario, mejorando las oportunidades laborales de los fisioterapeutas y fortaleciendo su papel en equipos multidisciplinares. Contribuye así al empleo pleno y productivo y a la dignificación del trabajo sanitario (meta 8.5), impulsando condiciones laborales más justas y el desarrollo de carreras profesionales en el ámbito de la salud (ONU, 2015).
- **ODS 10: Reducción de las desigualdades.** Garantiza el acceso equitativo a cuidados especializados para poblaciones vulnerables, incluidas las mujeres en entornos rurales, comunidades migrantes y personas con discapacidad, promoviendo la cohesión territorial y la justicia social (ONU, 2015).
- **ODS 17: Alianzas para lograr los objetivos.** Potencia la colaboración entre el Ministerio de Sanidad, universidades, sociedades científicas, colegios profesionales y asociaciones de pacientes, favoreciendo la investigación aplicada, la formación continua y la evaluación sistemática de resultados (ONU, 2015).

En conjunto, la creación de un título oficial de especialista en Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica no solo elevará los estándares de calidad asistencial y optimizará los recursos sanitarios, sino que también actuará como un mecanismo concreto para cumplir los compromisos de España con los ODS. Al integrar la equidad de género, la excelencia profesional y la gobernanza colaborativa en las políticas sanitarias, esta especialización convertirá los objetivos internacionales en beneficios tangibles para la población y en mejoras medibles en el rendimiento y la sostenibilidad del sistema sanitario público (ONU, 2015; World Physiotherapy, 2019).



AEF·SAMU

Asociación Española
de Fisioterapeutas
en Salud de la Mujer
y Salud Pélvica

DOCUMENTO MARCO 2025

4

CAPÍTULO

BENEFICIOS, EVIDENCIA, IMPACTO Y
MODELOS INTERNACIONALES DE LA
ESPECIALIZACIÓN

4. BENEFICIOS, EVIDENCIA, IMPACTO Y MODELOS INTERNACIONALES DE LA ESPECIALIZACIÓN

4.1. Beneficios para la salud pública y la equidad de género

El presente apartado agrupa y sintetiza los principales beneficios que la instauración de un título oficial de especialista en Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica aporta al SNS. Estos beneficios se examinan desde tres perspectivas complementarias —clínica, económica y de equidad—, que servirán de hilo conductor para los siguientes subapartados 4.2 (Evidencia clínica y grado de recomendación), 4.3 (Perspectivas), 4.4 (Impacto económico) y 4.5 (Modelos internacionales).

La especialización en Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica constituye un avance decisivo para la mejora de los resultados en salud pública, la optimización de los recursos sanitarios y la garantía de un acceso equitativo.

Desde la perspectiva fisioterapéutica clínica, la unificación de protocolos estandarizados de evaluación —como la ecografía perineal, la manometría, los cuestionarios validados o el examen físico— y de intervención —como el ejercicio terapéutico, los procedimientos manuales e instrumentales, y la educación para la salud y terapéutica— ha demostrado reducir de forma significativa tanto la severidad como la prevalencia de las disfunciones de la región abdominolumbopélvica y del suelo pélvico. Por ejemplo, se ha documentado una disminución de hasta el 50 % en la incidencia y gravedad de la IU, el POP y el dolor pélvico crónico (Dumoulin, Hay-Smith, & Habée-Séguin, 2018). La amplia evidencia científica que respalda estos beneficios se desarrolla en detalle en el subapartado 4.2.

Desde el punto de vista económico, la especialización permite optimizar la asignación de recursos y reducir la presión sobre el sistema sanitario gracias a la prevención de complicaciones y a la disminución de intervenciones más invasivas. Por cada euro invertido en programas de salud pélvica, se estima un retorno de entre 2,5 € y 3,8 € (Servicio Andaluz de Salud, 2021). El análisis detallado del impacto económico se presenta en el subapartado 4.3.

En términos de equidad de género, el establecimiento de un título oficial garantiza la provisión homogénea de estos servicios en todo el territorio nacional. Además, incorpora de forma sistemática la perspectiva de género en la formación y la práctica clínica, empodera a la población para el autocuidado y la toma de decisiones compartida con los profesionales sanitarios, y se alinea con el ODS 5: Igualdad de Género (ONU, 2023).

Experiencias internacionales recientes han demostrado cómo la integración de la Fisioterapia especializada en Salud de la Mujer y Salud Pélvica en los sistemas sanitarios contribuye a mejorar los resultados clínicos, optimizar recursos y reducir desigualdades. Estos modelos se describen en el subapartado 4.5.

En suma, la evidencia clínica, el impacto económico y el compromiso con la equidad convergen en un argumento sólido: la especialización en Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica es una inversión estratégica en salud pública, en la sostenibilidad del sistema y en la justicia social.

4.2. Evidencia clínica y grado de recomendación

La integración de la Fisioterapia especializada en Salud de la Mujer y Salud Pélvica en el SNS se fundamenta en una sólida base de evidencia científica que respalda su eficacia clínica, así como su impacto positivo en términos económicos y sociales. Este apartado recopila los hallazgos más relevantes sobre el efecto de las intervenciones fisioterapéuticas en una selección de ámbitos prioritarios de actuación, a modo de ejemplo representativo del amplio campo de intervención de la Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica. Por motivos de síntesis, no se desarrollan aquí otras áreas igualmente prioritarias, como las enfermedades metabólicas, autoinmunes o ciertos síndromes crónicos, aunque también están respaldadas por la evidencia científica y forman parte del campo de actuación de la Fisioterapia especializada. Entre los ámbitos analizados destacan el manejo del dolor persistente con perspectiva de género (como dolor pélvico crónico, fibromialgia y dismenorrea), las enfermedades cardiovasculares con enfoque diferenciado por sexo y género (como el infarto agudo de miocardio con síntomas atípicos en mujeres, la menor derivación a programas de rehabilitación cardíaca y la elevada prevalencia de insuficiencia venosa crónica), las consecuencias físicas y funcionales asociadas a cáncer de mama y cánceres ginecológicos, así como la atención integral a la salud mental y las consecuencias físicas y emocionales derivadas de la violencia contra la mujer.

En el ámbito masculino, las intervenciones incluyen el abordaje de la disfunción urinaria post-prostatectomía, la prostatitis crónica y el dolor pélvico persistente, mientras que en la población pediátrica se centran en disfunciones vesicales, anorrectales, enuresis y estreñimiento funcional. Este abordaje refuerza un modelo de atención integral, inclusivo y sensible a las particularidades de cada grupo.

Para garantizar la claridad y la aplicabilidad de este Documento Marco, se han seleccionado estas áreas como ejemplos representativos del amplio campo de intervención de la Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica, sin perjuicio de otras indicaciones también respaldadas por la literatura científica. En cada uno de estos ámbitos, las intervenciones basadas en ejercicio terapéutico, procedimientos

manuales e instrumentales, y educación sanitaria han demostrado ser eficaces para reducir síntomas, prevenir complicaciones a largo plazo y mejorar la calidad de vida de las personas atendidas.

Además, a cada intervención se le ha asignado un grado de recomendación según el sistema GRADE¹ (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*), lo que aporta rigor metodológico y transparencia en la interpretación de la fuerza de la evidencia.

4.2.1. Fisioterapia en los procesos fisiológicos femeninos

A lo largo de su vida, las personas de sexo femenino atraviesan diversas etapas fisiológicas moduladas por la actividad hormonal, que determinan sus características y desarrollo frente al sexo masculino, incluso desde la vida intrauterina (Berenbaum & Beltz, 2016).

4.2.1.1. Fisioterapia en la etapa reproductiva: Pubertad y madurez funcional

La pubertad se define como el proceso fisiológico mediante el cual el cuerpo infantil madura hasta alcanzar la forma adulta, logrando la madurez sexual y reproductiva. Lejos de ser un acontecimiento puntual, implica una sucesión de cambios que se inician antes del nacimiento y se reactivan en la adolescencia. Esta etapa se caracteriza por una intensa actividad en la producción de gonadotropinas y esteroides sexuales, que inducen modificaciones significativas en muchos tejidos, incluyendo los genitales, la piel, las mamas, el cerebro, los músculos, y los huesos, con diferencias marcadas entre el sexo femenino y el masculino (Wood et al., 2019).

Uno de los hitos más relevantes de esta etapa es la menarquia, definida como el primer periodo menstrual de una mujer adolescente que marca el inicio de la capacidad reproductiva de la mujer. Este evento, estrechamente ligado con el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, ocurre en promedio a los 12 años (Lacroix et al., 2023).

A partir de la menarquia, el ciclo menstrual —una secuencia cíclica y periódica que prepara el cuerpo para un posible embarazo— se establece de forma regular durante la etapa reproductiva de la mujer, interrumpiéndose solo, en contextos naturales, en el embarazo, o, de forma definitiva, con la llegada de la menopausia (Thiyagarajan et al., 2024).

¹ Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2008;336(7650):924-926. PMID: 18436948.

La mayoría de las mujeres que menstrúan generalmente experimentan una variedad de cambios físicos, psicológicos y comportamentales durante el periodo entre la ovulación y la menstruación (Liguori et al., 2023). Los síntomas físicos y psicológicos que acontecen durante la fase lútea del ciclo menstrual se conocen como trastornos premenstruales, y generalmente desaparecen antes del comienzo de la menstruación. Estos trastornos premenstruales comprenden síntomas premenstruales físicos y emocionales cíclicos, el síndrome premenstrual y el trastorno disfórico premenstrual. Los síntomas premenstruales incluyen comúnmente cambios físicos, comportamentales y emocionales tales como alteraciones del sueño, de la concentración y del apetito, irritabilidad, sentimiento de depresión, ansiedad, dolor de cabeza, etc. (Dilbaz & Aksan, 2021; Liguori et al., 2023), y afectan aproximadamente entre el 50 y el 80% de las mujeres (Ryu & Kim, 2015).

El síndrome premenstrual se define como la aparición cíclica de estos síntomas con una intensidad suficiente como para interferir en la vida cotidiana, repitiéndose de manera predecible en relación con el ciclo menstrual. Suele incluir ansiedad, dolor físico, hipersensibilidad mamaria e irritabilidad (Liguori et al., 2023; Yonkers & Simoni, 2018), y se estima que afecta a un 40% de las mujeres (Ryu & Kim, 2015). En los casos más graves, se puede diagnosticar un trastorno disfórico premenstrual, considerado como una forma severa del síndrome premenstrual, y que alcanza una prevalencia de entre un 3 y un 8% de las mujeres en edad fértil, incluyendo hasta un 5% de las adolescentes (Cary & Simpson, 2024; Gupta et al., 2020; Liguori et al., 2023). Actualmente, este trastorno está incluido como una categoría de depresión dentro del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), siendo el trastorno bipolar y la ansiedad generalizada las dos condiciones más prevalentes en mujeres afectadas por el mismo (Epperson et al., 2012; American Psychiatric Association, 2014).

La presencia de estos cuadros supone un impacto considerable en la calidad de vida de las mujeres, interfiriendo en sus relaciones y en las diferentes esferas de su vida diaria (Liguori et al., 2023), disminuyendo su productividad ocupacional, e incrementando el uso del sistema sanitario (Baker et al., 2007; Liguori et al., 2023).

La Fisioterapia, mediante programas de ejercicio terapéutico, ofrece un abordaje eficaz para la mejora de estos síntomas. Estos programas, diseñados y prescritos por fisioterapeutas, tienen como objetivos principales: 1) corregir o prevenir disfunciones corporales; 2) mejorar, restaurar o fomentar la participación en actividades; 3) prevenir o minimizar factores de riesgo para la salud; y 4) optimizar la salud general y el bienestar (Kisner, Colby & Borstad, 2017). En este sentido, la práctica de ejercicio terapéutico de carácter aeróbico (Ayyub et al., 2024; Pearce et al., 2020; Ravichandran & Janakiraman, 2022), de fuerza (Ayyub et al., 2024; Pearce et al., 2020), o el yoga (Ayyub et al., 2024) parece disminuir los síntomas físicos, psicológicos y conductuales de las mujeres que sufren síndrome premenstrual (recomendación fuerte). Además,

el método Pilates puede mejorar significativamente los síntomas premenstruales y el estrés percibido (Aykut & Şevgin, 2025; recomendación fuerte), mientras que los ejercicios de relajación progresiva se presentan como una estrategia útil, aunque con menor nivel de evidencia, para aliviar los síntomas del trastorno disfórico premenstrual (Abaoğlu et al., 2025; recomendación débil).

4.2.1.2. Fisioterapia en el embarazo

En el periodo fértil, la mujer se puede quedar embarazada; aunque el embarazo no se considera una enfermedad, sí implica una serie de cambios fisiológicos, biomecánicos y psicológicos necesarios para satisfacer las demandas físicas y metabólicas propias de esta condición (Díaz del Campo Gómez-Rico, 2022). Entre dichas adaptaciones se incluyen modificaciones cardiovasculares, el crecimiento del útero, alteraciones posturales, del equilibrio y de la actividad muscular lumbopélvica (Goossens et al., 2022), el incremento de la laxitud articular (Aldabe et al., 2012), y la ganancia de peso (Díaz del Campo Gómez-Rico, 2022). Estas transformaciones contribuyen a crear un entorno óptimo para el desarrollo del feto, preparar el cuerpo para el parto y facilitar la lactancia materna. No obstante, si no se gestionan adecuadamente, pueden derivar en efectos adversos. Por ejemplo, el exceso de peso puede desencadenar diabetes gestacional, hipertensión o depresión, aumentando el riesgo de complicaciones durante la gestación (McCarthy et al., 2021; Paúles Cuesta et al., 2021). En España, hasta un 45 % de las gestantes presenta sobrepeso y cerca del 10 % obesidad (Paúles Cuesta et al., 2021). Asimismo, entre el 17 % y el 18 % de las mujeres embarazadas sufren depresión y hasta un 23,6 % manifiestan trastornos de ansiedad (McCarthy et al., 2021; Paz-Pascual et al., 2024). Controlar el incremento del peso durante la gestación puede ayudar a mitigar estos síntomas (Kuhrt et al., 2018).

Adicionalmente, hasta el 47,8 % de las gestantes y aproximadamente el 25 % de las mujeres en el postparto experimentan dolor lumbar y/o pélvico (Morino et al., 2024; Salari et al., 2023; Wu et al., 2022). Generalmente, este dolor se intensifica a medida que avanza la gestación y persiste hasta 14 meses después del parto en el 15,3 % de los casos (Bergström et al., 2014), afectando negativamente la calidad de vida de las mujeres, interfiriendo con sus actividades laborales, cotidianas y su descanso nocturno (Bergström et al., 2014; Morino et al., 2024; Salari et al., 2023; Wu et al., 2022).

Los programas de ejercicio terapéutico prescritos por el fisioterapeuta aportan numerosos beneficios para la salud general de las mujeres embarazadas (Cilar Budler & Budler, 2022; Ribeiro et al., 2021), permitiendo controlar el aumento excesivo de peso gestacional (Cancela-Carral et al., 2022; de Castro et al., 2022; Wu et al., 2022; Zaman, 2023) (recomendación fuerte), mejorar la calidad del sueño (Huang et al., 2023) (recomendación débil), combatir la fatiga y el estreñimiento, así como favorecer

la postura (Woodley et al., 2020) (recomendación débil). Además, la cinesiterapia específica de la musculatura del suelo pélvico (CEMSP), centrada en el fortalecimiento de la musculatura de suelo pélvico, durante el embarazo reduce la aparición de IU tanto en el embarazo (X. Yang, Zhang, et al., 2022; Zhang et al., 2024) como en el postparto (Brennen et al., 2021; Woodley et al., 2020; X. Yang, Zhang, et al., 2022; Zhang et al., 2024) (recomendación fuerte), y mejora la función sexual (Karaahmet et al., 2022) (recomendación débil).

La fisioterapia basada en programas de ejercicio terapéutico también contribuye a la prevención del dolor lumbar durante el embarazo (Santos et al., 2023) (recomendación fuerte), a la reducción del dolor lumbar (Davenport et al., 2019a; Ferraz et al., 2023; Fontana Carvalho et al., 2020; Koukoulithras et al., 2021) (recomendación fuerte), y a la reducción del dolor lumbopélvico (Diez-Buil et al., 2024; Kandru et al., 2023; Vesentini et al., 2020; Vesting et al., 2025). También pueden ser de utilidad para mejorar la salud mental de la mujer embarazada (Liddle & Pennick, 2015; Santos et al., 2023; S. Y. Yang et al., 2020), pudiendo reducir el riesgo y la severidad de la depresión perinatal (L. He et al., 2023; Jarbou & Newell, 2022; X. Yang, Li, et al., 2022) (recomendación débil). Además, la práctica de ejercicio terapéutico durante el embarazo contribuye a mejorar la composición de la placenta (Kubler et al., 2022) (recomendación débil), y a disminuir la incidencia de complicaciones como la preeclampsia (Li et al., 2025; Paulsen et al., 2023) (recomendación fuerte)—que afecta al 5 % de los embarazos en España, incrementándose hasta el 30 % en mujeres con factores de riesgo como hipertensión crónica, diabetes mellitus, obesidad, enfermedad renal o antecedentes de preeclampsia—, la diabetes gestacional (Keating et al., 2022; Laredo-Aguilera et al., 2020; Li et al., 2025; Paulsen et al., 2023; Wu et al., 2022; X. Yang et al., 2023; Yaping et al., 2020) (recomendación fuerte), y el parto prematuro (Janssen et al., 2023) (recomendación débil).

En cuanto al parto, la fisioterapia basada en programas de ejercicio terapéutico se relacionan con una menor tasa de cesáreas (Weng et al., 2024; Zaman, 2023; Zhang et al., 2023) (recomendación fuerte), menor tasa de desgarros de segundo y tercer grado (Zhang et al., 2024) (recomendación fuerte), menor duración de la primera (de Sena Fraga et al., 2024; Haseli et al., 2024) (recomendación fuerte), y de la segunda etapa del parto (Issac et al., 2023) (recomendación fuerte), menor dolor durante este (Aslantaş & Çankaya, 2024; Carrascosa et al., 2021; Grenvik et al., 2022) (recomendación débil), y menor riesgo de complicaciones neonatales (Silva-Jose et al., 2023) (recomendación fuerte).

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) actualizó en 2020 sus directrices sobre actividad física y comportamiento sedentario, destacando la necesidad de que las políticas nacionales incluyan a las mujeres durante el embarazo y el postparto en sus programas de actividad física (Bull et al., 2020). No obstante,

pese a la sólida evidencia científica que respalda los beneficios de la fisioterapia basada en ejercicio terapéutico en estas etapas, su práctica disminuye hasta un 21 % durante el embarazo y un 32 % después del parto (Rial-Vázquez et al., 2023). Es fundamental reconocer que el ejercicio terapéutico constituye un pilar esencial para un embarazo y un parto saludables, por lo que se recomienda firmemente que todas las mujeres sin contraindicaciones médicas u obstétricas participen en programas de actividad física (Mottola et al., 2018; *Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period: ACOG Committee Opinion, Number 804, 2020*; Rial-Vázquez et al., 2023).

Resulta imprescindible que la gestante llegue al parto en óptimas condiciones físicas, lo que le permitirá mantener la fuerza y la energía necesarias para afrontar las exigencias del trabajo de parto (Díaz del Campo Gómez-Rico, 2022). La fisioterapia basada en el ejercicio terapéutico se inserta dentro de un enfoque preventivo, orientado a reducir las complicaciones del embarazo, facilitar la movilidad durante el parto y promover una participación activa de la mujer en este proceso. Según la evidencia disponible, estos programas deben incluir ejercicios aeróbicos, de fortalecimiento muscular, de equilibrio, coordinación motora, flexibilidad y trabajo específico del suelo pélvico a través de la CEMSP (recomendación fuerte) (*Guías clínicas para el ejercicio físico durante el embarazo, 2019*; Zhang et al., 2023).

Se recomienda acumular un mínimo de 150 minutos semanales de ejercicio terapéutico de intensidad moderada, distribuidos en al menos tres sesiones semanales (recomendación fuerte) (Bull et al., 2020; *Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period: ACOG Committee Opinion, Number 804, 2020*; Rial-Vázquez et al., 2023; X. Yang, Li, et al., 2022). La intensidad moderada se define como aquella que permite a la gestante mantener una conversación cómoda durante la actividad (conocido como el "test del habla") o aquella en la que la frecuencia cardíaca no supera el 60-80 % de la frecuencia máxima de la embarazada, generalmente sin exceder las 140 pulsaciones por minuto. Es recomendable, asimismo, que este ejercicio sea supervisado (evidencia de calidad moderada) (*Guías clínicas para el ejercicio físico durante el embarazo, 2019*; Mullins et al., 2021), ya que la supervisión favorece la correcta ejecución y adherencia, permite realizar adaptaciones según las necesidades individuales, garantiza la seguridad de la gestante y posibilita la derivación a un profesional médico si fuera necesario. Cabe destacar que la adherencia a estos programas es considerablemente menor en aquellos que no cuentan con supervisión profesional (Mullins et al., 2021).

Además de la fisioterapia basada en ejercicio terapéutico y en la promoción de la actividad física, otras intervenciones propias de la disciplina también pueden desempeñar un papel relevante en la mejora de la salud y el bienestar de las mujeres embarazadas. Entre ellas, la educación terapéutica —entendida como un proceso

activo que promueve el conocimiento, la toma de decisiones informadas y la autogestión de la salud— ha demostrado tener un efecto favorable sobre la función sexual femenina durante el embarazo, mejorando aspectos como el deseo sexual, la lubricación vaginal, el orgasmo, el placer sexual y la satisfacción general (Ada et al., 2025; recomendación fuerte). Asimismo, puede contribuir a prevenir y reducir la presencia de dolor lumbar (Vesting et al., 2025) (recomendación débil), y a potenciar los efectos del ejercicio sobre el dolor lumbo-pélvico (Diez-Buil et al., 2024) (recomendación débil). Además, la educación puede reducir el riesgo de IU en el embarazo (recomendación débil) y alentar a las embarazadas a realizar ejercicio durante este proceso (recomendación débil) (Miquelutti et al., 2013).

Por otra parte, el uso de la estimulación eléctrica transcutánea (TENS) y los ejercicios de relajación muscular contribuyen en la mejora del dolor lumbar durante el embarazo (Koukoulithras et al., 2021) (recomendación débil). La TENS, además, puede disminuir el dolor durante el trabajo de parto y posponer la necesidad de anestesia farmacológica (Santana et al., 2016) (recomendación débil). De forma similar, el uso de corrientes interferenciales también parece disminuir el dolor y la duración del trabajo de parto (Pak et al., 2023) (recomendación débil).

Finalmente, la masoterapia también se posiciona como una herramienta beneficiosa durante el parto. Su aplicación durante el trabajo de parto puede contribuir a reducir el dolor (Smith et al., 2018) (recomendación débil), mientras que el masaje perineal antenatal reduce la posibilidad de traumatismo perineal que requiera suturas en mujeres sin parto vaginal previo (Abdelhakim et al., 2020) (recomendación fuerte), y disminuye el dolor a los tres meses en mujeres con parto vaginal previo (Beckmann & Stock, 2013) (recomendación fuerte).

4.2.1.3. Fisioterapia en el puerperio y postparto

Tras el parto, el puerperio —definido como el periodo comprendido entre la expulsión de la placenta y las 6-8 semanas posteriores— constituye una etapa de especial vulnerabilidad para la salud de la mujer, que puede extenderse hasta un año después del nacimiento del bebé, y que conlleva potenciales complicaciones físicas y emocionales (Mullins et al., 2021; Schrey-Petersen et al., 2021). En este periodo, se estima que una de cada tres mujeres experimenta IU a los tres meses del parto (Thom & Rortveit, 2010), una de cada siete reporta incontinencia anal a los seis meses (Jansson et al., 2023; Gonzales et al., 2021), una de cada doce mujeres presenta síntomas de POP (*NICE Guidance - Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management*: © NICE (2019) *Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management*, 2019; Peinado-Molina et al., 2023), y hasta tres de cada diez manifiestan dispareunia a los tres meses postparto (Rosen et al., 2022).

Estas afecciones se suman frecuentemente a otros problemas de salud pélvica, como el dolor lumbopélvico y perineal (Mo et al., 2022), así como la diástasis de rectos abdominales (DRA), que afecta hasta un 45,4 % de las mujeres a los seis meses postparto y persiste en un 32,6 % al año del nacimiento (Sperstad et al., 2016). Estas alteraciones impactan significativamente en la calidad de vida de las mujeres, comprometiendo su capacidad para reincorporarse al ámbito laboral, afectando sus relaciones sexuales y sociales, y contribuyendo a la aparición de problemas de salud mental (Hunter et al., 2024).

La fisioterapia basada en ejercicio terapéutico se presenta como una intervención accesible, de bajo coste y alta efectividad, que puede desempeñar un papel clave en la promoción de la salud y el bienestar durante el puerperio y el periodo postparto (Bane, 2015). La implementación de programas específicos para esta etapa favorece el incremento de la actividad física adaptada y, con ello, la mejora global del estado de salud y la condición física de la mujer (Dipietro et al., 2019). Entre los beneficios generales del ejercicio terapéutico en el postparto se incluyen: la disminución del riesgo de complicaciones persistentes, el retorno controlado al peso previo al embarazo (J. He et al., 2024; Szalewska & Skrzybowska, 2016) la reducción de la fatiga postparto (Kazeminia et al., 2022; N. Liu et al., 2019, 2020), y la mejora de la condición física general (Brown et al., 2022; N. Liu et al., 2019; Marconcin et al., 2021; Mo et al., 2022) (recomendación fuerte).

En términos de salud mental, diversos estudios respaldan que el ejercicio terapéutico postparto resulta eficaz para prevenir (Yuan et al., 2022) (recomendación fuerte) y reducir los síntomas de depresión postparto (Carter et al., 2019; Davenport et al., 2025; Marconcin et al., 2021; Pritchett et al., 2017; Wang et al., 2024) (recomendación fuerte). En cuanto al dolor, el ejercicio terapéutico contribuye a la prevención (Davenport et al., 2019c) y la reducción del dolor lumbopélvico (Adnan et al., 2021; Davenport et al., 2019b; Ehsani et al., 2020) (recomendación fuerte). Finalmente, respecto a las disfunciones de la cavidad abdominolumbopélvica, el ejercicio terapéutico resulta de utilidad en la mejora sintomática de la DRA (Abdullah et al., 2025; Benjamin et al., 2023; Thabet et al. 2019; Gluppe et al., 2021) (recomendación fuerte), y las DSP (Diz-Teixeira et al., 2023; Hadizadeh-Talasaz et al., 2019; Ryhtä et al., 2023; Woodley et al., 2020) (recomendación fuerte) tales como la IU (Davenport et al., 2025; Mantilla Toloza et al., 2024; Stafne et al., 2022) (recomendación fuerte), la incontinencia fecal (IF) (Artymuk & Khapacheva, 2022; Woodley et al., 2020) (recomendación débil), el POP (Artymuk & Khapacheva, 2022; Ryhtä et al., 2023) (recomendación débil) y la disfunción sexual (Hadizadeh-Talasaz et al., 2019; Karaahmet et al., 2022) (recomendación fuerte). Para un análisis más detallado de la fisiopatología, los factores de riesgo y las técnicas complementarias en el tratamiento de la DRA, véase el apartado sobre salud pélvica 4.2.2.3.

La evidencia científica pone de manifiesto la necesidad de implementar estrategias y programas efectivos que promuevan la práctica regular de ejercicio terapéutico adaptado en el postparto. El seguimiento de estas recomendaciones resultará en grandes mejoras en el bienestar psicológico, la salud pélvica, musculoesquelética y cardio-metabólica de la mujer, sin experimentar efectos adversos (Brown et al., 2022; Davenport et al., 2025; Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period: ACOG Committee Opinion, Number 804, 2020).

Estos programas deben contemplar tanto el ejercicio aeróbico como el de fortalecimiento muscular, prestando especial atención a la cavidad abdominolumbopélvica y al fortalecimiento específico del suelo pélvico (Brown et al., 2022; Davenport et al., 2019a; N. Liu et al., 2020; Mo et al., 2022; Woodley et al., 2020). Dada la fragilidad física que caracteriza a la mujer durante este periodo — consecuencia directa de los cambios corporales sufridos durante el embarazo y el parto—, la atención fisioterapéutica se torna imprescindible para prevenir complicaciones, fomentar la recuperación funcional y mejorar sustancialmente la calidad de vida de esta población vulnerable.

Durante el postparto, más allá del ejercicio terapéutico, otras estrategias fisioterapéuticas también pueden contribuir de manera significativa al abordaje de síntomas frecuentes en esta etapa.

En el ámbito de la salud mental, la estimulación magnética transcraneal repetitiva puede reducir los síntomas depresivos en mujeres con depresión postparto (Peng et al., 2020) (recomendación débil). En cuanto al manejo del dolor, el uso de la TENS ha demostrado ser eficaz para reducir el dolor post-episiotomía en reposo, al sentarse y al caminar (López-Campos et al., 2024) (recomendación débil), así como el dolor postoperatorio de la cesárea, junto con el uso de analgésicos para el mismo (Kayman-Kose et al., 2014) (recomendación débil). La crioterapia también puede reducir este dolor perineal en el postparto en mujeres con episiotomía (Beleza et al., 2017) (recomendación débil).

Estas intervenciones, siempre que se apliquen bajo supervisión profesional y tras una adecuada valoración individual, pueden complementar los beneficios del ejercicio terapéutico, ofreciendo un enfoque integral y personalizado para la recuperación postparto

4.2.1.4. Fisioterapia en el climaterio

La menopausia constituye una etapa crucial en el proceso de envejecimiento y en la salud reproductiva de la mujer (Ambikairajah et al., 2022). Según las directrices de la OMS, la menopausia se define como el cese definitivo de las menstruaciones debido

a la pérdida de la función folicular ovárica y, por ende, de las hormonas ováricas (*Research on the menopause in the 1990s. Report of a WHO Scientific Group - PubMed*, s. f.). En el caso de la menopausia natural, esta se diagnostica tras doce meses consecutivos de amenorrea, mientras que la menopausia inducida se produce como resultado de una ooforectomía o de una ablación iatrogénica de la función ovárica (Ambikairajah et al., 2022).

El climaterio engloba el periodo de transición entre la etapa reproductiva y la no reproductiva de la mujer. Este proceso incluye varias fases: la premenopausia, que corresponde al intervalo de uno a dos años previos a la menopausia; la perimenopausia, que abarca el periodo inmediatamente anterior a la última menstruación y se extiende hasta el primer año posterior a esta, caracterizado por la aparición de signos y síntomas asociados; y la postmenopausia, que comienza tras la última menstruación, con independencia de su causa (Ambikairajah et al., 2022).

La edad promedio mundial de inicio de la menopausia se sitúa entre los 40 y los 54 años, mientras que en Europa oscila entre los 50 y los 53 años (Voedisch et al., 2021). En España, se estima que aproximadamente el 6 % de las mujeres se encuentran en la etapa de perimenopausia (*Instituto Nacional de Estadística, (National Statistics Institute)*, s. f.). Además, considerando que la esperanza de vida femenina en España alcanza los 85 años, las mujeres transcurren más de un tercio de su vida en la postmenopausia (*Ministerio de Sanidad - Prensa y comunicación - Noticias*, s. f.). Diversos factores como la dieta, la actividad física, el tabaquismo, el nivel socioeconómico, el índice de masa corporal, la etnia, las creencias culturales y antecedentes médicos o ginecológicos pueden influir en la edad de aparición de la menopausia (Taulikar, 2022).

Los síntomas asociados al climaterio y la menopausia afectan entre el 80 % y el 90 % de las mujeres, siendo severos en al menos un tercio de los casos (Gatenby & Simpson, 2024; Taulikar, 2022). Estas manifestaciones, derivadas de la disminución de estrógenos y progesterona en los tejidos diana, incluyen sofocos, sudoración, palpitaciones, trastornos del sueño, alteraciones psicológicas y cognitivas (como ansiedad, depresión, confusión mental y fatiga), molestias musculoesqueléticas, sequedad ocular y cutánea, cambios en la piel y el cabello, y el síndrome genitourinario de la menopausia, que engloba síntomas vulvovaginales y urinarios, así como disfunciones sexuales como atrofia vulvovaginal, disuria, sequedad vaginal, dispareunia y disminución de la libido (Gatenby & Simpson, 2024; Lumsden et al., 2016; Taulikar, 2022). La intensidad, frecuencia y duración de estos síntomas varían entre las mujeres, impactando negativamente en su calidad de vida (T. T. B. Nguyen et al., 2024).

Adicionalmente, la reducción estrogénica genera otros cambios fisiológicos, como la disminución del metabolismo basal, el aumento de peso, la redistribución del tejido adiposo, y eleva el riesgo de padecer enfermedades crónicas tales como patologías cardiovasculares, diabetes tipo 2, osteoporosis, enfermedad de Alzheimer y ciertos cánceres hormono-dependientes, como el de mama (Erdélyi et al., 2023).

Las transformaciones que acompañan a la menopausia tienen un importante impacto social y económico, reflejado en una menor calidad de vida, mayor uso de recursos sanitarios y reducción de la capacidad laboral (Whiteley et al., 2013; Voedisch et al., 2021).

Entre las intervenciones para prevenir y mitigar estos síntomas, la fisioterapia basada en ejercicio terapéutico se presenta como una estrategia eficaz, de bajo coste y con mínimos efectos adversos en comparación con otras opciones, como la terapia hormonal (T. M. Nguyen et al., 2020a). Además, la práctica regular de actividad física contribuye al bienestar físico y psicológico general (ACSM, 2021).

En el contexto del climaterio, se ha evidenciado que la fisioterapia basada en ejercicio terapéutico mejora los síntomas vasomotores (ejercicio aeróbico y de fuerza, recomendación fuerte) (Aarshageetha et al., 2023; Choudhry et al., 2024; T. Liu et al., 2022), las alteraciones del sueño (Jing et al., 2024; Lialy et al., 2023; Qian et al., 2023) (ejercicio aeróbico y de fuerza, yoga, o método Pilates, recomendación fuerte), la IU (Marcellou et al., 2025; T. T. B. Nguyen et al., 2024) (CEMSP, recomendación fuerte) las disfunciones sexuales (del Carmen Carcelén-Fraile et al., 2020; Khosravi et al., 2022; Yıldız Karaahmet et al., 2025) (CEMSP, recomendación fuerte; ejercicio aeróbico, recomendación débil), y otros síntomas relacionados con el síndrome genitourinario de la menopausia (T. T. B. Nguyen et al., 2024) (CEMSP, recomendación débil) así como los síntomas psicológicos y cognitivos (ejercicio aeróbico y programas de estiramientos, recomendación débil) (Aarshageetha et al., 2023; Campos et al., 2021; Lialy et al., 2023; Mehrnoush et al., 2021; Yue et al., 2025). Igualmente, contribuye a aumentar la densidad mineral ósea (Anupama et al., 2020; DadeMatthews et al., 2022; de Oliveira et al., 2023; Fernández-Rodríguez et al., 2021; Hejazi et al., 2022; Kistler-Fischbacher et al., 2021; Linhares et al., 2022; X. Liu et al., 2022; Mohebbi et al., 2023; Sánchez-García et al., 2023; Shojaa et al., 2020) (ejercicio aeróbico como trotar, caminar o realizar saltos; entrenamiento de fuerza; ejercicios combinados; entrenamiento de vibración de cuerpo completo, recomendación fuerte; tai-chi, recomendación débil) y ayuda a reducir el dolor en la osteoartritis (Wolf et al., 2024) (ejercicio físico de cualquier tipo, recomendación fuerte). Además, disminuye el riesgo cardiovascular mediante la mejora de la función endotelial, la modulación del sistema nervioso autónomo, la reducción de la presión arterial y el aumento de la capacidad cardiorrespiratoria (Ferreira et al., 2024; Ho et al., 2020; Khalafi et al., 2021; Lew et al., 2022; Loaiza-Betancur et al., 2021; Rodrigues et al., 2023; Sánchez-García

et al., 2023; Sánchez-Polán et al., 2023; Sun et al., 2024; Tan et al., 2023) (ejercicio aeróbico y entrenamiento de fuerza, recomendación fuerte). Asimismo, favorece una mejor composición corporal (Dupuit et al., 2020; Khalafi, Habibi Maleki, et al., 2023; Shi et al., 2022) (ejercicio aeróbico y entrenamiento de fuerza, recomendación fuerte), mejora la capacidad cardiorrespiratoria (Khalafi, Sakhaei, et al., 2023) (ejercicio aeróbico, de fuerza, o combinado, recomendación fuerte), incrementa la fuerza muscular (Khalafi, Sakhaei, et al., 2023; Sánchez-García et al., 2023) (entrenamiento de fuerza, recomendación fuerte), optimiza la funcionalidad y el equilibrio (De Aguiar et al., 2023; Walsh et al., 2023) (entrenamiento de vibración de cuerpo completo, recomendación fuerte), y reduce los marcadores inflamatorios (Khalafi et al., 2021) (ejercicio aeróbico, entrenamiento de fuerza o combinados, recomendación fuerte). En última instancia, promueve una mejor calidad de vida (Aarshageetha et al., 2023; de Almeida et al., 2024; Hughes et al., 2025; T. M. Nguyen et al., 2020b; T. T. B. Nguyen et al., 2024) (CEMSP, recomendación fuerte; yoga o método Pilates, recomendación débil).

No obstante, a pesar de los beneficios ampliamente reconocidos del ejercicio, las tasas de inactividad física continúan en aumento, con una marcada diferencia entre géneros. En España, alrededor del 23 % de los hombres y el 31 % de las mujeres no cumplen con las recomendaciones mínimas de actividad física establecidas por la OMS (Guthold et al., 2020). Además, el 54 % de las mujeres no realiza ninguna actividad física en su tiempo libre semanalmente, frente al 46 % de los hombres (Instituto Nacional de Estadística, 2020). Estas cifras reflejan una clara disparidad de género en la educación y los hábitos sedentarios (Prince et al., 2020). Por ello, es crucial desarrollar programas educativos y de ejercicio terapéutico dirigidos a concienciar a las mujeres en el climaterio sobre la importancia del ejercicio como herramienta preventiva y terapéutica frente a los síntomas y cambios asociados a la menopausia.

Finalmente, además del ejercicio, otras herramientas fisioterapéuticas, como la facilitación neuromuscular propioceptiva, las movilizaciones articulares, o las manipulaciones articulares de baja intensidad pueden reducir el dolor musculoesquelético englobado en la sintomatología propia de la menopausia (recomendación débil) (Espírito Santo et al., 2024), y la radiofrecuencia puede aminorar los síntomas del síndrome genitourinario de la menopausia (recomendación débil) (Blanco Vázquez et al., 2025).

4.2.2. Fisioterapia en los procesos fisiopatológicos femeninos y de salud pélvica

4.2.2.1. Fisioterapia en el manejo del dolor y síndromes dolorosos en la mujer

En las últimas décadas, la investigación sobre las diferencias de sexo y género en relación con el dolor ha experimentado un notable auge, abarcando desde los

mecanismos fisiopatológicos subyacentes hasta los aspectos clínicos y epidemiológicos diferenciando ambos sexos (Keogh 2022). La evidencia disponible indica que las mujeres presentan una mayor prevalencia de dolor en comparación con los varones, especialmente en condiciones de dolor crónico (Sorge y Totsch 2017). El dolor crónico, descrito como aquél que perdura más de tres meses en el tiempo (Treede et al., 2019), afecta al 20% de la población adulta y constituye una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial, con una mayor prevalencia en mujeres y niñas (Osborne y Davis 2022).

En cuanto a esta diferencia de prevalencia del dolor entre ambos sexos, es fundamental considerar la doble dimensión de la experiencia dolorosa en las mujeres. En primer lugar, las mujeres presentan una mayor prevalencia de dolor en comparación con los hombres en condiciones comunes como el dolor musculoesquelético, trastornos temporomandibulares, cefaleas, fibromialgia, migraña y artritis reumatoide (Maixner et al. 2008). En segundo lugar, es esencial reconocer la existencia de síndromes dolorosos específicos del sexo femenino, tales como la dismenorrea y el dolor lumbar relacionado con el embarazo, los cuales son exclusivos de la mujer debido a su base biológica (Casale et al. 2021).

Debido a la exclusión histórica y actual de modelos animales hembras en la investigación preclínica del dolor y a la falta de análisis específicos y segregados por sexo en la investigación clínica con humanos, aún queda mucho por descubrir sobre la influencia del sexo y el género en torno al dolor (Keogh 2022). Sin embargo, estudios preclínicos recientes que incluyeron hembras han revelado diferencias significativas de sexo en los mecanismos fisiológicos subyacentes al dolor, incluyendo la participación específica de cada sexo en diferentes genes y proteínas, así como interacciones distintivas entre las hormonas y el sistema inmunitario que influyen en la transmisión de las señales nociceptivas (Sorge y Totsch 2017; Osborne y Davis 2022; Suso-Riber et al., 2019).

Así, las diferencias entre sexos en cuanto a la biología, la fisiología de los procesos nociceptivos, la sensibilidad al dolor y aspectos relacionados con la comunicación y el afrontamiento de este, subrayan la necesidad de enfoques terapéuticos distintos desde la fisioterapia. Estos deben abordar las particularidades del dolor en las mujeres, teniendo en cuenta las bases biológicas, las culturales y entendiendo las diferencias en la manifestación clínica del dolor.

4.2.2.1.1. Fisioterapia en el dolor musculoesquelético

Las mujeres presentan tasas de prevalencia más elevadas de dolor musculoesquelético en la mayoría de las localizaciones anatómicas, independientemente de la duración del dolor (Wijnhoven, de Vet, & Picavet 2006;

Osborne & Davis, 2022; Suso-Ribera et al., 2019). Además de padecer con mayor frecuencia condiciones de dolor musculoesquelético análogas a las del varón, las mujeres también tienen diferencias en cuanto a condiciones de este tipo de dolor asociadas a procesos de cambios fisiológicos intrínsecos al sexo femenino, como el embarazo (Shanshan et al. 2024) o la menopausia (Wáng, Wáng, y Káplár 2016; Watt 2018).

En cuanto al **dolor musculoesquelético generalizado**, las intervenciones de fisioterapia basadas en actividad física y diversas modalidades de ejercicio evaluadas (aeróbicos, fuerza, flexibilidad, rango de movimiento, entrenamiento la musculatura abdominolumbopélvica o equilibrio) pueden ser potencialmente beneficiosas, aunque la calidad de la evidencia es baja debido a la heterogeneidad de los estudios hasta ahora realizados (Geneen et al. 2017). Las recomendaciones de las guías de práctica clínica (Ernstzen, Louw, y Hillier 2017; Fernández-Fairén 2024; Hsu et al. 2019) sobre el manejo del dolor musculoesquelético consideran la **fisioterapia** como estrategia de **primera línea de tratamiento**, teniendo en cuenta que la atención esté centrada en el paciente, se hayan descartado condiciones de alarma ("red flags" / [banderas clínicas rojas](#)) y se hayan evaluado los factores psicosociales. Enmarcado en estas recomendaciones se encuentran la educación del paciente, la fisioterapia basada en la promoción de la actividad física y del ejercicio terapéutico, además del uso de la fisioterapia manual únicamente como complemento de los otros tratamientos mencionados anteriormente (Lin et al. 2020; National Institute for Health and Care Excellence 2020).

Específicamente, el **dolor lumbar**, caracterizado por presentar dolor en la zona baja de la espalda, es una de las condiciones de dolor musculoesquelético más frecuentes en la población adulta, provocando una disminución considerable de la calidad de vida de quienes la padecen (Ferreira et al. 2023). De hecho, se estima que cerca de un 84% de los adultos de entre 35 y 55 años presentará, al menos, un episodio de dolor lumbar en algún momento de su vida (Wu et al. 2020). Además, actualmente el dolor lumbar es la principal causa de discapacidad y plantea un problema de salud pública debido al gran coste económico derivado de atención médica y recursos sanitarios destinados al manejo de esta condición (Grotle et al. 2005). La evidencia sugiere el ejercicio terapéutico (recomendación fuerte) en el dolor lumbar crónico para la reducción del dolor (calidad de la evidencia moderada) y el aumento de la funcionalidad (calidad de la evidencia moderada) (Hayden et al. 2021; Y. Li et al. 2023). La terapia manual y la terapia miofascial (calidad de la evidencia moderada) han demostrado poder tener efectos analgésicos a través de las vías moduladoras descendentes bien establecidas en el sistema nervioso central (Bialosky et al. 2018; Fullen et al. 2023), aunque se debe considerar la influencia de los factores cognitivos y contextuales durante su práctica (Rossettini et al. 2020). Asimismo, en esta última

modalidad terapéutica, se ha evidenciado que puede mejorar la función y la capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria (Wang et al. 2023).

En relación con el dolor lumbar, se debe considerar que durante el periodo del embarazo alrededor del 70% de las mujeres padecen dolor lumbo-pélvico como consecuencia de las diferentes modificaciones fisiológicas, biomecánicas y psicológicas que comporta este estado, interfiriendo en sus actividades cotidianas y llevándolas a la inactividad física (Salari et al. 2023; Shanshan et al. 2024; Zhou et al. 2023). En este contexto, el ejercicio terapéutico puede disminuir la discapacidad funcional asociada al dolor (calidad moderada de la evidencia científica) (Diez-Buil et al., 2024) y reducir la intensidad del dolor (calidad baja de la evidencia científica) (Liddle y Pennick 2015). Asimismo, los ejercicios de fortalecimiento de la musculatura del suelo pélvico a través de la CEMSP reducen eficazmente la intensidad del dolor lumbar, en especial durante el embarazo y el postparto (calidad moderada de la evidencia científica) (Kazeminia, Rajati, y Rajati 2023). El ejercicio terapéutico en el medio acuático (calidad moderada de la evidencia científica) ha demostrado ser beneficioso para la reducción del dolor y ayudar a las mujeres embarazadas a mantenerse activas laboralmente (Davenport et al., 2019). Los vendajes con kinesiotape para la reducción del dolor lumbar durante el embarazo han resultado efectivos, pero presentan una baja calidad de la evidencia (Salazar-Méndez et al. 2024).

La fisioterapia basada en la prescripción de actividad física adaptada y ejercicio terapéutico (recomendación fuerte), desde un enfoque biopsicosocial y contando con la participación activa del paciente, es clínicamente efectiva y rentable para el tratamiento de los trastornos de dolor musculoesquelético (Bornhöft et al. 2019).

4.2.2.1.2. Fisioterapia en la dismenorrea

La menstruación es un proceso fisiológico que ocurre en las mujeres y está regulado por cambios cíclicos en las hormonas femeninas, como el estrógeno y la progesterona, durante un ciclo de aproximadamente un mes (Allshouse et al., 2018). Se describe el término dismenorrea como el dolor abdominal asociado al proceso de la menstruación (Vlachou et al. 2019). La dismenorrea es una de las condiciones de dolor más comunes y una de las quejas más frecuentes expresadas por las mujeres durante su vida reproductiva (Ferries-Rowe et al., 2020). Esta condición, que afecta a hasta el 50% de las mujeres que menstrúan, generalmente ocurre entre los 6 y 24 meses después de la menarquia, siendo altamente prevalente entre las adolescentes (Gutman, Nunez, y Fisher 2022). Esta condición se clasifica en dismenorrea primaria o dismenorrea secundaria según la presencia o ausencia de una enfermedad orgánica (Nagy, Carlson, y Khan 2025).

La **dismenorrea primaria** se define como el dolor menstrual sin patología pélvica, siendo el principal síntoma el dolor en la parte baja del abdomen que aparece al inicio de la menstruación con una duración de hasta dos y tres días (Ferries-Rowe, Corey, y Archer 2020). La evidencia actual sugiere que la fisioterapia basada en ejercicio terapéutico es la recomendación fisioterapéutica con mayor efectividad para la reducción de la sintomatología de la dismenorrea primaria, particularmente en la disminución del dolor y el aumento de la calidad de vida y la funcionalidad (Armour et al. 2019; Cai et al. 2025; Carroquino-Garcia et al. 2019; Tsai et al. 2024; Yesildere Saglam y Orsal 2020; Zheng et al. 2024). Concretamente, la realización de fisioterapia basada en ejercicio regular con una frecuencia mínima de tres veces a la semana con una duración de entre 45 y 60 minutos cada sesión, independientemente de la intensidad, puede proporcionar una reducción clínicamente significativa en la intensidad del dolor abdominal de alrededor de 25 milímetros en una Escala Visual Analógica (EVA) de 100 milímetros (calidad baja de la evidencia científica) (Armour et al. 2019). Dado los beneficios generales del ejercicio para la salud y el bajo riesgo de efectos secundarios reportados en la población, las mujeres pueden considerar usar el ejercicio terapéutico adaptado, ya sea de forma aislada o en combinación con otras modalidades, para la reducción de la intensidad del dolor y de la duración de este (Armour et al. 2019). Destacando que, dentro de las diferentes modalidades de fisioterapia basada en ejercicio adaptado, se encuentra evidencia en el ejercicio aeróbico y el de fuerza.

Por un lado, la fisioterapia basada en ejercicio aeróbico ha mostrado una reducción de la intensidad del dolor y una mejoría en la calidad de vida, especialmente en mujeres jóvenes y adolescentes, ayudando a mantener su rendimiento laboral y académico durante la menstruación (calidad moderada de la evidencia científica) (Cai et al. 2025; Tsai et al. 2024). El ejercicio aeróbico regula los cambios hormonales en el endometrio, aumenta el umbral del dolor mediante la liberación de analgésicos naturales y actúa sobre mediadores inflamatorios. Además, la fisioterapia basada en ejercicio terapéutico puede aliviar el dolor uterino causado por la isquemia y la hipoxia, promoviendo la circulación sanguínea y la oxigenación del área pélvica (Armour et al. 2019; Rigal et al. 2025; Tsai et al. 2024). Se observó que el método Pilates, específicamente, fue el ejercicio terapéutico más efectivo para aliviar el dolor, seguido de otras actividades como la danza aeróbica y el yoga, que también tuvo efectos en la mejora de la calidad de vida (Armour et al. 2019; Kim 2019; McGovern y Cheung 2018). Además, también ha resultado ser efectivo en la reducción del dolor la combinación de fisioterapia basada en ejercicio terapéutico y diferentes estrategias conductuales, incluyendo procedimientos tanto físicos como cognitivos centrados en la propuesta de estrategias de afrontamiento físicas y psicológicas para los síntomas individuales de cada mujer (Li et al., 2024).

Por otro lado, la realización de fisioterapia basada en entrenamiento de fuerza (recomendación fuerte) durante un mínimo de 8 semanas, con sesiones que ocurran más de tres veces por semana y que duren más de 30 minutos cada sesión y alcanzando un mínimo semanal de 90 minutos, ha demostrado ser efectivo en la reducción de la intensidad del dolor abdominal y otros síntomas asociados a la dismenorrea primaria (Xiang et al. 2025).

La terapia manual se presenta como una opción eficaz para el manejo del dolor en mujeres con dismenorrea primaria, aunque la calidad de la evidencia disponible es baja (González-Mena, Leirós-Rodríguez, & Hernandez-Lucas, 2024; Li et al., 2024; Proctor et al., 2001). Entre las técnicas utilizadas destacan las manipulaciones pélvicas y el masaje *effleurage*, este último con efectos documentados en la reducción del dolor a largo plazo (hasta tres meses tras la intervención), logrando resultados comparables a los de los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) pero con la ventaja de mantener su eficacia prolongada (Proctor et al., 2001; Li et al., 2024).

Otras estrategias no farmacológicas, como la electroterapia (TENS), la termoterapia (aplicación de calor local) y el vendaje neuromuscular (kinesiotape en la zona abdominal), también han mostrado beneficios en la disminución de la intensidad del dolor abdominal (Arik et al., 2022; Han et al., 2024; Kannan & Claydon, 2014; López-Liria et al., 2021). No obstante, la evidencia sobre la efectividad de la TENS, tanto de alta como de baja frecuencia (Arik et al., 2022; Han et al., 2024; Proctor et al., 2002), la aplicación de calor local (Kannan & Claydon, 2014) y los vendajes neuromusculares (Bandara et al., 2022; Šabec, Golob, & Kozinc, 2024), es de calidad baja y cuenta con una recomendación débil debido a la heterogeneidad y limitaciones metodológicas de los ensayos clínicos disponibles.

La **dismenorrea secundaria** es el dolor asociado a la menstruación que subyace a una patología, trastorno o anormalidad estructural, ya sea dentro o fuera del útero, tales como la endometriosis, los fibromas o los pólipos endometriales. La fisioterapia ha mostrado beneficios en cuanto a la reducción del dolor en fases preoperatoria y postoperatoria. Concretamente, ha mostrado evidencia la terapia de cicatrices postoperatorias (calidad baja de la evidencia científica) y la fisioterapia enfocada en el trabajo del suelo pélvico (calidad baja de la evidencia científica) (Wójcik, Szczepaniak, y Placek 2022). Existen revisiones sistemáticas en la literatura sobre los beneficios del ejercicio terapéutico para la reducción de la intensidad del dolor en endometriosis; sin embargo, los resultados no son concluyentes por la falta de ensayos clínicos al respecto (Bonoche et al. 2014; Tennfjord, Gabrielsen, y Tellum 2021).

En general, se encuentra una baja calidad de la evidencia, consecuencia de la heterogeneidad de los estudios y la variabilidad en las modalidades, duraciones e intensidades del ejercicio que se proponen en cada uno de ellos, dificultando la

obtención de conclusiones definitivas en las revisiones sistemáticas de la literatura. A pesar de ello, la fisioterapia y, concretamente, el ejercicio terapéutico, se encuentra como una de las estrategias de tratamiento no farmacológico más efectivas para la disminución clínicamente significativa de la intensidad del dolor y el aumento de la calidad de vida en las mujeres que padecen de dismenorrea (Ilmiah, Abdullah, y Koesrini 2023; López-Liria et al. 2021; Michelle Proctor et al. 2007).

4.2.2.1.3. Fisioterapia en la fibromialgia

La **fibromialgia** es una condición de carácter persistente caracterizada por dolor musculoesquelético difuso, acompañado de hiperalgesia y alodinia (Cabo-Meseguer, Cerdá-Olmedo, y Trillo-Mata 2017). El dolor se asocia frecuentemente con manifestaciones comórbidas como fatiga crónica, trastornos del sueño y alteraciones afectivas, incluyendo ansiedad y depresión (Garrido-Ardila et al. 2021). Desde el punto de vista clínico, está clasificada como una enfermedad reumática e implica una considerable carga psicosocial y económica, con repercusiones sustanciales en el estado de salud, la calidad de vida y el funcionamiento social del paciente (Campos y Vázquez 2013; Siracusa et al., 2021). La prevalencia estimada oscila entre el 0.2 % y el 6.6 % en la población general, afectando predominantemente a mujeres de entre 20 y 50 años (Cabo-Meseguer, Cerdá-Olmedo, y Trillo-Mata 2017; Heidari, Afshari, y Moosazadeh 2017; Marques et al. 2017).

En las guías clínicas NICE (NICE 2021) y EULAR (Buraschi et al. 2024), la fisioterapia se considera como un tratamiento clave en el manejo de la fibromialgia. La fisioterapia basada en el ejercicio físico terapéutico se ha consolidado como una estrategia no farmacológica eficaz en la reducción del dolor (Couto et al. 2022), la sintomatología asociada, así como en la mejora de la calidad del sueño y en la calidad de vida (Estévez-López et al. 2021).

Respecto a la dosificación óptima del ejercicio terapéutico, la evidencia sugiere que un rango de 21 a 40 sesiones, con una frecuencia de tres veces por semana y una duración de entre 31 y 60 minutos por sesión, resulta apropiado para obtener beneficios clínicamente relevantes en la disminución general de la sintomatología (Rodríguez-Almagro et al. 2023). En cuanto a sus modalidades, destacan el entrenamiento aeróbico y el entrenamiento de fuerza para reducción del dolor.

El ejercicio aeróbico (recomendación fuerte) y el entrenamiento de resistencia (recomendación fuerte) han resultado efectivos para disminuir la intensidad del dolor y mejorar la función física (Macfarlane et al. 2017). En menor medida, el entrenamiento de resistencia ha demostrado ser una herramienta terapéutica no farmacológica útil para reducir el dolor y mejorar la funcionalidad y la calidad de vida de las personas con diagnóstico de fibromialgia (calidad de la evidencia moderada)

(Chiapeta et al. 2024; Rodríguez-Domínguez et al. 2024). Además, los programas de ejercicio terapéutico estructurados en formato de circuito, que combinan componentes aeróbicos, de fuerza, flexibilidad y resistencia, muestran alta efectividad en la disminución del dolor y el aumento del bienestar físico y mental (Rodríguez-Almagro et al. 2023).

El tratamiento fisioterápico que ha demostrado mayor efectividad en el abordaje de la fibromialgia es la terapia multicomponente (recomendación fuerte) que incluye principalmente intervenciones de educación en neurociencia del dolor y ejercicio terapéutico (Antunes y Marques 2022; Chan et al. 2023; Elizagaray-garcía, Muriente-gonzález, y Gil-martínez 2016; Saracoglu, Akin, y Aydin Dincer 2022). Este tipo de abordaje ha demostrado ser eficaz en la reducción de los síntomas centrales de la fibromialgia, así como en la mejora de la autoeficacia y la condición física (Musekamp et al. 2019).

Las diferencias entre sexos en relación con el dolor —desde los mecanismos de señalización hasta la percepción—, incluyendo el componente cultural del género, así como la existencia de condiciones dolorosas específicas del sexo femenino, hacen imprescindible una intervención fisioterapéutica con conocimientos especializados. Este enfoque permite un abordaje más adecuado del dolor y los síndromes dolorosos en la mujer, contribuyendo así a mejorar su calidad de vida de esta población.

4.2.2.2. Fisioterapia en las alteraciones cardiovasculares

4.2.2.2.1. Enfermedades cardiovasculares

Las ECV son la principal causa de muerte entre las mujeres a nivel mundial (Vogel et al., 2021), con una prevalencia de 6.403 casos por cada 100.000 mujeres (Ghisi et al., 2022; Vogel et al., 2021). Esta situación adquiere especial relevancia si consideramos que las mujeres con ECV presentan un mayor riesgo de mortalidad y de complicaciones a largo plazo (Jernberg et al., 2015), y a su vez suelen estar infrarrepresentadas tanto en los programas de diagnóstico precoz como en los estudios clínicos (Ghisi et al., 2022).

La RC constituye el modelo de atención de referencia para la prevención secundaria de las ECV. La RC abarca todo el proceso desde la fase aguda, iniciada en el hospital tras el evento cardíaco (Fase 1), pasando por el programa ambulatorio de recuperación una vez estabilizado el paciente (Fase 2), hasta el mantenimiento a largo plazo en la comunidad (Fase 3) (Whiteson et al., 2025). La RC se basa en un abordaje multidisciplinar basado en la evidencia que integra ejercicio terapéutico estructurado, control de factores de riesgo, educación al paciente y apoyo psicosocial (Grace et al., 2016; Whiteson et al., 2025). Las revisiones sistemáticas han demostrado reducciones de alrededor del 20 % en mortalidad y morbilidad, junto con mejoras

significativas en la calidad de vida (Francis et al., 2019; Kabboul et al., 2018; Taylor et al., 2022) y hay datos a nivel de población mundial que respaldan que estos beneficios de la RC también se aplican a las mujeres, a pesar de estar subrepresentadas en las investigaciones (Chung et al., 2022; Colbert et al., 2015; de Souza E Silva et al., 2022; Ekblom et al., 2022; Mosca et al., 2011). A pesar de la gran necesidad y estos beneficios, las mujeres con ECV acceden con menos frecuencia a estos programas de RC y, cuando lo hacen, tienen menos probabilidades de completar el programa (Turk-Adawi et al., 2021). Por ello, se han desarrollado modelos de RC “enfocados en mujeres” que adaptan el contenido educativo, la programación, y el entorno, así como dan opciones de modalidad para maximizar la adherencia y los resultados funcionales (Grace et al., 2009; Mamataz et al., 2021; Moore & Kramer, 1996; Turk-Adawi et al., 2021; Ghisi et al., 2022). En este contexto, el ejercicio terapéutico se erige como pilar fundamental, no solo por sus beneficios en la función cardiovascular y la capacidad de ejercicio, sino también por su impacto positivo en la salud mental y la prevención de recaídas (Ghisi et al., 2022). Además, las mujeres que asisten a los programas de RC logran mejoras clínicamente significativas en múltiples áreas de la calidad de vida relacionada con la salud, con beneficios adicionales cuando las estrategias se adaptan a sus necesidades (Chung et al., 2022).

Para garantizar que todas las mujeres que puedan beneficiarse de la RC sean derivadas de forma equitativa, los programas deben establecer rutas sistemáticas de derivación en colaboración con las unidades de cardiología y otras áreas clave, de modo que, por ejemplo, las pacientes con síndrome coronario agudo o revascularización queden marcadas automáticamente en los registros electrónicos para su remisión a RC (Ghisi et al., 2022) (evidencia alta, recomendación fuerte) (Beckstead et al., 2014; Ghisi et al., 2013; Gravely et al., 2014; Resurrección et al., 2017; Santiago de Araújo Pio et al., 2020). Paralelamente, es crucial formar a médicos, enfermeras y fisioterapeutas en la importancia de esta derivación durante el ingreso, adaptando el discurso a las barreras y preferencias de las mujeres e incluyendo, cuando proceda, a sus personas de apoyo en estas conversaciones (Ghisi et al., 2022) (evidencia alta, recomendación fuerte) (Colella et al., 2021; Fernandez et al., 2007; Santiago de Araújo Pio et al., 2019).

Una vez derivadas, las mujeres deben contar con múltiples modalidades de participación: presencial en un centro clínico o comunitario, domiciliaria con o sin soporte tecnológico, o un modelo híbrido siempre que exista cobertura y garantía de seguridad (Ghisi et al., 2022) (evidencia moderada, recomendación fuerte) (Dalal et al., 2007; Grace et al., 2010; Heindl et al., 2022; Keteyian et al., 2022; Nathanail et al., 2021; Reed et al., 2016; Resurrección et al., 2017; Ruano-Ravina et al., 2016; Sengupta et al., 2020; Supervía et al., 2017; Vidal-Almela et al., 2021; Oosenbrug et al., 2016). El entorno ha de diseñarse pensando en sus preferencias y necesidades,

asegurando privacidad, por ejemplo, a la hora de cambiarse o durante evaluaciones corporales, y evitando espacios masificados (Ghisi et al., 2022) (evidencia moderada, recomendación fuerte) (Andraos et al., 2015; Moore & Kramer, 1996; Resurrección et al., 2017; Rolfe et al., 2010; Sutton et al., 2012). Además, el equipo interdisciplinar, idealmente con perfiles sociodemográficos similares a las pacientes, debe disponer de sensibilidades de género y un profundo conocimiento de las particularidades de las enfermedades cardiovasculares en la mujer (Ghisi et al., 2022) (evidencia baja, recomendación débil) (Lau et al., 2021; Rathert et al., 2013).

La atención debe personalizarse teniendo en cuenta la interseccionalidad: género, origen cultural, creencias religiosas y cualquier otra variable que influya en la experiencia de salud (Ghisi et al., 2022). Tanto en sesiones grupales como individuales, es conveniente ofrecer oportunidades de conexión entre las mujeres participantes, ya sea de forma presencial o virtual, para fomentar el apoyo mutuo (evidencia baja, recomendación débil) (Mamataz et al., 2022) (Midence et al., 2014; Parry & Watt-Watson, 2010). En este mismo espíritu “centrado en mujeres”, se recomienda que todos los programas incluyan al menos algunos componentes o sesiones específicas, como clases de educación o ejercicio terapéutico, adaptadas a sus necesidades (Ghisi et al., 2022) (evidencia baja, recomendación fuerte) (Mamataz et al., 2021) (Mamataz et al., 2022; Smith et al., 2022), y ofrezcan horarios flexibles que faciliten la asistencia (evidencia moderada, recomendación débil) (Andraos et al., 2015; Grace et al., 2009; Resurrección et al., 2017; Scott et al., 2002).

La valoración inicial en rehabilitación cardíaca resulta esencial para comprobar la idoneidad y seguridad del programa, fijar metas individualizadas y planificar la intervención terapéutica (Grace et al., 2016; Price et al., 2016). Aunque las guías generales ofrecen directrices detalladas (Visseren et al., 2021), en el caso de las mujeres es imprescindible incorporar matices específicos relacionados con su fisiología, historia reproductiva y factores psicosociales (Smith et al., 2022). De este modo, la planificación del tratamiento individual debe basarse en una evaluación exhaustiva que incluya aspectos de salud mental, menopausia, fragilidad, antecedentes oncológicos, incontinencia, riesgo de caídas u osteoporosis y enfermedades autoinmunes, asegurando así un abordaje integral (evidencia baja, recomendación fuerte) (Bonsignore et al., 2017; El Khoudary et al., 2020; Sawan et al., 2022; Vogel et al., 2021; Ghisi et al., 2022). En cuanto al ejercicio, conviene proponer modalidades aeróbicas preferidas por las mujeres (caminar o trotar al aire libre, baile aeróbico, natación, yoga o tai chi) y, cuando no sea factible en el programa, derivar a entornos comunitarios que ofrezcan estas opciones (evidencia moderada, recomendación fuerte) (Belardinelli et al., 2008; Guddeti et al., 2019; Liu et al., 2018; Moore & Kramer, 1996; Murphy et al., 2021; Vidal-Almela et al., 2021; Wojcieszczyk, 2012; Ghisi et al., 2022). Las prescripciones de ejercicio terapéutico, tanto aeróbico como de fortalecimiento, también han de adaptarse a las limitaciones

musculoesqueléticas que afectan en mayor medida a las mujeres, al índice de masa corporal, el dolor o la fatiga (evidencia moderada, recomendación fuerte) (Grace et al., 2009; Marzolini et al., 2008; Moore & Kramer, 1996; Ghisi et al., 2022). Todos estos factores, deben orientar tanto en la elección de la modalidad para el ejercicio terapéutico aeróbico y la selección de ejercicios terapéuticos de resistencia, como la progresión paulatina del volumen e intensidad del ejercicio terapéutico (Squires et al., 2018).

No menos importante es la atención a las necesidades psicosociales: apoyo social, estado de las relaciones, depresión, ansiedad, niveles de estrés y situación socioeconómica (Ghisi et al., 2022). Cuando surjan problemas más allá de la experiencia del equipo, se deberá derivar a especialistas y coordinar la reevaluación y el seguimiento con el consentimiento de la paciente (evidencia moderada, recomendación fuerte) (Barnason et al., 2017; Baumeister et al., 2011; Lett et al., 2007; Liu & Waite, 2014; O'Neil & Scovelle, 2018; Reiner et al., 2020; Richards et al., 2018; Shi et al., 2022). Si no es posible impartir educación específica de género en el propio programa, las mujeres deben recibir referencias a recursos especializados en múltiples formatos (evidencia baja, recomendación débil) (Anderson et al., 2017; Arora & McHorney, 2000; Barnason et al., 2017; Crane, 2001; Greco et al., 2016; Shi et al., 2022; Stewart et al., 2004). Desde el inicio, el personal ha de fomentar la autogestión y la resiliencia, enseñando a las pacientes a mantener hábitos saludables y ejercicio terapéutico sin depender exclusivamente de los equipamientos del programa, así como promoviendo el apoyo entre pares una vez finalizada la fase activa (evidencia baja, recomendación Débil) (Clark et al., 2012; Parry & Watt-Watson, 2010; Prince et al., 2016; Reid et al., 2021).

Finalmente, la calidad del programa debe evaluarse con indicadores de satisfacción y resultados diferenciados por sexo, de modo que se identifiquen posibles brechas y se implementen acciones de mejora continua (evidencia baja, recomendación fuerte) (Ali et al., 2017; Doyle et al., 2013; Rathert et al., 2013; Taherzadeh et al., 2016). Esta perspectiva garantizará que la RC no solo sea segura, factor de especial importancia para la confianza de las mujeres durante el ejercicio terapéutico, sino también verdaderamente eficaz y centrada en sus necesidades (Ghisi et al., 2022).

Los programas de RC deben incorporar al máximo las adaptaciones específicas para mujeres, tanto clínicas como psicosociales y organizativas, según sus recursos disponibles (Ghisi et al., 2022). Al ofrecer modalidades y contenidos ajustados a sus necesidades, es probable que aumente la participación femenina y, gracias al efecto dosis-respuesta del ejercicio terapéutico, se traduzca en mejores resultados. Dada la alta prevalencia de enfermedades cardiovasculares en mujeres, aplicar estas recomendaciones podría reducir la mortalidad, la morbilidad y los reingresos, mejorar

la calidad de vida y la reincorporación a sus roles, y, a largo plazo, disminuir los costes del sistema sanitario (Ghisi et al., 2022).

4.2.2.2.2. Enfermedad venosa crónica

La enfermedad venosa crónica (EVC) de las extremidades inferiores afecta de forma notable a la población adulta, con una prevalencia que oscila entre el 5 % y el 30 %, con una incidencia hasta tres veces mayor en mujeres que en hombres (Eberhardt & Raffetto, 2014; Lozano Sánchez, 2013). Sin embargo, si consideramos todos los grados de la enfermedad, incluidos los estadios más leves, la prevalencia se eleva al 63,7–69,1 % (Cires-Drouet et al., 2020; Vuylsteke et al., 2018), lo que conlleva elevados costes sociales y una notable pérdida de productividad (Ouriel, 2018). Entre los factores de riesgo destacan el sexo femenino, la edad avanzada, la obesidad, la permanencia prolongada de pie, la paridad y los antecedentes familiares, y se sabe que en un seguimiento medio de 13,4 años alrededor del 32 % de los pacientes progresa a estadios más graves, incluidas úlceras venosas, lo que puede asociarse a un importante deterioro de la calidad de vida (De Maeseneer et al., 2022; Salim et al., 2021; Attaran, Babapour, et al., 2025).

Por lo general, el tratamiento inicial de la EVC debe ser conservador (De Maeseneer et al., 2022; Attaran, Babapour, et al., 2025). Las medidas de compresión constituyen la piedra angular para disminuir la hipertensión venosa y el edema, acompañadas de ejercicio terapéutico regular, modificaciones de estilo de vida como el control del peso y el abandono del tabaco (De Maeseneer et al., 2022; Martín Jiménez et al., 2025; Youn & Lee, 2019). En este contexto, la fisioterapia juega un papel clave, por un lado, con las medidas de compresión y, por otro lado, al potenciar la función de la bomba muscular de la pantorrilla mediante ejercicios terapéuticos estructurados de fortalecimiento y movilización de tobillo, lo que mejora el retorno venoso y alivia los síntomas (Caggiati et al., 2018; Padberg et al., 2004; Wong et al., 2025). Además, la balneoterapia ha mostrado beneficios añadidos en la reducción del edema y la inflamación local (de Moraes Silva et al., 2023). Estas intervenciones combinadas buscan frenar el avance de la EVC y optimizar el pronóstico antes de considerar opciones farmacológicas o procedimientos invasivos (Davies, 2019).

En lo referente a la evaluación se recomienda utilizar la clasificación CEAP (Clínica, Etiológica, Anatómica y Fisiopatológica) (Lurie et al., 2020) para la auditoría clínica e investigación en pacientes con EVC (evidencia baja, recomendación fuerte) (Beebe et al., 1996; Eklöf et al., 2004; Rabe & Pannier, 2012; De Maeseneer et al., 2022). Asimismo, para valorar la gravedad clínica y el éxito del tratamiento, especialmente en el síndrome posttrombótico, se aconseja el empleo de la *Venous Clinical Severity Score* revisada (r-VCSS por sus siglas en inglés) y la escala de Villalta (evidencia muy

baja, recomendación fuerte) (Kahn, 2009; Passman et al., 2011; Vasquez et al., 2010; Villalta, 1994; De Maeseneer et al., 2022).

Los pacientes con EVC sintomática sin úlceras venosas activas, ya sea que no hayan recibido ningún tratamiento intervencionista, aguarden una intervención o presenten síntomas persistentes tras el mismo, pueden beneficiarse del tratamiento conservador (De Maeseneer et al., 2022). La fisioterapia basada en ejercicio físico terapéutico, enfocado en el fortalecimiento de los músculos de las extremidades inferiores y la movilidad del tobillo, combinada con otras técnicas de fisioterapia, puede mejorar la movilidad general, favorecer la pérdida de peso, fortalecer la bomba muscular de la pantorrilla y aumentar el rango de movimiento del tobillo, facilitando así el retorno venoso. Los estudios más recientes destacan que la práctica regular de ejercicio y la pérdida de peso en pacientes con obesidad son clave para aliviar síntomas y frenar el avance de la EVC y debe promoverse (Caggiati et al., 2018). A pesar de estos beneficios, hacen falta ensayos de mayor envergadura para confirmarlos (evidencia muy baja; recomendación débil) (Araujo et al., 2016, 2023; Gürdal Karakelle et al., 2021; Kahn et al., 2011). Es fundamental complementar el tratamiento ofreciendo orientación y apoyo para que los pacientes incluyan modificaciones en su estilo de vida como caminar regularmente, emplear plantillas, limitar las horas de pie, elevar levemente las piernas al descansar y evitar el calor excesivo (Caggiati et al., 2018; De Maeseneer et al., 2022).

La terapia de compresión es la piedra angular del manejo conservador de la EVC, pues al mejorar la hemodinámica venosa alivia síntomas y previene la progresión de la enfermedad (De Maeseneer et al., 2022; Attaran, Babapour, et al., 2025). En estadios leves (CEAP C1s–C3s) se recomienda el uso de medias elásticas graduadas que ejerzan 15–32 mmHg en el tobillo para reducir dolor, pesadez, calambres y edema (evidencia moderada, recomendación fuerte) (Benigni et al., 2003; Kakkos et al., 2018). Cuando predomina el edema (C3), se aconseja elevar la presión a 20–40 mmHg mediante medias por debajo de la rodilla, vendajes inelásticos o prendas ajustables (evidencia moderada, recomendación fuerte) (Mosti et al., 2015; Mosti & Partsch, 2013; Mosti et al., 2012). En casos con lipodermatoesclerosis o atrofia blanca (C4b) y en el síndrome posttrombótico, también se indican medias de 20–40 mmHg en el tobillo para disminuir la induración cutánea y la gravedad de los síntomas (evidencia moderada, recomendación fuerte) (Vandongen & Stacey, 2000; Klejtman et al., 2022). En presencia de úlceras venosas activas, la compresión es esencial para favorecer la cicatrización y reducir el dolor: se prefieren vendajes multicapa o inelásticos o prendas de compresión ajustables que alcancen ≥ 40 mmHg en el tobillo (evidencia alta, recomendación fuerte) (Dolibog et al., 2013; Mosti et al., 2020; O'Meara et al., 2012), aunque en úlceras pequeñas de reciente aparición pueden usarse medias superpuestas de hasta 40 mmHg (evidencia moderada, recomendación fuerte) (Ashby

et al., 2014; Jünger et al., 2004). Si estas opciones no están disponibles o no resultan efectivas, debe valorarse la compresión neumática intermitente (evidencia moderada, recomendación fuerte) (Alvarez et al., 2020; Dolibog et al., 2013). Por su eficacia y tolerancia, la adhesión a estos sistemas de compresión es clave para optimizar los resultados en todos los estadios de la EVC.

La fisioterapia compleja descongestiva (FCD) agrupa el ejercicio terapéutico, las diferentes modalidades de contención y compresión, y el drenaje linfático manual (DLM), y se considera el *gold standard* para tratar otros trastornos de la circulación de retorno como el linfedema y también ha sido empleada en la EVC. Según la revisión sistemática de Martín Jiménez et al. (2025), la FCD, y también cada una de sus técnicas por separado (DLM, presoterapia, vendajes y kinesiotaping), demuestra eficacia para reducir el reflujo venoso (especialmente cuando el DLM se combina con cirugía) (Molski et al., 2009; Crisóstomo et al., 2017), atenuar el edema y el dolor, mejorar la clasificación clínica y elevar la calidad de vida (Aguilar-Ferrándiz et al., 2014; Aguilar-Ferrándiz et al., 2014; Bakar, 2010; dos Santos Crisóstomo et al., 2015; Mohamed, 2020; Molski et al., 2009; Yamany & Hamdy, 2016), así como potenciar la función de la bomba muscular y optimizar el retorno venoso (evidencia baja, recomendación débil) (Martín Jiménez et al., 2025). A pesar de la heterogeneidad metodológica, el escaso tamaño muestral y el seguimiento limitado de los estudios, todas las intervenciones se mostraron seguras y su uso combinado sugiere sinergias beneficiosas (Bakar, 2010; Thompson et al., 2021). No obstante, son necesarios ensayos de mayor envergadura y rigor para consolidar estos hallazgos.

Otros enfoques, como la balneoterapia y la crioterapia, han evidenciado mejoras en la calidad de vida relacionada con la salud (de Moraes Silva et al., 2023; Kelechi et al., 2018). Concretamente, una revisión Cochrane sobre balneoterapia en la EVC identificó que la intervención produce una leve mejoría en los signos y síntomas que reflejan la gravedad de la enfermedad (de Moraes Silva et al., 2023) (evidencia moderada, recomendación débil) (Carpentier et al., 2014; Forestier et al., 2014; Sharifi et al., 2021). Por otro lado, la reducción del dolor y la mejora en los cambios de pigmentación cutánea se respaldan con evidencia de certeza baja (de Moraes Silva et al., 2023) (recomendación débil) (Carpentier et al., 2014; Carpentier & Satger, 2009; de Moraes Silva et al., 2023), mientras que la indicación de una mejora en la calidad de vida o disminución del edema se sustenta únicamente en evidencia de certeza muy baja (de Moraes Silva et al., 2023) (recomendación débil) (Carpentier et al., 2014; Ernst et al., 1991; Ernst et al., 1992; Forestier et al., 2014; Sharifi et al., 2021).

En conjunto, estas estrategias posicionan a la fisioterapia como un pilar esencial en el abordaje conservador de la EVC, capaz de mitigar síntomas, frenar la progresión y mejorar la funcionalidad y el bienestar de las pacientes.

4.2.2.2.3. Linfedema

El linfedema se define como la acumulación anormal de líquido rico en proteínas en el espacio intersticial como resultado de la alteración de la función linfática (Földi et al., 1989; Mortimer, 1998; Grada & Phillips, 2017; Brouillard et al., 2021). Etiológicamente, puede ser primario (por defectos congénitos o hereditarios) o secundario, cuando un daño externo (cirugía, radioterapia, traumatismo, infecciones o bloqueo tumoral) obstruye o destruye los vasos y ganglios linfáticos (Browse & Stewart, 1985; Harwood & Mortimer, 1995; Kinmonth et al., 1957; Lawenda et al., 2009; Stout et al., 2024). A nivel mundial, la filariasis es la principal causa de linfedema secundario (Taylor et al., 2010; Madanchi & Itin, 2024), sin embargo, en países desarrollados destacan los casos secundarios a tratamientos oncológicos (DiSipio et al., 2013; Rafn et al., 2022). Así, la incidencia entre mujeres del linfedema secundario al tratamiento del cáncer de mama (LSCM) oscila entre el 5 % y el 21 %, según los criterios diagnósticos y modalidades quirúrgicas empleadas, y detectándose en la mayoría de los casos durante los tres primeros años tras la cirugía, a pesar de que la biopsia selectiva de ganglio centinela ha reducido su frecuencia (DiSipio et al., 2013; The diagnosis and treatment of peripheral lymphedema: 2020 Consensus Document of the International Society of Lymphology, 2020). Por su parte, el linfedema de miembro inferior aparece con una tasa de hasta el 25 % en supervivientes de cáncer ginecológico tras disección de ganglios pélvicos o radioterapia (Kuroda et al., 2017) y aunque predominan los casos en el primer año, el riesgo se mantiene a largo plazo (Hayes et al., 2017; Yoshihara et al., 2020). En ambos tipos de linfedema, los principales factores de riesgo incluyen el sobrepeso/obesidad, la extensión y modalidad del procedimiento quirúrgico y la radioterapia adyuvante (DiSipio et al., 2013; Kuroda et al., 2017).

El linfedema no solo implica un aumento del volumen y la disminución de la funcionalidad del miembro afectado, sino que también tiene un impacto profundo en la calidad de vida de las mujeres (Bulley et al., 2013; Do et al., 2017; Taghian et al., 2014). Las pacientes a menudo enfrentan limitaciones físicas, dolor, problemas de autoestima y barreras emocionales y sociales que afectan su vida diaria y su recuperación integral (Bowman et al., 2020; Chachaj et al., 2010; Do et al., 2017; Hasenoehrl et al., 2020; Hayes et al., 2012).

Entre las estrategias terapéuticas recomendadas, la FCD se erige como el estándar de referencia. Esta combina intervenciones como el DLM, las terapias compresivas mediante vendajes o mangas elásticas, ejercicio terapéutico progresivo y la educación en el autocuidado, todas respaldadas por las guías internacionales (Davies et al., 2020; The diagnosis and treatment of peripheral lymphedema: 2020 Consensus Document of the International Society of Lymphology,"; 2020), mostrando una tendencia favorable para el control del volumen total, dolor y función física del miembro superior a corto y largo plazo (evidencia moderada, recomendación fuerte)

(Davies et al., 2020; Rangon et al., 2022; The diagnosis and treatment of peripheral lymphedema: 2020 Consensus Document of the International Society of Lymphology, 2020). En particular, el DLM, cuando se combina con vendajes compresivos, ha demostrado ser eficaz para reducir el volumen del LSCM y mejorar los resultados clínicos en las pacientes (Ezzo et al., 2015; Johansson et al., 1999; Lin et al., 2022; McNeely et al., 2004; McNeely et al., 2011; Naik, 2021; Torres-Lacomba et al., 2020), además de ser considerada una intervención segura y bien tolerada (Ezzo et al., 2015; Liang et al., 2020). Para mejorar su eficacia, el DLM debe aplicarse sobre el edema con una presión adaptada a la consistencia del edema y teniendo en cuenta los trayectos modificados de los colectores linfáticos (Ferrandez, 2022). Además, el tratamiento conservador se enfoca en mejorar la calidad de vida de las pacientes, reduciendo complicaciones secundarias como infecciones y mejorando la funcionalidad del miembro afectado (Muñoz-Alcaraz et al., 2023; Stout et al., 2012).

Por otra parte, las intervenciones, particularmente la FCD, puede reducir también de manera efectiva la incidencia y los síntomas del linfedema de extremidades inferiores tras el tratamiento del cáncer ginecológico, mejorando así la calidad de vida de las pacientes (Hsu et al., 2024; Tümkaya & Seven, 2025) (evidencia muy baja, recomendación débil).

Estudios recientes también han demostrado la importancia de la fisioterapia los ejercicios progresivos en el manejo del LSCM. Aunque anteriormente se desaconsejaba la actividad física intensa por temor a exacerbar los síntomas, investigaciones actuales indican que la fisioterapia basada en ejercicios de fuerza y resistencia adaptados son seguros y eficaces para controlar los signos y síntomas del LSCM y mejorar la calidad de vida de las pacientes (Hasenoehrl et al., 2020), respaldando la aplicación de pautas de ejercicio aeróbico y de fuerza adaptado, así como el ejercicio no supervisado guiado por la respuesta a los síntomas (Hayes et al., 2022) (evidencia baja a moderada, recomendación fuerte) (Baumann et al., 2018; Hasenoehrl et al., 2020; Hayes et al., 2022). Además, el inicio temprano de programas individualizados de fisioterapia estructurada, que incluyan ejercicio terapéutico y medidas de prevención, puede reducir significativamente la incidencia de LSCM durante el primer año después de la cirugía (Davies et al., 2020; The diagnosis and treatment of peripheral lymphedema: 2020 Consensus Document of the International Society of Lymphology, 2020; Torres Lacomba et al., 2010), recomendándose también una monitorización inicial de la tolerancia y de los efectos adversos, ajustándola según la evolución clínica (Davies et al., 2020) (evidencia moderada, recomendación fuerte) (Davies et al., 2020; Hayes et al., 2022; The diagnosis and treatment of peripheral lymphedema: 2020 Consensus Document of the International Society of Lymphology, 2020; Torres Lacomba et al., 2010).

En el ámbito de la terapia compresiva para el LSCM, se ha evaluado la eficacia de distintas opciones, como los vendajes multicapa, los vendajes cohesivos, el vendaje neuromuscular y las prendas de compresión. Estas técnicas han mostrado ser útiles para disminuir el volumen del LSCM, especialmente cuando se aplican bajo supervisión profesional adecuada (Torres-Lacomba et al., 2020). La elección y ajuste de la compresión (vendaje o prenda) debe adaptarse al estadio del linfedema, a la fase del tratamiento y a las características y preferencias de la paciente (evidencia moderada, recomendación fuerte) (Davies et al., 2020). Los vendajes de compresión y el ejercicio terapéutico constituyen componentes clave de la FCD y deben utilizarse (evidencia moderada, recomendación fuerte) (Davies et al., 2020). Dentro de las medidas de compresión, el vendaje neuromuscular se plantea como una opción terapéutica en el LSCM (Davies et al., 2020; Yang et al., 2024) (recomendación fuerte) dado que mejora de manera significativa la función del miembro superior y la calidad de vida (evidencia moderada), así como el confort percibido (evidencia baja), aunque no reduce la gravedad del edema (Yang et al., 2024) (evidencia baja). No obstante, el vendaje neuromuscular no debe reemplazar al vendaje de compresión de estiramiento corto en estadios II y III del LSCM (Davies et al., 2020; Torres-Lacomba et al., 2020) (evidencia baja, recomendación fuerte), y, si se emplea, es esencial que el fisioterapeuta supervise estrechamente la aparición de posibles eventos adversos (Davies et al., 2020; Torres-Lacomba et al., 2020) (evidencia baja, recomendación fuerte).

Además de las estrategias convencionales, la FCD con compresión neumática intermitente y la terapia con láser de baja intensidad se proponen como posibles técnicas complementarias en el manejo del LSCM. En cuanto a la compresión neumática intermitente, los estudios comparativos entre FDC + compresión neumática intermitente y FDC sola muestran reducciones de edema similares, si bien la modalidad combinada aporta una mejora adicional en la amplitud de movimiento en rotación externa del hombro (evidencia baja, recomendación débil) (Oremus et al., 2012; Yao et al., 2024). Por su parte, el láser de baja intensidad supera al placebo y a la compresión pasiva en algunos parámetros clínicos y no ha mostrado efectos adversos, pero no difiere de otras terapias activas (evidencia baja; recomendación débil) (Wang, 2025). Dado el bajo nivel global de la evidencia, la elección entre compresión neumática intermitente y el láser de baja intensidad en el LSCM debe basarse en las preferencias del paciente y la disponibilidad local.

En definitiva, la fisioterapia desempeña un papel esencial en la prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento del linfedema, ofreciendo herramientas efectivas para minimizar su impacto físico y psicosocial y favorecer la recuperación funcional de las pacientes.

4.2.2.3. Fisioterapia en Salud Pélvica

La salud pélvica engloba el buen funcionamiento de todos los componentes de la cavidad abdominolumbopélvica, incluyendo a los sistemas urinario, ginecológico, digestivo y sexual, y entre los cuales se incluye el suelo pélvico. Las DSP suponen un problema altamente prevalente en la población, especialmente en las mujeres, no suponiendo un riesgo vital en las personas que las padecen, pero producen un gran impacto a nivel personal, social, emocional, laboral y físico, mermando la calidad de vida de las personas que las sufren e implicando un gasto socioeconómico importante (Cox, Schimpf, & Berger, 2021; Peinado-Molina et al., 2023; Rodríguez-Almagro et al., 2024).

Según la *International Urogynecological Association* (IUGA) y la *International Continence Society* (ICS), las DSP engloban distintos trastornos como los síntomas del tracto urinario, síntomas intestinales, síntomas vaginales, síntomas de disfunción sexual, y síntomas de dolor pélvico. Estas disfunciones pueden ocurrir de forma aislada, pero es frecuente que coexistan varias a la vez (Bo, Kari et al., 2017; D'Ancona et al., 2019; Frawley et al., 2021; Haylen et al., 2010). En los hombres los síntomas del tracto urinario inferior coexisten junto con la disfunción eréctil en un 14-61% de los casos, mientras la IU y fecal coexisten entre un 1 y un 14% de las veces (Knol-de Vries & Blanker, 2022; Lubner, Boero, & Choe, 2001). En la población femenina, un estudio poblacional indicó que un 4,2% de las mujeres experimenta una DSP; un 21,9% al menos dos DSP; y un 8,7% de las mujeres experimenta tres o más DSP (MacLennan, Taylor, Wilson, & Wilson, 2000; Peinado-Molina et al., 2023).

En este contexto, diversas **guías clínicas internacionales** —como las emitidas por la *International Urogynecological Association* (IUGA) y la *International Continence Society* (ICS)— recomiendan los tratamientos conservadores como primera línea terapéutica, situando expresamente a la fisioterapia especializada y de práctica avanzada en un rol central para el abordaje de la IU, el dolor pélvico y las disfunciones asociadas al embarazo y al postparto (Bø et al., 2017; D'Ancona et al., 2019; Frawley et al., 2021).

Estas recomendaciones se alinean con los planteamientos del marco estratégico global *Rehabilitation 2030* de la OMS y su *Rehabilitation Competency Framework*, que destacan la necesidad de establecer rutas asistenciales claras y de definir competencias específicas para los y las profesionales de la fisioterapia en áreas prioritarias como la salud pélvica y la salud de la mujer, integradas en los sistemas públicos de salud (World Health Organization [WHO], 2017; WHO, 2021).

4.2.2.3.1. Incontinencia urinaria

La IU es el síntoma del tracto urinario inferior con mayor prevalencia (Peinado-Molina et al., 2023), con datos que oscilan entre un 25 y un 45%, afectando tanto a mujeres (Abufaraj et al., 2021) como a hombres (Cao et al., 2022), de todas las edades (Rortveit, Hannestad, Kjersti-Daltveit, & Hunskaar, 2001), condiciones sociales (Hunskaar et al., 2004; Walker & Gunasekera, 2011) y con distintos hábitos de vida (Peinado-Molina et al., 2023; Poświata, Socha, & Opara, 2014). La IU de esfuerzo es el tipo de incontinencia más frecuente en mujeres jóvenes y deportistas (de Mattos Lourenco et al., 2018), la cual supone la pérdida involuntaria de orina ante un esfuerzo abdominal como al realizar actividades físicas tales como coger peso o saltar, o durante la tos o el estornudo. En España, se estima que la IU afecta a un 24% de las mujeres según datos del Observatorio de la Incontinencia, alcanzando el 80% en personas mayores de 85 años institucionalizadas (Salinas Casado et al., 2010). Los principales factores de riesgo para la IU en la mujer son el embarazo y el parto (MacLennan et al., 2000), la obesidad (Danforth et al., 2006), la tos crónica (Walker & Gunasekera, 2011), el consumo de sustancias irritantes vesicales como la cafeína, la menopausia (Abrams et al., 2018), el ejercicio de alto impacto (Bø & Borgen, 2001) o un trabajo que implique carga de pesos (Walker & Gunasekera, 2011) o padecer alguna enfermedad crónica como la diabetes, osteoporosis, artritis o trastornos psiquiátricos (Abrams et al., 2018). La primera línea de actuación para el tratamiento de la IU de esfuerzo femenina según diferentes Guías Internacionales (Harding et al., 2025; Woodford & George, 2007) y con base a la evidencia científica actual, es la fisioterapia especializada en Salud de la Mujer y Salud Pélvica. La CEMSP es la intervención fisioterapéutica más evidenciada (evidencia muy alta, recomendación fuerte) (Alouini, Memic, & Couillandre, 2022; Dumoulin, Cacciari, & Hay-Smith, 2018; Hay-Smith et al., 2024; Todhunter-Brown et al., 2022), la cual puede estar acompañada o no de *biofeedback* (evidencia alta, recomendación fuerte) (Fernandes et al., 2025) y/o electroestimulación intravaginal (evidencia alta, recomendación fuerte) (Stewart et al., 2017). La CEMSP ha demostrado ser eficaz a corto y largo plazo en la disminución incluso eliminación de los síntomas urinarios; mejora de la calidad de vida específica; incremento de la fuerza, resistencia, velocidad de contracción y grosor muscular del suelo pélvico; provocando una alta satisfacción en las pacientes, y sin detectar efectos adversos. La CEMSP ha demostrado la mejoría de la IU de esfuerzo en el 70% de las mujeres, con una resolución completa de los síntomas en un 50% (Alouini, Memic, & Couillandre, 2022). Para maximizar los resultados de la CEMSP, esta debe ser supervisada por un fisioterapeuta en programas de tratamiento que duren entre 6-12 semanas, con un entrenamiento de al menos 3 días en semana durante mínimo 45 minutos (evidencia alta, recomendación fuerte) (García-Sánchez et al., 2016). Otras estrategias fisioterapéuticas beneficiosas para la IU de esfuerzo en la mujer, en términos de mejora de la calidad de vida específica, fuerza muscular del suelo pélvico

y disminución o resolución de los síntomas de pérdida de orina, son la educación terapéutica del paciente (evidencia alta, recomendación fuerte) sobre entrenamiento vesical y hábitos comportamentales y de vida saludables (Imamura et al., 2015), la utilización de bolas chinas o conos vaginales (evidencia moderada, recomendación fuerte) (Herbison & Dean, 2013), la cinesiterapia hipopresiva (evidencia moderada, recomendación débil) (Molina-Torres et al., 2023; Navarro-Brazález et al., 2020; Soriano et al., 2020), cinesiterapia de la musculatura abdominal profunda (evidencia moderada, recomendación débil) (Bo et al., 2009; Bo & Herbert, 2013; Hung et al., 2010), ejercicios de Reeducción Postural Global (evidencia baja, recomendación débil) (Fozzatti et al., 2010), método Pilates (evidencia baja, recomendación débil) (Lemos et al., 2019), diatermia por radiofrecuencia (evidencia baja, recomendación débil) (Alouini, Memic, & Couillandre, 2022; Er-Rabiai et al., 2024), inervación magnética extracorpórea (evidencia baja, recomendación débil) y entrenamiento en plataforma vibratoria (evidencia baja, recomendación débil) (Alouini, Memic, & Couillandre, 2022).

Otras ocasiones, sin embargo, la pérdida de orina aparece precedida por una sensación de urgencia, denominándose IU de urgencia, o englobándose dentro de un Síndrome de Vejiga Hiperactiva (SVH) marcada por un aumento de frecuencia y urgencia miccional que puede estar acompañada o no de pérdida de orina. El SVH es más común en mujeres tras la menopausia, supone además el tipo de IU más frecuente en varones (Cao et al., 2022) y su probabilidad de aparición incrementa a mayor edad (Milsom et al., 2023). Cuando coexiste la IU de esfuerzo con la IU de urgencia, se denomina IU mixta. Asimismo, también existen trastornos de vaciado vesical, como pueden ser la sensación de vaciado incompleto o la dificultad al iniciar la micción. En el tratamiento de la IU de urgencia en ambos sexos, la primera línea de actuación es el entrenamiento vesical basado en educación terapéutica del paciente sobre la fisiología miccional, control del horario de micción y refuerzo positivo para fomentar la adherencia del paciente al tratamiento (evidencia alta, recomendación fuerte) (Funada et al., 2023; Lightner et al., 2019; Todhunter-Brown et al., 2022). La CEMSP se considera también la primera vía de actuación para la IU de urgencia y puede utilizarse de forma aislada (evidencia alta, recomendación fuerte) (Funada et al., 2023; Todhunter-Brown et al., 2022) o en combinación con *biofeedback* (evidencia alta, recomendación fuerte) (Fernandes et al., 2025; Funada et al., 2023; Todhunter-Brown et al., 2022). La CEMSP junto con entrenamiento vesical y educación terapéutica sobre hábitos hídricos y miccionales saludables, así como control en el peso corporal e ingesta de líquidos como cafeína, alcohol y realización de actividad física regular, han demostrado reducir el número de pérdidas, la urgencia y frecuencia miccional, las micciones nocturnas y la calidad de vida específica en mujeres y hombres con SVH idiopática (Funada et al., 2023). La estimulación sin dispositivos implantados (superficial, intravaginal o intra-anal) reduce las IU de urgencia, el número

de micciones y mejora la calidad de vida específica de las personas con SVH (evidencia alta, recomendación fuerte) (Todhunter-Brown et al., 2022), y su efecto parece maximizarse al combinarse con la CEMSP (evidencia alta, recomendación fuerte) (Stewart et al., 2016). La neuromodulación del nervio tibial posterior, tanto en su modalidad percutánea como transcutánea también cuenta con una evidencia 1A (recomendación fuerte) para el tratamiento de personas con SVH, en la disminución de síntomas urinarios como la pérdida, frecuencia, urgencia y nocturia, así como mejora en la calidad de vida específica.

En el hombre se estima una prevalencia de IU entre un 2 y un 60% según la población estudiada (Cornu et al., 2023), con una media de un 11% en varones de entre 60 y 64 años y ascendiendo a un 31% en hombres mayores de 85 años (Cao et al., 2022). La IU de urgencia, la IU por rebosamiento y la IU tras cirugías de próstata parecen ser los subtipos de IU más frecuentes en el varón. Como factores de riesgo se incluyen la edad, haber padecido cáncer de próstata o una obstrucción benigna de próstata, enfermedades sistémicas como la diabetes y la presencia de un SVH (Cornu et al., 2023). Actualmente la evidencia científica no es lo suficientemente robusta para asegurar el mejor tratamiento de la IU post-prostatectomía, en este sentido, la CEMSP supone la primera vía de actuación conservadora, libre de riesgos, y con una percepción subjetiva de mejoría por parte de los pacientes en los primeros 6-12 meses tras la cirugía (evidencia alta, recomendación fuerte) (Arroyo Fernández et al., 2018; Johnson et al., 2023). Para que el tratamiento sea efectivo a corto, medio y largo plazo, se recomienda la supervisión del fisioterapeuta, la realización domiciliar de CEMSP y una duración del tratamiento de entre 2 y 12 meses. Estas características podrían mejorar la adherencia terapéutica de los participantes, asegurar la individualización y progresión del entrenamiento, recomendándose el uso de dispositivos de electroestimulación y/o *biofeedback* en sujetos con dificultades para realizar una correcta contracción de la musculatura del suelo pélvico (evidencia alta, recomendación fuerte) (Kannan et al., 2019). Asimismo, si el tratamiento se inicia de forma precoz, incluso antes de la cirugía prostática, en el marco de un programa de rehabilitación, parecen maximizarse los resultados obtenidos (evidencia moderada, recomendación débil) (Hodges et al., 2020; Mungovan et al., 2021; Singh et al., 2023). La cinesiterapia específica para la estabilidad lumbopélvica, o la inclusión de ejercicios terapéuticos de movilidad, flexibilidad y fortalecimiento de miembros inferiores junto con CEMSP, el método Pilates (An et al., 2021; Au et al., 2020) o la cinesiterapia hipopresiva, podrían ser una estrategia terapéutica para incluir en estos pacientes junto nuevamente con la CEMSP (evidencia baja, recomendación débil) (Cornu et al., 2023; Johnson et al., 2023; Steenstrup et al., 2022).

4.2.2.3.2. Incontinencia anal

La incontinencia también puede producirse por vía anal, denominada incontinencia anal, entre la que se incluyen la pérdida involuntaria de heces, llamada IF y/o la pérdida involuntaria de gases (Incontinencia de gases). A pesar de considerarse una DSP infradiagnosticada por la vergüenza que supone la consulta sanitaria por este motivo, se estima una prevalencia de hasta un 15% en ambos sexos (Ng et al., 2015; Whitehead et al., 2009). En un estudio realizado en una Unidad de Gastroenterología en España (Muñoz-Yagüe et al., 2014) sobre las causas de la IF en hombres, se detectaron como factores de riesgo haber sido sometido a una cirugía anorrectal y la presencia previa de diarrea crónica, mientras que en mujeres las lesiones producidas durante el parto son uno de los principales factores desencadenantes (Laine et al., 2011). Otros factores de riesgo en ambos sexos son una edad superior a 70 años, obesidad, presencia de IU, estreñimiento e hipersensibilidad rectal (Burgell et al., 2012; Ditah et al., 2014; Muñoz-Yagüe et al., 2014; Whitehead et al., 2009).

La primera estrategia terapéutica conservadora que se complementa con el resto de los abordajes terapéuticos para tratar la IF es la educación terapéutica, y la inclusión de hábitos de vida saludables, relacionados principalmente con la dieta e ingesta de líquido (evidencia moderada, recomendación alta). La CEMSP con guía intra-anal goza de una recomendación alta (evidencia alta) (Norton & Cody, 2012), la cual parece mejorar su eficacia cuando se adhieren la utilización de dispositivos de *biofeedback*, o *biofeedback* junto con electroestimulación intra-anal en pacientes que han fracasado con anterioridad al tratamiento conservador (evidencia alta, recomendación fuerte) (Norton & Cody, 2012). La CEMSP junto con *biofeedback*, con o sin electroestimulación han demostrado mejorar los síntomas reportados por los pacientes (número de pérdidas, frecuencia, urgencia defecatoria), mejorar la calidad de vida específica, así como las medidas de manometría anorrectal (aumento del umbral de sensibilidad rectal y de la presión anal durante la contracción (Hosker, Cody, & Norton, 2007).

4.2.2.3.3. Estreñimiento

Otra disfunción anorrectal es el estreñimiento funcional, provocado por movimientos intestinales infrecuentes y/o incompletos, que requieren de esfuerzo para la defecación, sensación de vaciado incompleto, disminución en la frecuencia defecatoria o incluso la ayuda manual para defecar (Haylen et al., 2010). Este puede deberse a causas primarias debido a la alteración de la función colónica o anorrectal, o secundaria a otras enfermedades o a la ingesta de medicación. Se considera funcional o idiopático cuando no se identifican cambios bioquímicos o estructurales en el patrón de las heces (George & Borello-France, 2017). Afecta a un 15,3% de la población siendo dos veces más frecuente en mujeres que en hombres (Barberio et

al., 2021). La primera vía de actuación del estreñimiento incluye la educación terapéutica del paciente en la que se introduce la modificación de la dieta, la realización de ejercicio físico, incremento de la ingesta de líquido y creación de hábitos defecatorios (Pinto et al., 2020; Sultan et al., 2017). Cuando se observa un patrón de estreñimiento disinérgico, que responde pobremente al tratamiento educativo, el *biofeedback* o bien con supervisión o bien domiciliario, supone una estrategia de elección para la percepción de mejoría global del paciente, calidad de vida y patrón de disinergia y fisiología anorrectal (evidencia alta, recomendación fuerte) (Moore & Young, 2020). El masaje abdominal ha demostrado incrementar la frecuencia defecatoria, disminuir el tiempo del tránsito intestinal y disminuir las molestias producidas por el estreñimiento (evidencia alta, recomendación fuerte) (Huang, Chiao, & Chien, 2025). También se utiliza la CEMSP enfocada principalmente a la mejora de la contracción y relajación de la región anal (evidencia baja, recomendación débil), y el tratamiento postural y trabajo de coordinación entre la musculatura abdominal, musculatura del suelo pélvico y respiración (evidencia baja, recomendación débil) (George & Borello-France, 2017; McClurg, Hagen, & Dickinson, 2011).

Asimismo, se ha asociado la presencia de estreñimiento con la incapacidad para relajar la musculatura del suelo pélvico y con la presencia de un Síndrome de Dolor Miofascial (SDM) en la musculatura puborrectal, recomendándose por tanto el tratamiento manual o instrumental de ese SDM (evidencia baja, recomendación débil) (Ashrafi et al., 2021).

4.2.2.3.4. Prolapso de órganos pélvicos

Una DSP exclusivamente femenina y con una alta prevalencia, son los POP, referido al descenso de un órgano pélvico a través de la vagina. Este puede ser de la pared anterior, de la pared apical, o de la pared posterior. El POP es leve, o grado I-II, cuando el órgano no desciende más allá del introito vaginal; o grave, en grado III-IV, cuando el órgano sobresale de la entrada vaginal (Haylen et al., 2016; Jelovsek, Maher, & Barber, 2007). A pesar de que los estudios de prevalencia basados en los síntomas de las mujeres indican que este aparece entre un 2,9% y 5,7% (Sung & Hampton, 2009) de la población femenina, aquellos estudios que han realizado exploraciones vaginales para objetivar la presencia o no de un POP, arrojan datos que indican que un 75% de las mujeres presenta algún grado de POP, mayoritariamente en grado leve I-II (69,5%) (Slieker-ten Hove et al., 2010), correspondiéndose la mayor prevalencia al cistocele (descenso de la vejiga y por tanto POP de la pared anterior) con un 34,3 %, seguida del rectocele (descenso del recto, y por tanto POP de la pared posterior) con 18,6 % y del prolapso uterino (POP apical) con 4,2 % (Hendrix et al., 2002). Los síntomas que experimentan las mujeres con un POP son sensación de pesadez o presión en la vagina, dolor, síntomas urinarios, anorrectales y dificultades sexuales (Bugge et al., 2020; Hagen & Stark, 2011).

En el POP en grado I-II la CEMSP mejora los síntomas producidos por el prolapso, como la sensación de pesadez y/o presión en la región de la pelvis y vagina, así como en síntomas asociados como la pérdida de orina; mejora el grado objetivo del descenso de órgano pélvico; mejora en la calidad de vida específica, con una satisfacción alta de las pacientes con el tratamiento y con nulos efectos adversos (evidencia alta, recomendación fuerte). La utilización del *biofeedback* junto con la CEMSP, así como la electroestimulación vaginal sumada a la CEMSP, parecen maximizar los resultados en relación con una mejor satisfacción del tratamiento, y mayor disminución de los síntomas reportados por las mujeres con POP (evidencia alta, recomendación fuerte) (Brown et al., 2025). Los pesarios son otra alternativa conservadora del POP, que supone la colocación de un dispositivo mecánico en la vagina que corrige anatómicamente la posición del órgano (Bugge et al., 2020). Se propone como la primera línea de actuación frente al POP y su uso, junto con la CEMSP, mejora la calidad de vida específica (evidencia alta, recomendación fuerte). Sin embargo, se han detectado efectos adversos frecuentes como la sensación de incomodidad vaginal, la irritación o erosión de las paredes vaginales, sangrado, y la dificultad en su colocación o retirada (Bugge et al., 2020). Otras estrategias fisioterapéuticas que son útiles para el tratamiento de los POP en la mejora de los síntomas, calidad de vida específica y mejora de las cualidades de la musculatura del suelo pélvico, son la cinesiterapia hipopresiva (recomendación débil, evidencia 1B), así como la inclusión de ejercicios en declive con contracción de otra musculatura de la región pélvica junto a la CEMSP (evidencia baja, recomendación débil) (Bø et al., 2023).

4.2.2.3.5. Disfunciones sexuales

Las DSP también incluyen las disfunciones sexuales, que en la mujer conllevan la ausencia, el retraso y/o la disminución de la sensación de orgasmo; la dispareunia o dolor persistente o recurrente durante la penetración vaginal; y el vaginismo, que supone la imposibilidad de mantener relaciones sexuales por cierre vaginal (Frawley et al., 2021; Haylen et al., 2010).

La dispareunia presenta una etiología multifactorial, cuyas causas físicas están vinculadas a posibles alteraciones uroginecológicas, gastrointestinales, endocrinas, neuromusculoesqueléticas y dermatológicas, que determinan que la localización del dolor durante las relaciones sexuales con penetración pueda manifestarse en un área más superficial y/o profunda, denominándose así dispareunia superficial o dispareunia profunda (Engeler et al., 2025). Se ha establecido una clara asociación entre el aumento de tono o la presencia del SDM en los músculos del suelo pélvico y de otros músculos relacionados con la cavidad abdominolumbopélvica con la existencia de manifestaciones clínicas urinarias, gastrointestinales y sexuales. Asimismo, la debilidad muscular del suelo pélvico, las alteraciones sensitivas o de la

mecanosensibilidad de los nervios específicos de la región genital, así como las restricciones miofasciales, pueden contribuir al desarrollo de signos y síntomas genitourinarios, no estrictamente vinculados al dolor persistente, y afectar directamente a la respuesta sexual femenina en cualquiera de sus fases (Berghmans, 2018; Bortolami et al., 2015; Darski, et al., 2016; Kanter et al. 2015).

La fisioterapia multimodal ha demostrado disminuir el dolor, y mejorar la función sexual y calidad de vida en mujeres con dispareunia (evidencia alta, recomendación fuerte). Este tratamiento debe incluir al menos CEMSP focalizada en el aprendizaje de la contracción y relajación consciente de los músculos del suelo pélvico, y educación terapéutica sobre el manejo de los síntomas, optimizando los resultados si se añade el tratamiento manual de la musculatura del suelo pélvico especialmente si se detecta presencia de SDM (van Reijn-Baggen et al., 2022) y el uso de electroestimulación analgésica intravaginal, o el empleo de dilatadores a nivel domiciliario (evidencia alta, recomendación fuerte) (Fernández-Pérez et al., 2023). La inclusión de la radiofrecuencia no ablativa también podría ser beneficiosa en la mejora del dolor en la dispareunia (evidencia débil, recomendación débil) (González-Gutiérrez et al., 2022).

Las disfunciones sexuales principales en el varón implican desórdenes en la eyaculación, la disfunción eréctil, una disminución de la libido y la eyaculación precoz. Los estudios de prevalencia arrojan datos de la presencia de disfunción eréctil de varones entre 30 y 80 años con datos de entre 15 y un 52% (Salonia et al., 2023). La disfunción eréctil parece ser multifactorial y se asocia con factores biológicos, psicológicos y comportamentales, siendo la edad un factor determinante, y es que, a mayor edad, mayor prevalencia de disfunción eréctil. También se asocia con distintas enfermedades sistémicas entre las que destacan la diabetes, la dislipidemia, la hipertensión, la hipercolesterolemia o el síndrome metabólico. Hábitos de vida poco saludables como ser fumador o no realizar ejercicio físico habitual parecen ser también factores de riesgo. Asimismo, la disfunción eréctil se ha asociado con otras DSP (Cohen et al., 2016), especialmente aquellas que afectan al tracto urinario inferior, en varones con hiperplasia benigna de próstata o intervenidos de un cáncer de próstata, asociado también con algún Síndromes de Dolor el Pélvico Crónico y con la eyaculación precoz (Salonia et al., 2023).

El tratamiento de la disfunción eréctil es multifactorial, en la que deben considerarse distintos componentes biológicos, psicológicos, personales y comportamentales, pero, donde, además, el estado y función de la musculatura del suelo pélvico (Cohen et al., 2016) supone un factor contribuyente. Diferentes estudios observacionales han demostrado una disminución de la capacidad contráctil, activación neuromuscular, fuerza y resistencia de la MSP en hombres con disfunción eréctil frente aquellos que no la padecían (Siegel, 2014; Rosenbaum, 2007). Esta alteración muscular se ha demostrado especialmente en los músculos superficiales bulboesponjoso e

isquiocavernoso. Estos se contraen durante la erección, favoreciendo el mecanismo veno-corporo-oclusivo, aumentando la rigidez del pene, soportando y manteniendo la presión dentro del cuerpo esponjoso y glánde del pene, estabilizándolo e impidiendo el retorno de la sangre. En este sentido, la CEMSP en varones con disfunción eréctil ha objetivado que entre un 35 y un 47% de los pacientes no vuelve a reportar episodios de disfunción eréctil mostrando además mejoras en la función eréctil según cuestionarios autorreportados (evidencia moderada, recomendación fuerte) (Myers & Smith, 2019). El ejercicio terapéutico aeróbico de forma aislada o junto con ejercicios de fuerza, también ha mostrado una mejora en la función eréctil con intervenciones que han durado entre 8 semanas hasta dos años (evidencia moderada, recomendación fuerte) (Silva et al., 2016; Cornie et al., 2013).

En el caso de la eyaculación precoz, la CEMSP combinada junto con electroestimulación y *biofeedback* ha mostrado tasas de curación del 55- 83%, entendido el término de curación como el autorreporte de los pacientes en la capacidad de postponer la eyaculación, mejorando por tanto la latencia de la eyaculación durante la penetración vaginal (evidencia moderada, recomendación fuerte) (Myers et al., 2019).

4.2.2.3.6. Dolor pélvico

También hay otros trastornos dolorosos que no necesariamente ocurren durante el acto sexual y que se perpetúan en el tiempo, denominándose Síndromes de Dolor Pélvico Crónico cuando no existen trastornos ginecológicos, urinarios, intestinales o sexuales que la justifiquen el cuadro de dolor (Engeler et al., 2024; Doggweiler et al., 2017). En la mujer los datos de prevalencia de dolor pélvico no cíclico (como podría ser la dismenorrea), se estima superior al 30%, con una prevalencia de entre el 1 y el 15% en varones (Ahangari, 2014). Entre estos Síndromes, destacan la cistitis intersticial o también denominado síndrome de vejiga dolorosa, la prostatitis, la vestibulitis o vestibulodinia y la coccigodinia.

Cuando en los Síndromes de Dolor Pélvico Crónico se detecta el aumento de tensión muscular o la presencia de SDM en la musculatura del suelo pélvico y adyacente, la fisioterapia multimodal es la primera línea de tratamiento (Torosis et al., 2024; Engeler et al., 2024). Esta incluye CEMSP, *biofeedback*, uso de dilatadores, electroestimulación analgésica, terapia manual y educación terapéutica del paciente (evidencia alta, recomendación fuerte) (Starzec-Proserpio et al., 2025). En mujeres con un diagnóstico de cistitis intersticial (síndrome de vejiga dolorosa), la fisioterapia multimodal aumenta el tono, mejora la fuerza y resistencia de los músculos del suelo pélvico, reduce el dolor y disminuye la tensión muscular de la región pélvica y genital, disminuye los síntomas urinarios como la urgencia y la frecuencia miccional, mejora la función sexual y la calidad de vida específica (evidencia moderada, recomendación

débil) (van Reijn-Baggen et al., 2021). En varones con diagnóstico de prostatitis, la evidencia actual indica que la fisioterapia multimodal reduce el tono, mejora la fuerza y resistencia de la musculatura del suelo pélvico, disminuye la tensión muscular local, mejora la calidad de vida, así como la percepción subjetiva de mejora (evidencia baja, recomendación débil) ((van Reijn-Baggen et al., 2021). En mujeres con vestibulodinia provocada, la CEMSP junto con tratamiento manual ha demostrado reducir la intensidad del dolor y mejorar la función sexual (evidencia alta, recomendación fuerte) (Morin et al., 2017; Morin et al., 2021). Frente a la coxigodinia (Mazzoleni et al., 2025), caracterizada por la presencia de dolor en el coxis y tejidos adyacentes, por causas traumáticas o no traumáticas, como son la degeneración articular, la obesidad o las variaciones morfológicas, se recomienda el tratamiento de fisioterapia que incluya manipulaciones coccígeas, CEMSP y estiramientos de los músculos piriforme e iliopsoas como primera opción terapéutica (evidencia moderada, recomendación fuerte), así como las ondas de choque (evidencia baja, recomendación débil). Ambas opciones parecen efectivas en la disminución del dolor y mejora de la funcionalidad.

4.2.2.3.7. Disfunciones del suelo pélvico en la infancia

En la infancia, las DSP que se abordan desde la fisioterapia son los trastornos diarios del tracto urinario inferior, la enuresis nocturna y las disfunciones anorrectales. Los trastornos diarios del tracto urinario inferior engloban diferentes alteraciones funcionales de la vejiga, tanto de almacenamiento como de vaciado vesical sin causa neurológica ni anatómica conocida (Austin et al., 2016; Radmayr et al., 2025). Entre los síntomas de almacenamiento vesical se engloba la dificultad en la continencia urinaria durante el día pasados los cuatro años, síntomas de urgencia, aumento o disminución de frecuencia miccional y nocturia; mientras los síntomas de vaciado son la dificultad para inicial la micción, la necesidad de empujar para miccional, el chorro de orina débil, micción intermitente o dolor durante la micción (Austin et al., 2016; Radmayr et al., 2025). Los datos de prevalencia varían entre un 2 y un 25%, descendiendo estos porcentajes conforme aumenta la edad del infante. Es frecuente la asociación de estos trastornos con alteraciones anorrectales, especialmente con estreñimiento funcional, asociándose en un 64% de los casos, así como con trastornos de déficit de atención o hiperactividad (640). Para su abordaje, la *International Children's Continence Society* (ICCS) recomienda la uroterapia, en combinación con estrategias fisioterapéuticas como la CEMSP con *biofeedback* (Yang et al., 2005; Herndon et al., 2001; Kaye et al., 2008; Vasconcelos et al., 2006; Fazeli et al., 2015; Chase et al., 2010; Seyedian et al., 2014; Nieuwhof-Leppink et al., 2019) y la TENS cuando hay síntomas de SVH (Austin et al., 2016; Radmayr et al., 2025). La TENS ha mostrado mejorar la continencia de los niños en comparación con el placebo (evidencia moderada, recomendación débil), así como la CEMSP que incluya *biofeedback* (evidencia moderada, recomendación débil) (Kajbafzadeh et al., 2011),

sin embargo, es necesaria más evidencia en esta población (Buckley et al., 2019). Otro tipo de incontinencia que puede aparecer en la infancia es la incontinencia de la risa (González-Maldonado et al., 2024), más frecuente en niñas, caracterizada por el vaciamiento completo o parcial de la vejiga provocada por la risa, sin causa orgánica aparente. La CEMSP junto con el *biofeedback* es una alternativa terapéutica de estas niñas y niños (evidencia moderada, recomendación débil) (Palmer et al., 2010).

La **enuresis nocturna** se define como la incontinencia nocturna intermitente, que afecta a un 10% de la población infantil hasta los 7 años, descendiendo al 1-2% en adolescentes, y siendo más habitual en varones. La enuresis puede ser monosintomática, cuando no se detecta ningún otro signo o síntoma de disfunción del tracto urinario inferior o ser nomonosintomática, asociada con algún trastorno diario del tracto urinario inferior. En ambos tipos de enuresis, como primera vía de actuación se considera la uroterapia estándar, incluyéndose el manejo de fisioterapia como segunda vía de actuación. En la enuresis monosintomática la TENS ha mostrado mejorar los volúmenes vesicales y disminuir la frecuencia de la incontinencia nocturna (evidencia moderada, recomendación débil), la CEMSP con *biofeedback* junto con educación terapéutica ha demostrado mejorar la rapidez de los músculos del suelo pélvico y reducir la frecuencia de escapes nocturnos (evidencia moderada, recomendación débil) (Pinto et al., 2024). El uso de la CEMSP y del *biofeedback* en los casos de enuresis no monosintomática asociada a trastornos diarios del tracto urinario inferior ha demostrado mejorar los síntomas de IU (evidencia moderada, recomendación débil) (Kuwertz-Bröking & von Gontard, 2018).

El **estreñimiento** supone un desorden gastrointestinal funcional relativamente frecuente en la infancia, con datos de prevalencia del 5-27%, sin causa orgánica aparente (LeLeiko et al., 2020; Radmayr et al., 2025). Este incluye diversos síntomas como la dificultad y/o infrecuencia en la defecación, heces duras, dolor durante la defecación o defecación incompleta. El manejo del estreñimiento en la infancia se recomienda multidisciplinar (Todhunter-Brown et al., 2024) entre los que se incluye un tratamiento de fisioterapia multimodal. La combinación de masaje abdominal, entrenamiento de la musculatura abdominal y aprendizaje de la respiración diafragmática ha mostrado ser eficaz en el aumento de la frecuencia defecatoria (evidencia moderada, recomendación débil) (Silva et al., 2013), mientras que la CEMSP junto con *biofeedback*, educación terapéutica, técnicas respiratorias de relajación y conciencia corporal (evidencia moderada, recomendación débil) (Van engelengurg-van Lonkhuyzen et al., 2017). Asimismo, la fisioterapia manual aplicada sobre el diafragma, musculatura abdominal, suelo pélvico y región lumbar ha demostrado mejorar significativamente la frecuencia defecatoria, la consistencia de las heces y la calidad de vida en niños con estreñimiento funcional, con efectos sostenidos hasta cinco años y sin efectos adversos registrados (recomendación débil, evidencia de calidad moderada) (Blanco Díaz et al., 2020).

Las recomendaciones internacionales actuales indican que la CEMSP debe ofrecerse dentro del nivel 1 de recomendación (en una escala del 0 al 3, comenzando con las recomendaciones del nivel 0) ofreciéndose el *biofeedback* en el nivel 2 de recomendación, especialmente en aquellos niños con un patrón defecatorio disfuncional (Todhunter-Brown et al., 2024).

Respecto a la **encopresis funcional**, esta se define como la emisión repetida de heces en lugares inapropiados en niños mayores de cuatro años y en ausencia de una causa orgánica identificable, asociándose habitualmente al estreñimiento crónico y a la retención fecal voluntaria (Benninga et al., 2016; Tabbers et al., 2023). Su prevalencia se sitúa en torno al 2-3% de la población infantil mayor de cuatro años, generando un impacto psicosocial relevante en el niño y su entorno familiar (Benninga et al., 2016). El abordaje fisioterapéutico recomendado es multimodal, combinando la CEMSP con *biofeedback*, entrenamiento en hábitos defecatorios y educación terapéutica a la familia (Tabbers et al., 2023). La CEMSP con *biofeedback* ha mostrado mejorar la coordinación defecatoria y la percepción rectal (evidencia moderada, recomendación fuerte), mientras que la educación sanitaria y la psicoeducación familiar favorecen la adherencia al tratamiento (Tabbers et al., 2023). El ejercicio terapéutico para la musculatura abdominolumbopélvica puede ser útil como complemento (evidencia limitada, recomendación débil). La combinación de estas intervenciones ha mostrado tasas de mejoría clínica del 60 al 80% en casos refractarios a laxantes (Tabbers et al., 2023).

Las **malformaciones anorrectales** son anomalías congénitas que afectan al desarrollo del recto y el ano, con una incidencia estimada entre 1:1.500 y 1:5.000 nacidos vivos (Levitt & Peña, 2017; Hakalmaz & Tekant, 2023). Aunque la corrección quirúrgica suele realizarse durante los primeros meses de vida, hasta un 40-50% de los pacientes pueden presentar secuelas funcionales persistentes, como IF, estreñimiento severo o alteraciones en la dinámica defecatoria (Levitt et al., 2020; Hakalmaz & Tekant, 2023). Estos pacientes requieren un seguimiento integral y multidisciplinar hasta la vida adulta para un manejo adecuado de las complicaciones a largo plazo (Hakalmaz & Tekant, 2023). La fisioterapia especializada en salud pélvica resulta relevante en el manejo postquirúrgico, mediante programas multimodales que combinan *biofeedback* anorrectal para optimizar la continencia fecal (evidencia moderada, recomendación fuerte), CEMSP y ejercicio terapéutico para fortalecer y coordinar el suelo pélvico (evidencia limitada, recomendación débil), junto con educación en hábitos intestinales y educación familiar (Levitt et al., 2020). Estos programas han demostrado mejoría de la continencia fecal en el 30-50% de los casos y una reducción significativa de los episodios de estreñimiento severo (Levitt et al., 2020).

4.2.2.3.8. Disfunciones del suelo pélvico en personas con alteraciones neurológicas

Las personas con alteraciones neurológicas presentan una alta prevalencia de DSP, entre las que destacan la vejiga y el intestino neurógeno y las disfunciones sexuales.

Un 75% de las personas con esclerosis múltiple presenta disfunciones del tracto urinario. La presencia de placas desmielinizantes en distintas zonas del control miccional del sistema nervioso central parece causar esta alta prevalencia. Los síntomas más frecuentes son la incontinencia urinaria, la urgencia miccional y el vaciado incompleto. En personas con lesión medular (LM), se estima que los síntomas de IU afectan a un 49%, especialmente en las lesiones medulares completas o de los segmentos lumbares, debido a la interrupción entre el centro pontino y el centro medular sacro de la micción, además de la afectación del sistema vegetativo. En estos casos se desarrolla una vejiga neurogénica que puede caracterizarse o bien por la hiperreflexia, más frecuente en lesiones de la neurona motora superior, o por la arreflexia, más habitual en lesiones de la neurona motora inferior. En los pacientes de Parkinson las disfunciones urinarias afectan a un 27-85% de las personas, motivado por la afectación de los ganglios basales y del fallo en la estimulación de los receptores de dopamina. Los síntomas más comunes en esta población son la nicturia, aumento de frecuencia miccional, urgencia, IU y dificultad para orinar. En casos de daño cerebral adquirido, como por ejemplo tras un accidente cerebrovascular (ACV), se estima una prevalencia de síntomas urinarios del 57-83% un mes tras el ACV, con una recuperación espontánea del 71-80% de los casos a los seis meses, entre los que destacan la urgencia urinaria, la IU de urgencia, la nicturia, la incontinencia por rebosamiento y la incontinencia funcional derivada de alteraciones motoras y/o cognitivas.

El tratamiento de fisioterapia recomendado para el manejo de las disfunciones del tracto urinario inferior en esta población son la CEMSP, que tanto de forma aislada, y especialmente asociada con *biofeedback*, educación terapéutica y electroestimulación en la disminución de síntomas urinarios en personas con intestino neurógeno (Esclerosis múltiple, Parkinson y ACV) es eficaz en la disminución del tono, mejora de la relajación de la musculatura del suelo pélvico, disminución de la pérdida de orina, y mejora de la calidad de vida específica (evidencia moderada, recomendación fuerte) (Bapir et al., 2022; Manaila et al., 2024); la TENS a nivel sacro con una pauta diaria ha mostrado mejorar parámetros miccionales como la frecuencia, urgencia y la nicturia, así como mejores parámetros urodinámicos en pacientes tras ACV (evidencia alta, recomendación fuerte) (Bapir et al., 2022). mejorando la calidad de vida específica, disminuyendo la IU y mejorando la capacidad contráctil de los músculos del suelo pélvico (evidencia alta, recomendación fuerte), la CEMSP de forma aislada cual ha demostrado ser eficaz en mejorar los síntomas

urinarios tras ACV, la CEMSP junto con electroestimulación intravaginal en mujeres con LM incompleta (ASIA C-E), la neuromodulación percutánea o transcutánea en sujetos con Esclerosis múltiple, LM, vejiga hiperrefléxica, ACV y Parkinson con SVH al menos con buenos resultados a corto plazo en Parkinson (evidencia alta, recomendación fuerte), la educación terapéutica mejora el número de pérdidas de orina, disminuye la frecuencia miccional, genera menor sensación de urgencia, mejora la calidad de vida específica relacionada con los síntomas urinarios en personas con Parkinson. La neuromodulación del nervio tibial, tanto de forma percutánea como transcutánea, ha demostrado disminuir la urgencia y frecuencia miccional, así como retrasar la sensación de llenado vesical, testado en pacientes con Esclerosis múltiple y LM (evidencia moderada, recomendación fuerte) (Bapir et al., 2022; Manaila et al., 2024; Vecchio et al., 2022).

Las disfunciones anorrectales también son muy prevalentes en la población con alteraciones neurológicas entre las que destacan el estreñimiento y la IF. En personas con Esclerosis múltiple el estreñimiento afecta a entre un 34 y un 54%, con datos de prevalencia de la IF de un 29-51%, pudiendo coexistir ambos en una misma persona. El origen se considera multifactorial, influido por el reducido reflejo gastrocólico, una función rectal anormal, la debilidad muscular y/o espasticidad del abdomen y suelo pélvico en el caso del estreñimiento; y la alteración sensitiva y motora intestinal y esfinteriano en el caso de la IF; además de influir en ambos casos aspectos como la medicación, alteraciones conductuales u otras comorbilidades y antecedentes obstétricos. En personas con LM el estreñimiento parece ocurrir en un 27-46%, con índices de IF del 31-41%. El nivel de gravedad de la LM y la presencia o no de reflejos espinales sacros condicionan la fisiopatología de las alteraciones anorrectales. El intestino hiperrefléxico es más frecuente en las lesiones de neurona motora superior, siendo el intestino arrefléxico más habitual en lesiones de la neurona motora inferior. En el Parkinson, el estreñimiento parece ser la disfunción anorrectal más frecuente, estimada en un 50- 80%, condicionado por la distonía de la musculatura del suelo pélvico y por la lentitud en el tránsito intestinal (Chen et al., 2015).

La evidencia disponible para el tratamiento del intestino neurógeno es insuficiente, sin embargo, la existente indica que el tratamiento de fisioterapia que incluye masaje abdominal, cambios posturales en bipedestación y movilizaciones viscerales, con o sin electroestimulación, mejoran los síntomas asociados al estreñimiento (evidencia baja, recomendación débil) (Todd et al., 2024). El uso del *biofeedback* anorrectal también ha demostrado buenos resultados en el tratamiento del intestino neurógeno en personas con LM incompleta, mejorando la sensibilidad y función anorrectal (evidencia muy baja, recomendación débil) (Mazor et al., 2016).

En cuanto a las disfunciones sexuales, estas afectan a un 40-80% de las mujeres con Esclerosis múltiple y a un 50-90% de los hombres con Esclerosis múltiple (Kessler et

al., 2019). La disfunción sexual incluye la disminución en el deseo o interés (reducción de la libido), las disfunciones relacionadas con la excitación entre las que se encuentran la disfunción eréctil, las disfunciones en la eyaculación u orgasmo, así como la presencia de dolor durante las relaciones sexuales. En las personas con alteraciones neurológicas las disfunciones sexuales pueden ser primarias, cuando son las propias lesiones del sistema nervioso las que producen la afectación en la esfera sexual, secundarias, cuando derivan de las alteraciones físicas de la enfermedad, o terciarias, cuando influyen factores psicológicos, emocionales y/o sociales. En pacientes con Esclerosis múltiple, la CEMSP con o sin electroestimulación, con o sin *biofeedback*, y con o sin *mindfulness*, ha demostrado mejoras en la función sexual, en la satisfacción sexual y en el bienestar emocional (evidencia moderada, recomendación fuerte) (Gopal et al, 2021; Giannopapas et al, 2023). La fisioterapia basada en ejercicio terapéutico en el agua (evidencia baja, recomendación débil) (Giannopapas et al, 2023), el empleo de dispositivos de succión del clítoris y la vibración local también podrían ser de utilidad para mejorar la función sexual en personas con Esclerosis múltiple (evidencia muy baja, recomendación débil) (Gopal et al, 2021; Giannopapas et al, 2023).

En personas con LM, se describe disfunción sexual en un 67% de las mujeres sexualmente activas y en un 83% de las personas afectadas por una LM indican que su función sexual ha empeorado en comparación con su estado previo a la lesión (Anderson et al., 2007). En las mujeres los principales síntomas registrados son la anorgasmia y la menor lubricación vaginal, mientras en los hombres la disfunción eréctil, la eyaculación precoz, y la disminución de la libido (Mendonça et al., 2020). No se han encontrado estudios del empleo de la fisioterapia en el tratamiento de las disfunciones sexuales en esta población, sin embargo, las estrategias terapéuticas que han mostrado ser eficaces en la función sexual en otra población deberían iniciarse dentro de la atención multidisciplinar que requieren estos pacientes para mejorar su función sexual (Forsythe et al., 2006).

4.2.2.3.9. Díástasis de los músculos rectos abdominales

La DRA se considera la separación superior a 2,5cm entre los vientres musculares de los músculos rectos del abdomen (Reinpol et al., 2019), apareciendo un ensanchamiento de la línea alba y un aumento por tanto de la distancia inter-rectos (Corvino et al., 2019). El principal factor de riesgo para la aparición de la DRA es el embarazo (Coldron et al., 2008; Mota et al. 2018), y también se relaciona con el envejecimiento, la menopausia, la obesidad o la falta de madurez del tejido abdominal, en el caso de los bebés prematuros (Blotta et al., 2018; Spitznagle et al., 2007).

La DRA implica un mayor estiramiento y laxitud del tejido fascial del abdomen, lo que podría tener una repercusión funcional relevante, relacionándose con la presencia de

dolor abdominal, mayor incidencia de DSP, dolor lumbopélvico y afectación de la imagen corporal, asociada con una mayor insatisfacción estética y menor calidad de vida (Beamish et al., 2019; Olsson et al., 2019; Reinpold et al., 2019; Zappile-Lucis, 2009). Así pues, en mujeres con DRA la alteración en la transmisión de las fuerzas musculares abdominales por la disrupción en el continuo aponeurótico abdominal podría derivar en una pérdida de estabilización lumbo-pélvica y en la aparición de problemas como el dolor lumbopélvico o las DSP (Bo et al., 2017; Whittaker et al.). Al explorar a sujetos con dolor lumbopélvico, se ha evidenciado una mayor prevalencia de DRA respecto a los sujetos sin dolor (Parker et al. 2009; Whittaker et al., 2013), asociándose además con una mayor severidad en el dolor lumbar (Benjamin et al., 2019; Chierello, 2017; Keshwani et al., 2018; Mota et al., 2015; Sperstad et al., Whittaker et al., 2013). Respecto a la implicación de la DRA en las DSP femeninas, se ha descrito que más de la mitad de las mujeres que acuden a consulta uroginecológica para tratamiento de alguna DSP tiene DRA (Spitznagle et al., 2007).

Desde la fisioterapia, las intervenciones habituales para el manejo de la DRA son el ejercicio terapéutico específico de la musculatura abdominal (evidencia alta, recomendación fuerte), la CEMSP (evidencia alta, recomendación fuerte), la estimulación transcutánea de la musculatura abdominal (evidencia moderada, recomendación débil) y el vendaje neuromuscular (evidencia moderada, recomendación débil). Estas estrategias parecen tener un efecto reducido en la disminución de la distancia interrectos (Benjamin et al. 2023), aunque han demostrado conseguir la reducción de dicha distancia tanto en reposo como durante una flexión de tronco si el tratamiento se aplica de forma precoz en el primer año postparto (Beamish et al, 2025). Además, el tratamiento de fisioterapia consigue mejorar la funcionalidad del abdomen, aumentando la fuerza abdominal, disminuyendo el dolor, mejorando el bienestar emocional, la percepción de la imagen corporal y la calidad de vida de las mujeres con DRA (Beamish et al, 2025; Benjamin et al. 2023).

4.2.2.4. Fisioterapia en procesos oncológicos de la mujer

El cáncer es un grave problema sanitario cuya importancia ha venido acrecentándose en los últimos años y constituye, tanto en términos de morbilidad como de impacto social, de la calidad de vida o económico, un gran problema de salud entre las personas de los países más desarrollados. A pesar de tratarse de una verdadera epidemia cuyas cifras estremecen, los avances que se han producido tanto en el diagnóstico precoz en algunos tipos de cáncer como en los tratamientos quirúrgicos y médicos han hecho posible que el índice de supervivencia global se haya duplicado en los últimos 40 años y es posible que continúe aumentando progresivamente en los próximos años (Sociedad Española de Oncología Médica [SEOM], 2023). Los altos índices de supervivencia han originado un cambio en cuanto a los objetivos

perseguidos en el abordaje de la enfermedad, de manera que adquieren mayor relevancia el manejo de los signos y síntomas asociados a la enfermedad y su tratamiento, así como la calidad de vida relacionada con la salud de las personas tratadas de cáncer. Las expectativas que albergan los pacientes, los familiares y los cuidadores incluyen el que el enfermo o superviviente pueda llevar una vida lo más normal posible. En este sentido, las pretensiones sobre el tratamiento del cáncer ya no se centran únicamente en la supervivencia sino también en la rehabilitación oncológica, definida como aquella que facilita a la persona con cáncer a ayudarse a sí misma para obtener el máximo funcionamiento físico, social, psicológico y profesional en los límites impuestos por la enfermedad y su tratamiento (Chasen & Dippenaar, 2008). El desarrollo de este concepto necesita de un abordaje interdisciplinar en el que la fisioterapia desempeña un papel preponderante en el manejo de los signos y síntomas asociados a cada una de las diversas fases terapéuticas de la enfermedad (Adriaenssens et al., 2023).

En este contexto, el cáncer de mama y los cánceres ginecológicos destacan por su elevada incidencia y relevancia en la salud de la mujer. Según el Observatorio del Cáncer de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC, 2024), en 2024 se diagnosticaron en España aproximadamente 36 395 nuevos casos de cáncer de mama. Este tipo de cáncer continúa siendo la neoplasia más frecuente en la población femenina, con una supervivencia neta a cinco años superior al 85 % (SEOM 2025). Por su parte, los cánceres ginecológicos —que incluyen los de endometrio, ovario, cuello uterino, vagina y vulva— han alcanzado en conjunto más de 13 400 casos estimados en 2025 (Red Española de Registros de Cáncer [REDECAN], 2025), con tasas de supervivencia neta a cinco años variables: aproximadamente 74 % en el cáncer de endometrio, 65,5 % en el cáncer de cuello uterino y 40,9 % en el cáncer de ovario, mientras que para los tumores de vagina y vulva no se disponen de estimaciones poblacionales específicas en España debido a su baja frecuencia (SEOM, 2025). El aumento sostenido de la supervivencia ha dado lugar a una creciente población de mujeres que conviven con consecuencias derivadas tanto de la enfermedad como de los tratamientos (Adriaenssens et al., 2023; AECC, 2024; REDECAN, 2025; SEOM, 2025). Estos impactos presentan particularidades moduladas por factores biológicos, sociales y culturales que influyen en cómo se experimenta el proceso oncológico y en las necesidades durante la recuperación (Naciones Unidas, 2018; Observatorio de Salud de la Mujer, 2009; Torres-Lacomba et al., 2022). La afectación de la salud sexual y reproductiva, junto con los roles y expectativas sociales atribuidos a las mujeres, condicionan la vivencia y subrayan la necesidad de un abordaje integral y con perspectiva de género para optimizar su calidad de vida relacionada con la salud (Naciones Unidas, 2018; Observatorio de Salud de la Mujer, 2009; Torres-Lacomba et al., 2022).

Entre las consecuencias físicas más frecuentes relacionadas con la función y el movimiento se encuentran la fatiga relacionada con el cáncer (FRC), las alteraciones en la función pulmonar, las alteraciones cardiovasculares, el dolor crónico, la neuropatía periférica inducida por la quimioterapia (NPIQ), las DSP (principalmente las disfunciones sexuales (Córdoba-Izquierdo et al., 2019)) y las secuelas vasculares, como el linfedema y las trombosis linfáticas superficiales (Adriaenssens et al., 2023; Torres-Lacomba et al., 2022). Todas estas consecuencias físicas son abordadas desde la fisioterapia, independientemente del tipo de cáncer y de la etapa del proceso en que se encuentren, ya sea en la fase de prehabilitación, durante los tratamientos oncológicos, en la fase de supervivencia o en fases avanzadas y paliativas, contribuyendo a preservar la funcionalidad y a mejorar la calidad de vida relacionada con la salud (Adriaenssens et al., 2023). En este sentido, la elevada incidencia y supervivencia del cáncer de mama, junto con su notable visibilidad social, han propiciado que la mayor parte de la experiencia clínica y de la evidencia científica disponible en fisioterapia oncológica se centre en esta población.

4.2.2.4.1. Prehabilitación en cáncer de mama y ginecológicos

La prehabilitación, definida como un programa activo desarrollado tras el diagnóstico y antes del inicio de los tratamientos médicos oncológico, busca optimizar la reserva funcional física y mental de las pacientes, prevenir complicaciones y facilitar la recuperación postoperatoria (Silver & Baima, 2013). En cáncer de mama, los programas de prehabilitación —que combinan ejercicio terapéutico adaptado compuesto por ejercicio aeróbico, de fuerza, movilidad del miembro superior y entrenamiento respiratorio— han demostrado mejorar la capacidad funcional, el rango de movimiento, la fuerza y reducir el dolor y la fatiga antes de la cirugía, en comparación con la atención habitual (Moulin et al., 2023).

En cánceres ginecológicos, aunque la evidencia es más limitada, los estudios disponibles sugieren que los programas multimodales de prehabilitación (incluyendo ejercicio terapéutico adaptado, asesoramiento nutricional y apoyo psicológico) pueden mejorar la capacidad funcional preoperatoria, reducir la estancia hospitalaria y favorecer un mejor bienestar emocional, especialmente en mujeres con cáncer de ovario avanzado sometidas a cirugía citoreductora (Sebio-Garcia et al., 2024; Kim, Lee, & Yim, 2025). En ambos grupos de pacientes, estos programas son seguros y bien tolerados, con tasas de adhesión superiores al 70 % en estudios piloto (Singh et al., 2020).

En este sentido, se recomienda integrar programas de prehabilitación multimodal en la fase previa a la cirugía de cáncer de mama y ginecológicos, centrados en ejercicio terapéutico adaptado, movilidad y entrenamiento respiratorio, asesoramiento nutricional y apoyo psicológico, con el objetivo de mitigar la pérdida funcional,

optimizar la calidad de vida y reducir el impacto del tratamiento oncológico (nivel de evidencia moderado en cáncer de mama y bajo-moderado en cáncer ginecológico; recomendación moderada).

4.2.2.4.2. Linfedema y trombosis linfáticas superficiales

El linfedema, ampliamente desarrollado en el apartado 4.2.2.2.3 sobre fisioterapia en las alteraciones cardiovasculares, constituye una de las complicaciones vasculares más relevantes derivadas de los tratamientos del cáncer de mama, especialmente tras la linfadenectomía axilar y la radioterapia. Aunque aquí no se aborda en profundidad, cabe recordar que la fisioterapia desempeña un papel esencial en su prevención y tratamiento mediante FCD, que combina DLM, medidas de contención compresiva (vendajes multicapa o prendas elásticas), ejercicio terapéutico progresivo y educación sanitaria (nivel de evidencia moderado, recomendación fuerte).

Además del linfedema, se incluyen otras complicaciones vasculares relevantes, como las trombosis linfáticas superficiales (TLS) o síndrome del cordón axilar, que pueden aparecer en el contexto de la cirugía axilar y comprometer la movilidad y funcionalidad del miembro superior.

Las TLS, también denominadas *Axillary Web Syndrome* o síndrome del cordón axilar en la literatura anglosajona, son una complicación relativamente frecuente tras la cirugía axilar por cáncer de mama. Su incidencia oscila entre un 6 % y un 91 %, dependiendo de la técnica quirúrgica (linfadenectomía axilar o biopsia selectiva del ganglio centinela) y de los criterios diagnósticos aplicados (Lippi et al., 2022; Torres-Lacomba et al., 2022). Clínicamente, se caracteriza por la presencia de dolor en la región axilar que se irradia a lo largo de la cara medial del brazo, asociado a cordones subcutáneos visibles o palpables que generan restricción del rango de movimiento del hombro, particularmente en abducción y flexión (Torres-Lacomba, 2009).

Aunque inicialmente se consideró una afección autolimitada, estudios recientes han demostrado que puede prolongarse durante meses o años, asociándose a un mayor riesgo de linfedema y afectando significativamente la funcionalidad y la calidad de vida (Lippi et al., 2022; Torres-Lacomba et al., 2010).

La fisioterapia multimodal, que combina DLM, ejercicio terapéutico adaptado y educación sanitaria sobre el autocuidado y la prevención de complicaciones, constituye la estrategia de elección para el manejo de las TLS. Un ensayo clínico aleatorizado de alta calidad metodológica mostró que un protocolo con DLM y ejercicios progresivos del miembro superior aceleró significativamente la recuperación funcional y la resolución de los signos y síntomas de las TLS, con mejoras en el dolor y la calidad de vida relacionada con la salud (nivel de evidencia

moderado, recomendación fuerte) (Torres-Lacomba et al., 2022). Además, una revisión sistemática reciente respalda la fisioterapia como intervención eficaz para la resolución clínica de las TLS, aunque destaca la necesidad de más estudios de alta calidad que definan las intervenciones óptimas (nivel de evidencia moderado, recomendación fuerte) (Lippi et al., 2022).

4.2.2.4.3. Fatiga relacionada con el cáncer y alteraciones en la función pulmonar

La FRC es uno de los problemas con mayor impacto funcional asociados al proceso oncológico, definida como “una sensación persistente, subjetiva de cansancio físico, emocional y/o cognitivo relacionada con el cáncer o su tratamiento, que no se alivia completamente con el descanso y que interfiere con las actividades habituales” (*National Comprehensive Cancer Network [NCCN]*, 2023). Hasta el 85 % de los pacientes en tratamiento activo presenta FRC, y entre un 9 % y un 45 % de ellos la experimenta con intensidad moderada o severa. En el caso de las supervivientes de cáncer de mama, la fatiga severa afecta aproximadamente al 20–40 %, y cerca del 30 % sigue padeciendo una fatiga considerable incluso diez años después de finalizar el tratamiento (Prieto-Gómez et al., 2022). La FRC no solo impacta en la funcionalidad, sino que también se asocia con un mayor riesgo de ansiedad y depresión, así como con un aumento del consumo de recursos sanitarios (Prieto-Gómez et al., 2022). Para abordar este complejo problema, la comunidad científica ha diseñado e implementado múltiples estrategias terapéuticas desde distintas disciplinas sanitarias. En este marco, la fisioterapia basada en ejercicio terapéutico —definido como la ejecución planificada, estructurada y repetitiva de movimientos corporales, posturas o actividades físicas orientadas a prevenir o rehabilitar discapacidades, controlar factores de riesgo para la salud y mantener o mejorar la función, la condición física y el bienestar general (Kisner et al., 2017)—, supervisado, individualizado y progresivo, se ha consolidado como una de las intervenciones principales para el tratamiento de la FRC (nivel de evidencia alto, recomendación fuerte) (Campbell et al., 2019; Kessels et al., 2018; Prieto-Gómez et al., 2022). La evidencia actual respalda programas de ejercicio de al menos 3 meses, con sesiones de 30–60 minutos, 2–3 veces por semana, combinando, de forma preferente, ejercicio aeróbico y de fuerza a intensidad moderada (Campbell et al., 2019; Kessels et al., 2018; Prieto-Gómez et al., 2022). Además, la combinación de fisioterapia basada en ejercicio terapéutico y educación terapéutica ha demostrado ser más eficaz para reducir la FRC y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud, con resultados que se mantienen a los 6 meses (Prieto-Gómez et al., 2022).

Por otra parte, en el cáncer de mama, la radioterapia —administrada a aproximadamente el 80 % de las mujeres— pueden producir toxicidad pulmonar, la cual se ve incrementada cuando se combina con quimioterapia o hormonoterapia durante o después del tratamiento radioterápico, contribuyendo a la percepción de

fatiga y disnea (Algara et al., 2013; Anzic & Marinko, 2020; Landman et al., 2019; Meattini et al., 2017). La reducción de los valores en las pruebas de función pulmonar suele manifestarse entre el tercer y cuarto mes después de la radioterapia, evidenciándose en un descenso de la capacidad vital forzada y del volumen espiratorio forzado en el primer segundo (Meattini et al., 2017; Omarini et al., 2014). En la mayoría de los casos, estos valores tienden a recuperarse parcialmente a los seis meses; sin embargo, seguimientos de hasta 11 años han documentado reducciones crónicas significativas, especialmente en la capacidad de difusión de monóxido de carbono (AlSaeed et al., 2017; Chen et al., 2020). Además, se han identificado hallazgos radiológicos en al menos el 87 % de las mujeres, incluyendo engrosamiento pleural, atelectasias, elevación del hemidiafragma, contracciones tisulares, y, en casos graves, bronquiectasias (AlSaeed et al., 2017; Chen et al., 2020). La neumonitis inducida por la radioterapia también puede dar lugar a cambios estructurales a largo plazo en el parénquima pulmonar, como la fibrosis, que afecta entre el 5 % y el 15 % de las mujeres (Meattini et al., 2017). A estos efectos se suman la fatiga y la afectación neuromusculoesquelética derivadas de la cirugía y la radioterapia, que alteran la movilidad torácica y la función de los músculos respiratorios (Ruiz Blanco et al., 2018). Aunque la evidencia en cáncer de mama es limitada, la fisioterapia respiratoria propone intervenciones similares a las empleadas en la fibrosis pulmonar idiopática, con programas de rehabilitación pulmonar y ejercicio terapéutico (nivel de evidencia moderado, recomendación fuerte) (Gaunard et al., 2014; Vainshelboim et al., 2014). Entre las técnicas sugeridas se incluyen los ejercicios inspiratorios profundos, como la espirometría incentivada y el débito inspiratorio controlado, que favorecen la expansión alveolar y mejoran la ventilación (Carvalho et al., 2011; Gaunard et al., 2014; Vainshelboim et al., 2014). Asimismo, el uso de dispositivos de presión espiratoria positiva (PEP) contribuye a aumentar la presión intrapulmonar y optimizar la transferencia de gases (Fagevik-Olsén et al., 2015; Pedrero-Leal et al., 2019).

4.2.2.4.4. Alteraciones cardiovasculares

Las alteraciones cardiovasculares inducidas por los tratamientos oncológicos constituyen uno de los efectos adversos más relevantes de determinados agentes antitumorales y de la radioterapia torácica. Entre los fármacos implicados en la cardiotoxicidad asociada al tratamiento oncológico se encuentran las antraciclinas, los anticuerpos monoclonales dirigidos contra HER2, las fluoropirimidinas, los taxanos, y los inhibidores del factor de crecimiento endotelial vascular, así como los inhibidores de puntos de control inmunitario y los inhibidores del proteasoma (Dobson, 2023; Herrmann et al., 2022; Leong & Lenihan, 2022; Pantazi & Tselepis, 2022). De acuerdo con las **Guías de Cardio-oncología** de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC), las complicaciones cardiovasculares inducidas por los tratamientos oncológicos se agrupan en siete grandes categorías: miocardiopatía e insuficiencia cardíaca, miocarditis, toxicidades vasculares, hipertensión, arritmias

cardíacas, cardiopatías pericárdicas y valvulopatías (Lyon et al., 2022). Es especialmente relevante señalar que, a largo plazo, en mujeres con cáncer de mama no metastásico y con factores de riesgo cardiovascular preexistentes, como hipertensión o dislipidemia, las enfermedades cardiovasculares pueden llegar a convertirse en la principal causa de muerte (Abdel-Qadir et al., 2017; Bradshaw et al., 2016; Patnaik et al., 2011). En este sentido, entre las supervivientes de cáncer de mama mayores de cincuenta años, las muertes por enfermedades cardiovasculares representan el 35 % de las muertes no relacionadas con el cáncer (Coughlin et al., 2020).

Entre las medidas no farmacológicas para la prevención y el tratamiento de la cardiotoxicidad inducida por el cáncer, el ejercicio terapéutico ha ganado un papel fundamental (evidencia moderada, recomendación fuerte) (Adams et al., 2025; Campbell et al., 2019; Scott et al., 2018; Zhang et al., 2025). Según las recomendaciones del grupo ICOS-CORE (*International Cardio-Oncology Society – Cardio-Oncology Rehabilitation and Exercise*), el ejercicio terapéutico debe integrarse como componente clave de la rehabilitación cardio-oncológica, por su capacidad para contrarrestar los efectos adversos de los tratamientos oncológicos sobre la salud cardiovascular y mejorar la capacidad funcional de los pacientes (Adams et al., 2025). En esta línea, el metaanálisis de Scott et al. (2018) demostró que los programas de ejercicio estructurado mejoran de forma significativa el VO_2 pico en pacientes con cáncer, especialmente en mujeres con cáncer de mama, quienes estuvieron representadas en el 42 % de los estudios incluidos en el análisis. Aunque la evidencia específica en mujeres con cáncer ginecológico es limitada, los principios de entrenamiento establecidos para el cáncer de mama podrían resultar igualmente beneficiosos para preservar la salud cardiovascular y mejorar la calidad de vida en este grupo, aunque se necesitan más estudios para confirmarlo.

4.2.2.4.5. Dolor persistente

Una de las consecuencias físicas más frecuentes relacionadas con el cáncer es el dolor persistente. Aproximadamente el 55 % de los pacientes refieren dolor durante los tratamientos oncológicos, el 39 % tras terminar los tratamientos y se alcanza el 66 % en aquellos pacientes que presentan enfermedad avanzada, metastásica o de final de vida (Cuthbert et al., 2023). En este sentido, se calcula que el dolor de intensidad moderada a severa repercute en el 38 % de las personas que conviven con el cáncer, y se mantiene incluso a largo plazo una vez finalizado el proceso oncológico (Cuthbert et al., 2023). En mujeres tratadas de cáncer de mama, la prevalencia varía entre el 25 % y el 60 %, en función de los criterios diagnósticos utilizados (Torres Lacomba et al., 2011). El dolor puede ser generalizado o estar más vinculado al lado intervenido, denominándose dolor persistente después del tratamiento del cáncer de mama. Se caracteriza por la presencia de dolor y alteraciones en la sensibilidad en la

zona de la mama, axila y miembro superior del lado intervenido de manera continuada (Andersen & Kehlet, 2011). Con frecuencia, el dolor persistente después del tratamiento del cáncer de mama se asocia a dolor neuropático debido al daño que sufre el tejido neural durante la cirugía. Sin embargo, el tratamiento quirúrgico y el tratamiento coadyuvante pueden provocar un mayor daño tisular no solo en el tejido neural, sino también en otros tejidos relacionados con el sistema neuromusculoesquelético. De este modo, el tratamiento médico podría contribuir al desarrollo de otros mecanismos de dolor, como el dolor nociceptivo y el dolor nociplástico, cuya complejidad dificulta notablemente la efectividad de las actuaciones terapéuticas (De la Rosa Díaz et al., 2018; Nijs et al., 2023; Torres Lacomba et al., 2011). Además, con frecuencia, el abordaje de primera elección es el tratamiento farmacológico, aunque este no ofrezca resultados satisfactorios (Smith et al., 2014), debido probablemente al origen multifactorial del dolor y a los diferentes mecanismos y tejidos periféricos —nervioso y miofascial— involucrados.

El SDM, caracterizado por puntos gatillo miofasciales (PGM), es una causa relevante de dolor persistente tras el tratamiento del cáncer de mama. Según Torres-Lacomba et al. (2011), puede aparecer durante el primer año en aproximadamente el 44,8 % de las mujeres, afectando principalmente a los músculos pectoral mayor, dorsal ancho, infraespinoso y serrato anterior. El SDM relacionado con el cáncer de mama se aborda principalmente mediante terapia manual y ejercicio terapéutico, con resultados prometedores, aunque aún con evidencia limitada (evidencia baja, recomendación débil) (Rangon et al., 2018; De Groef et al., 2018; Serra-Añó et al., 2019). La compresión isquémica, las técnicas miofasciales y el ejercicio terapéutico multimodal parecen resultar eficaces para reducir el dolor, mejorar la función del miembro superior y aumentar el rango de movimiento (Rangon et al., 2018; De Groef et al., 2018; Serra-Añó et al., 2019). La mayoría de los estudios, sin embargo, no evalúan directamente la resolución de los PGM, centrándose en el dolor y la función global.

Diversos estudios han documentado alteraciones en la mecanosensibilidad nerviosa en mujeres tratadas de cáncer de mama, evidenciadas por respuestas anómalas en pruebas neurodinámicas y mayor sensibilidad a la presión en el miembro superior afectado (De la Rosa-Díaz et al., 2018; Caro-Morán et al., 2014; Smoot et al., 2010). La neurodinámica se ha planteado como una opción para tratar estas alteraciones, con resultados prometedores, pero todavía con evidencia emergente y no concluyente (evidencia baja, recomendación débil) (De la Rosa-Díaz et al., 2017; Hassan Nabih Mohamed et al., 2025).

Un número significativo de mujeres tratadas de cáncer de mama desarrolla dolor persistente con características compatibles con dolor nociplástico, que no solo se circunscribe al lado intervenido, sino que puede ser generalizado. Se ha estimado que aproximadamente un 38% de las mujeres tratadas de cáncer de mama presentan

signos clínicos de dolor nociplástico, incluyendo hipersensibilidad generalizada, dolor difuso, hipervigilancia y respuesta exagerada a estímulos repetidos, junto con umbrales de presión disminuidos que pueden persistir incluso 12 meses después del tratamiento (Lorenzo-Gallego et al., 2023; Zhu et al., 2022; Nijs et al., 2023; De Groef et al., 2018). Estas alteraciones, observadas desde los primeros meses tras la cirugía y los tratamientos oncológicos, reflejan un predominio de dolor nociplástico en un subgrupo de mujeres, asociado además a una disminución progresiva de la capacidad funcional y la calidad de vida relacionada con la salud. Este tipo de dolor, habitualmente caracterizado por hipersensibilidad generalizada, dolor difuso y desproporcionado respecto al daño tisular, así como por alteraciones emocionales, parece responder mejor a intervenciones multimodales (Lahousse et al., 2021). Entre las estrategias propuestas destacan los programas de ejercicio terapéutico —aeróbico y de fuerza— individualizados y progresivos, combinados con educación en neurociencia del dolor y apoyo psicológico, con el objetivo de modular los mecanismos centrales del dolor, atenuar la hipersensibilidad y mejorar tanto la función como la calidad de vida (evidencia baja, recomendación débil) (Cuthbert et al., 2023; De Groef et al., 2019; Lahousse et al., 2021). Aunque todavía se necesitan más estudios para consolidar estas recomendaciones, los datos actuales apoyan que el ejercicio parece contribuir no solo a aliviar el dolor a través de mecanismos fisiológicos, sino también a reducir la intensidad del dolor relacionado con mecanismos centrales y la artralgia inducida por inhibidores de aromatasa en mujeres tratadas de cáncer de mama (Cuthbert et al., 2023; De Groef et al., 2019).

4.2.2.4.6. Neuropatía periférica inducida por la quimioterapia

La NPIQ es una complicación frecuente del tratamiento oncológico, asociada principalmente a la toxicidad de fármacos como los taxanos, platinos, talidomida, alcaloides de la vinca, y bortezomib (Sánchez-Barroso, 2017). Durante el primer mes de tratamiento con quimioterapia, la NPIQ puede presentarse en hasta el 68 % de las pacientes, descendiendo a aproximadamente el 60 % a los tres meses y reduciéndose a cerca del 30 % a los seis meses tras finalizar la terapia. La NPIQ suele manifestarse con dolor de tipo neuropático, acompañado de alteraciones sensoriales como alodinia, hiperalgesia y disestesias, así como dificultades en la motricidad fina y la propiocepción, que afectan principalmente a las regiones distales de forma bilateral (Pérez-Hernández & Sánchez-Martínez, 2021). Estos síntomas no solo deterioran la calidad de vida y la funcionalidad de las pacientes, sino que en algunos casos obligan a modificar las pautas de quimioterapia —ya sea reduciendo dosis, espaciando ciclos o cambiando de fármaco—, con posibles repercusiones sobre el control de la enfermedad (Pérez-Hernández & Sánchez-Martínez, 2021).

El manejo de la NPIQ requiere un enfoque interdisciplinar en el que las intervenciones no farmacológicas han cobrado creciente importancia. Entre ellas, la fisioterapia

basada en ejercicio terapéutico se considera una estrategia prometedora, por su seguridad y por los beneficios observados sobre los síntomas neuropáticos, la función física y la calidad de vida (Lin et al., 2021; Loprinzi et al., 2020). Se ha demostrado que programas de ejercicio terapéutico multimodal, diseñados de forma individualizada y progresiva, pueden mejorar la intensidad del dolor, la fuerza muscular, la propiocepción y la capacidad funcional tanto durante como después del tratamiento oncológico (Lin et al., 2021; Loprinzi et al., 2020). Se plantea que una combinación de ejercicios de fortalecimiento muscular y equilibrio, junto con ejercicios neurodinámicos, realizada durante al menos 8 semanas, podría mejorar de forma significativa diversos signos y síntomas de la NPIQ (Lin et al., 2021).

4.2.2.4.7. Disfunciones del suelo pélvico

En las mujeres tratadas por cáncer de mama y ginecológico, los diferentes tratamientos —cirugía, quimioterapia, hormonoterapia, radioterapia pélvica y braquirradioterapia— pueden afectar a la salud pélvica por diversos mecanismos (Romay Barrero & Torres-Lacomba, 2022; Torres-Lacomba, Navarro-Brazález, & Arranz-Martín, 2022). La radioterapia pélvica, especialmente cuando incluye braquirradioterapia intracavitaria, se relaciona con consecuencias directas como fibrosis, estenosis y atrofia vaginal, pérdida de lubricación y cicatrices en la región perineal, que pueden desencadenar dispareunia, dolor pélvico y vulvar. Se estima que hasta un 88 % de las mujeres tratadas por cáncer de cérvix o endometrio desarrollan estenosis vaginal tras recibir radioterapia (Romay Barrero & Torres-Lacomba, 2022; Torres-Lacomba, Navarro-Brazález, & Arranz-Martín, 2022). Además, tratamientos como la quimioterapia, la ooforectomía y la hormonoterapia inducen la menopausia, lo que intensifica los síntomas de atrofia urogenital y prolonga sus efectos sobre la función sexual y la calidad de vida (Romay Barrero & Torres-Lacomba, 2022; Torres-Lacomba, Navarro-Brazález, & Arranz-Martín, 2022). Como consecuencia, se favorece el desarrollo del Síndrome Genitourinario de la Menopausia (SGM), definido como “conjunto de síntomas y signos asociados con la disminución de estrógenos y otros esteroides sexuales que se relacionan con cambios en los labios mayores y menores, introito, vestíbulo vulvar, clítoris, vagina, uretra y vejiga” (Portman & Gass, 2014).

Cabe destacar que las DSP constituyen una complicación frecuente y a menudo infradiagnosticada en mujeres tratadas de cáncer ginecológico y de mama, con un impacto considerable en su bienestar físico, emocional y social. Estas alteraciones incluyen IU, IF, POP y dispareunia. La prevalencia de estas disfunciones varía ampliamente debido a diferencias metodológicas entre estudios y a la heterogeneidad de los tratamientos oncológicos recibidos. En mujeres tratadas de cáncer de mama, un estudio longitudinal descriptivo encontró que el 77 % de las participantes presentaban algún grado de disfunción sexual, destacando deseo sexual hipoactivo

(78 %), dispareunia (42 %) y disfunción orgásmica (52 %), con un impacto significativo sobre la calidad de vida (nivel de evidencia moderado, recomendación fuerte) (Córdoba-de Juan, et al., 2019). Además, un 58 % de estas mujeres reportaron síntomas urinarios, principalmente incontinencia urinaria, infecciones urinarias y disuria (Donovan et al., 2012).

La *North American Menopause Society* recomienda como primera línea de tratamiento del Síndrome Genitourinario de la Menopausia el uso de hidratantes y lubricantes vulvovaginales, junto con dispositivos penetrativos como los dilatadores vaginales y la fisioterapia en salud pélvica (Faubion et al., 2018). La fisioterapia en salud pélvica se reconoce como una intervención clave para la prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento de las DSP tras tratamientos oncológicos, tal y como destaca el Libro Blanco de la Fisioterapia Pelvipereineal (Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España, 2024).

Entre las intervenciones fisioterapéuticas con mayor respaldo se encuentran:

- CEMSP, orientada a optimizar la fuerza, la resistencia y la coordinación de la musculatura del suelo pélvico, con especial atención a la fase de relajación de la musculatura del suelo pélvico, ha demostrado ser eficaz para mejorar la continencia urinaria y fecal, así como para potenciar la función sexual (nivel de evidencia moderado, recomendación fuerte) (Brennen et al., 2023; Cyr et al., 2022).
- *Biofeedback* como complemento de la CEMSP, útil para facilitar el aprendizaje motor en mujeres con dificultades para contraer o relajar la musculatura (nivel de evidencia baja, recomendación débil) (Cyr et al., 2021).
- Uso combinado de dilatadores vaginales y CEMSP, con especial énfasis en la fase de relajación de la musculatura del suelo pélvico, recomendado idealmente en los primeros meses tras el tratamiento oncológico para prevenir la estenosis del canal vaginal y la dispareunia (nivel de evidencia baja, recomendación débil) (Araya-Castro et al., 2020).
- Técnicas manuales y miofasciales, orientadas a favorecer la relajación, aliviar el dolor pélvico crónico y mejorar la movilidad de los tejidos blandos (nivel de evidencia baja, recomendación débil) (Hao et al., 2024; Tim & Mazur-Bialy, 2024).

El manejo fisioterapéutico debe enmarcarse en un modelo interdisciplinar que incluya también la educación sanitaria y el acompañamiento emocional, con el objetivo de optimizar la recuperación funcional y la calidad de vida de las mujeres supervivientes de cáncer ginecológico y de mama (Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España, 2024).

4.2.2.5. Fisioterapia en mujeres con problemas de salud mental

La salud mental es un componente fundamental del bienestar integral y su deterioro puede manifestarse en trastornos como la depresión y la ansiedad. La OMS declara que 1 de cada 8 personas en el mundo padece algún trastorno mental, siendo más prevalentes los dos mencionados (Organización Mundial de la Salud, n.d.). Numerosos estudios han evidenciado que la prevalencia de estos trastornos es significativamente mayor en mujeres que en hombres, por ejemplo, en trastornos depresivos se observa que la proporción de sexos (mujeres:hombres) es superior a 1,7 (Zhao et al., 2020). En el caso de los trastornos de la conducta alimentaria (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros trastornos alimentarios), la diferencia es aún más destacable: se estima que entre el 5,5% y el 17,9% de las mujeres jóvenes los padecen, mientras que en varones la prevalencia se sitúa entre el 0,6% y el 2,4% (Silén & Keski-Rahkonen, 2022).

Estas diferencias no solo reflejan factores biológicos, sino también profundos condicionamientos socioculturales que contribuyen a un marcado sesgo de género en la salud mental. Entre estos diferentes factores se pueden encontrar: la influencia de las hormonas sexuales, la respuesta del eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal de las mujeres ante el estrés, los problemas de autoestima en niñas y mujeres (con mayor tendencia a la vergüenza y a la rumiación corporal), las tasas más elevadas de factores estresantes interpersonales (como, por ejemplo, la sobrecarga de los cuidados), la violencia machista experimentada, la presencia de discriminación en todos los ámbitos (personal, laboral, etc.), la presión estética y otros factores que provocan un aumento de su vulnerabilidad psicológica (Riecher-Rössler, 2017). Un trastorno mental se caracteriza por una alteración clínicamente significativa de la cognición, de la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo (Riecher-Rössler, 2017), pero, además del sufrimiento emocional, estos problemas de salud generan importantes consecuencias en el bienestar físico. La depresión se asocia con fatiga, dolor musculoesquelético y alteraciones del sueño (Bair et al., 2003); la ansiedad se manifiesta con tensión muscular, hiperventilación o molestias gastrointestinales (Furness, 2012; McLeod et al., 1986); y los trastornos de la conducta alimentaria afectan el metabolismo, el estado nutricional, la salud ósea y muscular (Misra & Klibanski, 2014; Treasure et al., 2010). Este deterioro físico, en conjunto con el malestar psicológico, puede afectar gravemente la funcionalidad y calidad de vida (Hays, 1995; Moussavi et al., 2007).

En este contexto, la fisioterapia emerge como una disciplina con potencial terapéutico en el ámbito de la salud mental, no solo por sus beneficios físicos, sino también por el impacto en la esfera emocional y en la calidad de vida de las pacientes. Para ello, es importante la inclusión de la figura de un/a fisioterapeuta especialista en salud de la mujer, de forma que las intervenciones sean realizadas con conocimiento sobre los

problemas de fisioterapia más recurrentes en personas del sexo o género femenino, teniendo presente el sesgo de género en salud.

La intervención en fisioterapia, especialmente el ejercicio terapéutico, se ha mostrado efectiva en la mejora de los problemas de salud mental, según diversos estudios (evidencia alta, recomendación fuerte). Por ejemplo, una revisión sistemática publicada en el *Journal of Affective Disorders* encontró que el ejercicio aumenta los niveles circulantes de un biomarcador neurotrófico (el *Brain-Derived Neurotrophic Factor*) y disminuye los de kynuremina en adultos con depresión mayor, lo que sugiere un efecto positivo en los marcadores neuroquímicos asociados con la depresión (da Cunha et al., 2023). Además, un estudio en el *International Journal of Environmental Research and Public Health* indica que el ejercicio físico terapéutico puede mejorar la función ejecutiva en adultos con depresión, abordando así una de las dimensiones cognitivas más afectadas en esta condición (Contreras-Osorio et al., 2022). En esta línea un estudio realizado mediante el método *Basic Body Awareness* aplicado en mujeres con fibromialgia podría haber logrado mejoras preliminares en el dolor, la calidad del movimiento y la ansiedad (Bravo et al. 2018). La fisioterapia también ha mostrado beneficios en trastornos de ansiedad. Un ensayo controlado aleatorizado publicado en *Psychotherapy and Psychosomatics* sugiere que esta intervención, incluyendo ejercicios de resistencia y aeróbicos, es factible y puede reducir los síntomas de preocupación en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada (Mathisen et al., 2020). En el contexto de los trastornos de la alimentación, una revisión sistemática en el *International Journal of Environmental Research and Public Health* reporta mejoras en la fuerza muscular, actitud hacia la alimentación, estado de ánimo y calidad de vida en pacientes con anorexia nerviosa que participaron en intervenciones de fisioterapia (evidencia moderada, recomendación fuerte) (Minano-Garrido et al., 2022).

Estos hallazgos subrayan la importancia de integrar la fisioterapia especializada en el tratamiento de diversas condiciones de salud mental, ofreciendo una alternativa o complemento a las terapias tradicionales, tanto farmacológicas como de psicoterapia (Kim et al., 2019; Rodríguez-Davila & Soto-González, 2017; Yan et al., 2021).

4.2.2.6. Fisioterapia en mujeres supervivientes de violencia sexual

La violencia machista comprende todos aquellos actos de violencia que se ejerce contra las mujeres por su pertenencia al sexo o género femenino. Esta problemática puede producir tanto secuelas físicas como psicológicas en quienes la han sufrido.

Algunas manifestaciones de la **violencia de género** pueden provocar **traumas en la región perineal**, como es el caso de la violencia sexual.

Según datos de la OMS, un 7% de las mujeres han experimentado violencia sexual por parte de personas desconocidas, mientras que un 35% lo han sufrido por parte de personas con quienes tenían o habían tenido una relación (García-Moreno, 2013). En España, viven actualmente 1.322.052 mujeres mayores de 16 años que han sido víctimas de violencia sexual (Ministerio de Igualdad; Secretaría de Estado de Igualdad y Contra la Violencia de Género, 2020). Además, se estima que entre el 10% y el 20% de la población ha atravesado experiencias de abuso sexual durante la infancia (Save the Children España, 2017).

En cuanto a las consecuencias físicas, un 37,8% de las mujeres afectadas informaron haber sufrido lesiones físicas tras un evento de violencia sexual (Ministerio de Igualdad; Secretaría de Estado de Igualdad y Contra la Violencia de Género, 2020). Entre las más frecuentes se encuentran fracturas, daños en la zona abdominal y torácica, trastornos digestivos y dolor crónico. Las complicaciones ginecológicas también son más comunes entre quienes han padecido violencia sexual, siendo tres veces más probables que en la población general. Entre estas, destacan el dolor en la zona pélvica, así como diversas DSP, especialmente problemas en la función sexual. Las mujeres supervivientes reportan menor satisfacción sexual, lo que se relaciona con la falta de deseo, dificultades para lograr el orgasmo, problemas de lubricación y presencia de dolor. Las disfunciones sexuales más frecuentes incluyen los trastornos del dolor genito-pélvico (Ministerio de Igualdad; Secretaría de Estado de Igualdad y Contra la Violencia de Género, 2020; Schalk et al., 2023). Un estudio reveló que un 60% de las participantes percibía afectada su función sexual medio año después de la agresión (Schalk et al., 2023).

Además, la **mutilación genital femenina**, presenta efectos secundarios especialmente peligrosos, como pueden ser: en el medio plazo, el dolor intenso, sangrados, infecciones, úlceras y, en algunos casos, la muerte; a largo plazo, las secuelas sexuales, uroginecológicas y obstétricas, entre otras. En el ámbito sexual, las mujeres que han experimentado mutilación genital femenina pueden presentar baja libido, dificultades durante la excitación o lubricación, dificultad o imposibilidad para alcanzar el orgasmo y dolor durante las relaciones. Las consecuencias uroginecológicas abarcan alteraciones del ciclo menstrual, menstruaciones dolorosas, infecciones urinarias de repetición, dolor al orinar, vejiga hiperactiva, incontinencia y dolor pélvico (Nzinga et al., 2021). Todos estos efectos tienen un profundo impacto en la calidad de vida de las mujeres afectadas.

La Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica se considera el tratamiento de primera elección para las DSP, entre las que se encuentran las disfunciones sexuales y otras arriba mencionadas por su relación con la violencia sexual (Berghmans, 2018; Rosenbaum & Owens, 2008).

A pesar de conocerse los beneficios de la fisioterapia en los mencionados problemas, así como la relación de estos con los eventos de violencia sexual, aún no se han realizado estudios en esta población tan específica, aunque si existe una investigación sobre la percepción de estas mujeres sobre su suelo pélvico y la atención en fisioterapia, que muestra que muchas de estas mujeres reciben apoyo psicológico pero, a menudo, desconocen cómo manejar las consecuencias físicas y los beneficios de la fisioterapia pelvipereineal como tratamiento de estas (Muñoz-Pastor et al., 2021).

Un ejemplo ilustrativo es el caso clínico documentado por Ribeiro et al. (2014), donde una mujer con incontinencia anal secundaria a abuso sexual infantil fue tratada con fisioterapia en salud pélvica. A través de ejercicios específicos y *biofeedback* electromiográfico, se logró una mejora significativa en su continencia, calidad de vida y autonomía (evidencia baja, recomendación débil) (Ribeiro et al., 2015). Este caso evidencia cómo las intervenciones fisioterapéuticas pueden ser una herramienta poderosa para atender las consecuencias físicas y emocionales de mujeres que han sufrido traumas o conviven con trastornos mentales, especialmente cuando estos impactan directamente sobre su salud física.

4.3. Síntesis y perspectivas

En conjunto, la evidencia científica disponible confirma que la Fisioterapia especializada en Salud de la Mujer y Salud Pélvica constituye una intervención altamente eficaz y clínicamente efectiva, respaldada por estudios de calidad y por guías de práctica clínica internacionales. A modo de ejemplo, destacan intervenciones como:

- La fisioterapia basada en ejercicio terapéutico adaptado durante el embarazo para prevenir complicaciones obstétricas y musculoesqueléticas (incluida la DRA) y mejorar los resultados del parto.
- La fisioterapia especializada durante el climaterio y la menopausia para la prevención de osteoporosis, la mejora de la salud cardiovascular, el manejo del síndrome genitourinario de la menopausia y la reducción de los síntomas vasomotores.
- El ejercicio terapéutico en enfermedades cardiovasculares con perspectiva de género y en fibromialgia.
- La CEMSP para la IU, los POP, las disfunciones anorrectales y las disfunciones sexuales.
- Los programas de fisioterapia postparto para prevenir y tratar complicaciones musculoesqueléticas (incluida la DRA).
- La fisioterapia multimodal en dolor pélvico crónico y en el manejo integral del linfedema asociado al cáncer de mama.

- Prehabilitación y fisioterapia multimodal en las secuelas de los tratamientos oncológicos femeninos, que incluyen la fatiga relacionada con el cáncer, el dolor crónico y las DSP, entre otros.

Estas intervenciones han sido seleccionadas como ejemplos representativos de un campo de actuación más amplio y cuentan en su mayoría con un grado de recomendación fuerte, sustentado en revisiones sistemáticas, metaanálisis ensayos controlados de alta calidad. Estos resultados avalan la necesidad de integrar la fisioterapia especializada en los servicios públicos de salud con una perspectiva de género que permita abordar inequidades estructurales en el acceso, la atención y los resultados en salud. Garantizar el acceso equitativo a estas intervenciones es clave para avanzar hacia una igualdad real en el sistema sanitario, especialmente en el abordaje de problemas de salud con elevada prevalencia y fuerte impacto funcional y emocional en la población femenina, masculina e infantil.

4.4. Impacto económico y ahorro sanitario de la especialización

4.4.1. Impacto económico directo e indirecto en el SNS

La especialidad de Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica representa un avance estratégico para la eficiencia, equidad y sostenibilidad del SNS. Esta especialidad genera ahorros directos e indirectos significativos y reduce costes sociales ocultos, al tiempo que optimiza la calidad y la seguridad de la atención.

Si bien la especialidad tiene un eje principal en la atención integral a la salud de la mujer a lo largo de su ciclo vital, la fisioterapia en salud pélvica también aborda, en hombres y población pediátrica, disfunciones urológicas, coloproctológicas, sexuales y de dolor pélvico, ampliando así su impacto en el bienestar de toda la población en el ámbito de la salud pélvica. En mujeres, además, incluye intervenciones coste-efectivas en áreas críticas como los síndromes metabólicos, las enfermedades cardíacas con perspectiva de género y los procesos oncológicos (cáncer de mama y ginecológicos).

Según el Colegio Profesional de Fisioterapeutas de la Comunidad de Madrid (2022), por cada euro invertido en programas de fisioterapia en salud pélvica se recuperan entre 2,1 € y 3,8 €, gracias a la reducción de consultas médicas, ingresos hospitalarios y prescripción de analgésicos. A nivel nacional, la prevención y el tratamiento fisioterapéutico del POP e IU pueden evitar hasta un 35 % de intervenciones quirúrgicas (coste medio por paciente entre 1.200 € y 1.500 €), con un ahorro anual estimado de entre 50 y 70 millones de euros si se incluyen costes indirectos como bajas laborales y pérdida de productividad (Consejería de Sanidad, Junta de Andalucía, 2017).

4.4.2. Salud integral de la mujer: aportación de la especialidad

La especialidad tiene como eje principal la atención integral a la salud de la mujer a lo largo de su ciclo vital. Incluye la prevención y el tratamiento de problemas musculoesqueléticos relacionados con el embarazo y el postparto, programas para el climaterio y la menopausia, así como intervenciones en dolor crónico, prevención de caídas y áreas críticas como:

- *Síndromes metabólicos y enfermedades autoinmunes*: El ejercicio terapéutico supervisado ha demostrado ratios de coste-efectividad muy favorables. Un estudio sueco sobre *Physical Activity on Prescription* mostró un coste por QALY (*Quality-Adjusted Life Year* o Año de Vida Ajustado por Calidad) de 16 771 USD (perspectiva social) y 33 450 USD (perspectiva sanitaria), ambos muy por debajo de los umbrales habituales (Hagberg et al., 2022). El indicador QALY representa una medida estándar en salud pública para evaluar la relación entre coste y beneficio de una intervención, integrando tanto la cantidad como la calidad de vida obtenida. En el sistema británico, el *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) considera generalmente coste-efectivas aquellas intervenciones cuyo coste por QALY ganado es inferior a 30.000 £ (NICE, 2021).

El ensayo FLAMENCO, realizado en mujeres perimenopáusicas, evidenció la viabilidad y la eficacia económica de programas de ejercicio en atención primaria (Carbonell-Baeza et al., 2015).

- *Procesos cardiológicos y oncológicos femeninos*: La rehabilitación cardíaca adaptada a las especificidades de las mujeres ha mostrado ser coste-efectiva, reduciendo hospitalizaciones y mejorando calidad de vida (Grace et al., 2022; Taylor et al., 2017). En oncología, la vigilancia temprana del linfedema post-cáncer de mama reduce el coste anual por paciente de 3.124 USD a 636 USD, además de evitar complicaciones posteriores y reducir absentismo laboral (Stout et al., 2012; McLaughlin et al., 2013).

- *Dolor persistente y fracturas osteoporóticas*: La fisioterapia multimodal es altamente coste-efectiva en el manejo del dolor crónico (fibromialgia y síndrome de dolor pélvico crónico) y puede reducir hasta un 50 % la incidencia de fracturas por fragilidad en mujeres mayores, con ahorros anuales de 20-25 M € en costes quirúrgicos y de rehabilitación (Colegio Profesional de Fisioterapeutas de la Comunidad de Madrid, 2022).

En el contexto perinatal, los protocolos de fisioterapia basados en ejercicio terapéutico y educación sanitaria durante el embarazo y postparto disminuyen un 20 % las complicaciones musculoesqueléticas y un 18 % la prescripción de analgésicos, representando un ahorro anual de entre 8 y 10 millones de euros en atención primaria y especializada (López & Sánchez, 2023).

4.4.3. Evidencia internacional sobre impacto económico, coste-efectividad y sostenibilidad

Además de la evidencia nacional, los datos internacionales refuerzan el valor coste-efectivo y sostenible de esta especialidad. Estudios recientes respaldan la efectividad y eficiencia de la fisioterapia preventiva en salud pélvica. Un análisis australiano demostró que prevenir la IU mediante entrenamiento específico durante el embarazo tiene un coste de 3.300 AUD por caso evitado, frente a los 5.690 AUD necesarios para su tratamiento posterior, generando un ahorro neto por paciente (Brennen et al., 2021). En mujeres mayores, un ensayo clínico concluyó que la fisioterapia estructurada es un 60 % más coste-efectiva que el modelo convencional, con costes anuales por paciente reducidos de 1.453 \$ a 539 \$, sin pérdida de efectividad clínica (Cacciari et al., 2022).

El informe europeo *Socio-economic report: The health, socio-economic and environmental costs of continence problems in the EU* (European Association of Urology, 2023) estima que la carga económica de la IU en la UE alcanzó los 69.100 millones de euros en 2023, con un incremento proyectado del 25 % para 2030 si no se adoptan medidas preventivas. Este coste es cuatro veces superior en mujeres y hasta un 42 % corresponde a costes indirectos como absentismo, presentismo y cuidado informal. El mismo informe subraya el impacto ambiental derivado de los residuos de productos absorbentes, destacando que el reciclaje podría reducir la huella de carbono en 157 millones de kg de CO₂e en 2023 y más de 1.100 millones de kg acumulados hasta 2030.

La experiencia internacional, respaldada por literatura científica reciente, confirma que la fisioterapia especializada en salud de la mujer y salud pélvica es una intervención altamente coste-efectiva y sostenible para los sistemas sanitarios.

En el *Reino Unido*, la implementación de los *Perinatal Pelvic Health Services* (PPHS) logró reducir un 30 % las derivaciones a cirugía pélvica y un 25 % los ingresos hospitalarios por incontinencia urinaria, con un 85 % de satisfacción entre las usuarias (NHS England, 2023a; NHS England, 2023b). Además, la evaluación del programa PROPEL evidenció que la fisioterapia en salud pélvica para mujeres con POP no solo es clínicamente eficaz, sino también eficiente desde el punto de vista económico, al evitar la progresión a intervenciones quirúrgicas invasivas y optimizar los recursos del *National Health Service* (NHS) (Maxwell et al., 2020).

En *Francia*, la *rééducation périnéale* financiada por la *Assurance Maladie* cubre entre 10 y 20 sesiones de fisioterapia tras el parto, previniendo la aparición de

disfunciones severas y reduciendo la necesidad de tratamientos quirúrgicos costosos en fases posteriores.

En *Brasil*, la integración de fisioterapeutas en el Sistema Único de Salud (SUS), especialmente a través de la Lei n.º 14.231/2021, ha permitido desarrollar programas preventivos comunitarios que generan ahorros indirectos al reducir el absentismo laboral y el consumo de fármacos (ABRAFISM, s.f.).

En *Australia*, el sistema público financia hasta 10 sesiones anuales de fisioterapia pélvica mediante el *Medicare Benefits Schedule*, y la creación de clínicas especializadas en endometriosis y dolor pélvico ha mostrado beneficios económicos al reducir los tiempos de diagnóstico y los costes asociados a la atención especializada (Australian Government, 2025).

Un seguimiento a largo plazo del ensayo POPPY concluyó que la CEMSP logra mejoras clínicas sostenidas en mujeres con POP y disminuye significativamente la necesidad de cirugías (Fenocchi et al., 2023). De forma similar, un ensayo en los Países Bajos mostró que la fisioterapia pélvica para POP es más coste-efectiva que la estrategia de “espera vigilante”, optimizando el uso de recursos sanitarios (Panman et al., 2017). En Canadá, un análisis económico reveló que los programas grupales de entrenamiento del suelo pélvico son un 60 % más rentables que los individuales, manteniendo resultados clínicos equivalentes y logrando una reducción significativa de costes tanto para pacientes como para proveedores (Cacciari et al., 2022).

Además, diversos estudios señalan que las intervenciones fisioterapéuticas pueden reducir significativamente la necesidad de tratamientos farmacológicos crónicos e intervenciones quirúrgicas evitables. Por ejemplo, la *European Region of World Physiotherapy* destaca que la fisioterapia en atención primaria, especialmente cuando es ejercida por fisioterapeutas con formación avanzada, permite evitar derivaciones innecesarias, reduce el consumo de medicamentos y mejora los resultados clínicos con menor coste (ER-WPT, 2018). Esta evidencia refuerza la necesidad de integrar la fisioterapia especializada en todos los niveles asistenciales, incluido el hospitalario, como muestra la guía NICE NG94 (NICE, 2018).

En conjunto, estos datos evidencian que la incorporación de fisioterapeutas especializados en salud pélvica no solo mejora la calidad de vida de la población, sino que también constituye una estrategia coste-efectiva y esencial para garantizar la sostenibilidad financiera y social de los sistemas de salud públicos.

4.4.4. Retorno económico y sostenibilidad del SNS

Un análisis reciente de contabilidad sanitaria sitúa la ratio de retorno económico global de la especialización en torno a 1:2,5, considerando los ahorros en pruebas de imagen, consultas de especialistas y reingresos (Martínez & Ruiz, 2024). Estos datos confirman que la especialidad no solo es clínicamente eficaz y coste-efectiva, sino que constituye un elemento clave para la sostenibilidad económica, social y ambiental del SNS.

4.4.5. Síntesis: una especialidad estratégica y coste-efectiva

Estos datos, actualizados y respaldados por fuentes nacionales, autonómicas e internacionales, ponen de manifiesto que la especialidad de Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica no solo optimiza la calidad y la seguridad de la atención, sino que también demuestra ser claramente coste-efectiva. Además, permite incorporar el verdadero coste social de patologías prevalentes —como la incontinencia urinaria, entre otras— que suelen estar infravaloradas en los análisis económicos convencionales, reforzando así la sostenibilidad financiera, social y ambiental del SNS. Su implementación constituye no solo una mejora asistencial, sino una inversión estratégica imprescindible para garantizar la sostenibilidad del SNS.

El apartado 4.5 profundiza en modelos internacionales de referencia que han logrado integrar con éxito la fisioterapia especializada en sus sistemas sanitarios, ofreciendo estrategias organizativas y de financiación que pueden servir de guía para su adaptación al contexto nacional.

4.5. Modelos internacionales de referencia en la especialización de Fisioterapia de Salud de la Mujer y Salud Pélvica

Las experiencias internacionales muestran cómo la fisioterapia especializada y de práctica avanzada en salud de la mujer y salud pélvica puede integrarse con éxito en sistemas sanitarios públicos y mixtos, combinando formación avanzada, acreditación profesional y financiación sostenible.

A continuación, se presentan algunas experiencias representativas que ilustran distintas estructuras organizativas y estrategias de implementación. El análisis detallado de su impacto económico se desarrolla en el subapartado 4.4.

4.5.1. Reino Unido: Integración nacional en el NHS y formación avanzada en salud de la mujer y salud pélvica

En el Reino Unido, la especialización en Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica está completamente integrada en el sistema público de salud (NHS), con un recorrido profesional jerarquizado y consolidado desde hace décadas. La *Pelvic, Obstetric and Gynaecological Physiotherapy* (POGP), fundada en 1948, fue la primera organización profesional formal dedicada a esta área, y ha desempeñado un papel clave en su desarrollo clínico y formativo.

Los fisioterapeutas especializados colaboran estrechamente con los servicios de ginecología, urología, obstetricia y atención primaria, tanto en el entorno hospitalario como en centros comunitarios. La figura del *First Contact Practitioner* permite que estos profesionales actúen como primer punto de contacto del paciente, con capacidad para valorar, intervenir y derivar cuando sea necesario, dentro de un marco multidisciplinar bien estructurado.

En 2023, cinco hospitales piloto ampliaron estos servicios a la población masculina, incorporando fisioterapia en salud pélvica para hombres con disfunción urinaria post-prostatectomía y dolor pélvico crónico, con resultados clínicos positivos en términos de calidad de vida (NHS England, 2023a).

La trayectoria profesional incluye:

- Formación universitaria general (*BSc Hons*)
- Rotaciones clínicas al finalizar el grado
- Acceso a másteres oficiales de 180 créditos ECTS, como los impartidos por la *Brunel University* (actualmente) o la *University of Bradford* (anteriormente)
- Formación continua acreditada por la *POGP* y otras sociedades científicas

El desarrollo profesional se articula según las bandas de competencia del NHS:

- *Band 6–7: Enhanced Clinical Practitioner*
- *Band 8+: Advanced Clinical Practitioner*, que incorpora competencias avanzadas como la prescripción de medicamentos o el uso de ecografía diagnóstica.

4.5.2. Francia: Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica integrada en atención primaria y especializada

En Francia, la fisioterapia en salud pélvica está plenamente integrada en el sistema sanitario como un servicio esencial a lo largo del ciclo vital femenino. Todas las mujeres que han dado a luz, ya sea por parto vaginal o cesárea, tienen derecho a entre 10 y 20 sesiones de fisioterapia perineal (*rééducation périnéale*), prescritas por su

médico y financiadas en su totalidad por la *Assurance Maladie* y las Agencias Regionales de Salud. Estas intervenciones se ofrecen en consultas ambulatorias, centros de salud, clínicas privadas y unidades hospitalarias de uroginecología y obstetricia, garantizando un abordaje integral y multidisciplinar de la salud de la mujer y salud pélvica. Este modelo constituye un referente europeo de calidad asistencial y equidad, al combinar acceso universal con resultados clínicos y económicos contrastados. Esta intervención no sólo es rutinaria, sino que se sustenta en una base científica sólida: diversas revisiones sistemáticas recientes confirman que el entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico - también denominado CEMSP - supervisado es una intervención eficaz para el tratamiento de la IU en mujeres, reduciendo significativamente los síntomas y mejorando la calidad de vida. Alouini et al. (2022) destacan que esta CEMSP, con o sin *biofeedback*, logra tasas de mejora superiores al 60 % en la continencia y la fuerza muscular de los músculos del suelo pélvico. Por su parte, Curillo-Aguirre y Gea-Izquierdo (2023) muestran que esta CEMSP produce una mejora moderada en la calidad de vida, especialmente en dominios como la actividad social y la percepción de salud general. Asimismo, Kharaji et al. (2023) subrayan que los programas supervisados de CEMSP son más efectivos que los no supervisados para potenciar la fuerza muscular del suelo pélvico y optimizar la calidad de vida de las mujeres. Esto refuerza la pertinencia de su inclusión sistemática bajo supervisión profesional en el postparto (ver subapartado 4.2.).

En el sistema de salud francés, los *Diplôme Universitaire en Reeducción Perineal* y el Máster en Uroginecología son títulos oficiales regulados por el Ministerio de Educación Superior y de Investigación y financiados mediante convenios con la Seguridad Social. Cada título universitario de posgrado comprende 120 horas teóricas y 180 horas prácticas, incluidas en la lista nacional de formaciones sanitarias.

4.5.3. Países Bajos. Profesionalización avanzada y acceso directo a fisioterapia

En los Países Bajos, todos los fisioterapeutas deben estar inscritos en el *Kwaliteitsregister Fysiotherapie* (KRF NL), que exige renovación del título cada cinco años aportando formación continua y práctica clínica acreditada (*Kwaliteitshuis Fysiotherapie*, 2024). Para ejercer como fisioterapeuta especialista en salud pélvica (*bekkenfysiotherapeut*), es necesario completar un máster profesionalizante de tres años en universidades como *SOMT University of Physiotherapy* y registrarse en un subregistro especializado dentro del KRF NL (*SOMT University of Physiotherapy*, s.f.). Aunque el título de “fisioterapeuta pélvico” no está legalmente protegido, sólo los profesionales con esta formación pueden aplicar procedimientos específicos y acceder a códigos de tratamiento que permiten reembolsos diferenciados por parte de las aseguradoras sanitarias (*Nederlandse Vereniging voor Bekkenfysiotherapie*, 2023). Desde 2006, el sistema sanitario neerlandés permite el acceso directo a fisioterapia sin necesidad de una derivación médica, lo que facilita la atención rápida y eficaz (*Leemrijse et al.*, 2008). No obstante, tanto médicos de atención primaria como

especialistas hospitalarios siguen derivando habitualmente a estos profesionales, lo que refleja su integración plena en los circuitos asistenciales y su reconocimiento como referentes en el abordaje de disfunciones pélvicas (Swinkels et al., 2014). Esta eficacia ha sido respaldada por ensayos clínicos recientes: un seguimiento a 12 años de un ensayo controlado aleatorizado mostró que la CEMSP puede mantener resultados comparables a la cirugía de malla en casos de IU moderada a severa, con menos complicaciones a largo plazo (van Oorschot et al., 2025). Asimismo, el ensayo multicéntrico neerlandés FORCE ha demostrado que los programas de fisioterapia en salud pélvica tras cirugía de cáncer rectal mejoran de forma sostenida la función anorectal y la calidad de vida, subrayando el valor añadido de estos servicios en contextos oncológicos complejos (Bosch et al., 2024).

4.5.4. Portugal: Integración progresiva en hospitales públicos y formación especializada y avanzada

En Portugal, la fisioterapia en salud pélvica ha experimentado un notable desarrollo en los últimos años, integrándose progresivamente en el sistema público de salud. Fisioterapeutas especializados forman parte de equipos multidisciplinares en Unidades Funcionales de Ginecología, Obstetricia y Urología en hospitales como el Centro Hospitalar Universitário de São João y el Hospital de Santa Maria, así como en centros de salud primarios del Servicio Nacional de Salud (SNS), mediante protocolos clínicos que contemplan la derivación a fisioterapia en el seguimiento obstétrico, postquirúrgico y oncológico (Ordem dos Fisioterapeutas, 2023; SNS Portugal, 2023). Este modelo ofrece atención tanto a mujeres (embarazo, postparto, disfunciones urinarias y anorrectales) como a hombres tras prostatectomía, reflejando un enfoque cada vez más inclusivo. La evidencia científica nacional respalda este abordaje: un estudio realizado en Portugal mostró que la CEMSP durante el embarazo mejora significativamente la fuerza muscular perineal y reduce el riesgo de incontinencia urinaria, subrayando la eficacia preventiva de estas intervenciones cuando se integran en el seguimiento clínico obstétrico (Pires, Costa & Viana, 2020). Desde 2018, instituciones como la Escola Superior de Saúde do Alcoitão y la Universidade do Porto ofrecen programas de posgrado en Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica (60 ECTS y 200 horas de prácticas clínicas en unidades del SNS), cofinanciados en un 75 % por el Ministerio de Salud y las Administraciones Regionales de Salud, lo que garantiza formación especializada y acceso a puestos asistenciales en áreas como obstetricia y uroginecología (ESSAlcoitão, 2023; Universidade do Porto, 2023).

4.5.5. Alemania: Formación avanzada y cobertura parcial en salud pélvica

En Alemania, la Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica está reconocida como un área de especialización y de práctica avanzada dentro de la fisioterapia clínica, con presencia consolidada en clínicas uroginecológicas, unidades de rehabilitación funcional y servicios de atención primaria. Estas intervenciones pueden ser prescritas

por profesionales médicos y están parcialmente cubiertas por el seguro médico obligatorio (*Gesetzliche Krankenversicherung*, GKV), a través del sistema de recetas de fisioterapia. Esto facilita el acceso a programas de rehabilitación dirigidos a mujeres en el postparto, población con dolor pélvico crónico, disfunción sexual o secuelas de cirugías ginecológicas, así como a hombres con disfunción urinaria tras prostatectomía (Physiotherapie Ulrike Keller, 2025).

Además, la *Beckenbodenschule*® (Escuela de Salud Pélvica), un programa preventivo acreditado, está reconocido según la normativa § 20 del *Sozialgesetzbuch* (SGB V) y puede ser reembolsado parcialmente por las *Krankenkassen* (AG GGUP – FiHH, 2022).

En cuanto a la formación, la *Deutsche Gesellschaft für Physiotherapie* (ZVK) y centros especializados acreditados ofrecen programas avanzados de formación continua (*Weiterbildung*) en Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica. Estos incluyen módulos teóricos y prácticos en uroginecología, fisioterapia perineal, abordaje del dolor pélvico y educación terapéutica (Döpfer Akademie, 2026).

Este modelo mixto de formación y financiación refuerza el papel del fisioterapeuta especializado como integrante activo del sistema sanitario alemán, particularmente en el abordaje de condiciones prevalentes con alto impacto funcional.

4.5.6. Austria: formación específica, integración clínica y consolidación progresiva

En Austria, la Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica se consolida como un área de especialización y práctica avanzada, especialmente en el contexto hospitalario y ambulatorio. Tras la titulación de grado, los fisioterapeutas pueden acceder a esta especialización mediante formación adicional estructurada, ofrecida por sociedades científicas, colegios profesionales y centros acreditados de formación continuada.

Las intervenciones en salud pélvica —que incluyen el tratamiento del dolor pélvico crónico, la incontinencia urinaria y fecal, las disfunciones sexuales y la rehabilitación postparto— pueden ser prescritas por médicos y están incluidas en el catálogo de prestaciones reembolsables por los seguros públicos de salud (*Gebietskrankenkassen*). En el ámbito de la obstetricia, se contemplan también programas de preparación y recuperación postparto, así como tratamientos preventivos para evitar complicaciones del suelo pélvico.

En la práctica asistencial, los fisioterapeutas especializados trabajan estrechamente con ginecología, urología, obstetricia y, en algunos casos, proctología, participando tanto en hospitales como en servicios ambulatorios. Esta integración favorece un abordaje interdisciplinar y facilita la continuidad asistencial a lo largo del ciclo vital femenino, desde la adolescencia hasta la menopausia y el envejecimiento.

Si bien la práctica avanzada no está formalmente reconocida como una categoría profesional diferenciada, muchas de las funciones desempeñadas —valoración autónoma, diseño de planes de tratamiento individualizados, seguimiento de resultados y participación en equipos multidisciplinares— responden a los criterios establecidos por *World Physiotherapy* para la práctica especializada y avanzada (World Physiotherapy, 2023). Asimismo, existe un reconocimiento social y profesional creciente de la importancia de esta área, reflejado en la oferta estable de cursos de postgrado y la inclusión sistemática de la salud pélvica en programas hospitalarios y comunitarios.

4.5.7. Brasil: Especialidad oficial y fisioterapeutas en maternidades del sistema público

En Brasil, la Fisioterapia en Salud de la Mujer es una especialidad y práctica avanzada oficialmente reconocida por el Consejo Federal de Fisioterapia y Terapia Ocupacional (COFFITO) mediante las resoluciones n.º 372/2009 y n.º 401/2011, estructurada en cinco subáreas: ginecología, obstetricia, mastología, coloproctología y disfunción sexual femenina (COFFITO, 2009, 2011). Concebida como una disciplina integral dentro del SUS, esta especialidad abarca el ciclo vital femenino completo, incluyendo la atención durante el embarazo, el trabajo de parto, el postparto, los trastornos funcionales del suelo pélvico y el dolor crónico. Los fisioterapeutas especializados están plenamente integrados en maternidades públicas y en Unidades Básicas de Saúde, donde forman parte de equipos multiprofesionales. Su intervención incluye programas de prevención y promoción de la salud materno-infantil, asistencia durante el trabajo de parto con técnicas de analgesia no farmacológica, recuperación posnatal y rehabilitación de disfunciones pélvicas (ABRAFISM, s.f.; Hospital Materno-Infantil de Ilhéus, 2023; Souza & Vieira, 2024).

El acceso a estos servicios puede producirse mediante derivación médica, principalmente de ginecólogos, obstetras o médicos generalistas de la red pública, aunque también existen programas comunitarios donde las mujeres pueden acceder directamente a la Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica en actividades grupales o talleres de educación en salud. Esta integración ha sido reforzada por la Lei n.º 14.231/2021, que establece la incorporación de fisioterapeutas en los equipos de la *Estratégia Saúde da Família*, ampliando su papel en la atención primaria (Revista FT, 2024).

La formación especializada y avanzada se articula mediante dos vías oficiales: la residencia multiprofesional de dos años (1.600 horas), financiada principalmente por el SUS, y los programas de posgrado lato sensu de al menos 360 horas, acreditados por el Ministerio de Educación (ABRAFISM, s.f.). Estas formaciones incluyen módulos específicos en áreas emergentes como la oncología femenina y la urología masculina, ampliando las competencias de los profesionales egresados. Desde el punto de vista

clínico, la evidencia es sólida: una revisión sistemática Cochrane (2025) confirmó que la CEMSP combinada con *biofeedback* mejora significativamente los resultados en mujeres con IU en comparación con el entrenamiento sin asistencia tecnológica, aunque los autores recomiendan más estudios para aislar el efecto específico del *biofeedback* respecto a otros factores clínicos (Fernandes et al., 2025).

4.5.8. Australia: Acreditación avanzada y reembolso mediante Medicare

En Australia, la fisioterapia en salud pélvica forma parte del itinerario profesional respaldado por la *Australian Physiotherapy Council*, que acredita programas de formación especializada y avanzada, y prácticas clínicas supervisadas (Australian Physiotherapy Council, s.f.). El *Medicare Benefits Schedule* incluye desde 2025 el ítem 10960, que permite el reembolso de hasta 10 sesiones anuales de fisioterapia especializada en salud pélvica cuando están prescritas por un médico dentro de un Plan de Manejo de Enfermedad Crónica, evidenciando su integración oficial en el sistema sanitario público (Australian Government Department of Health, 2025). Además, la *Australian Physiotherapy Association* (APA) organiza una división dedicada (*Women's, Men's & Pelvic Health Group*), que participa activamente en defensa profesional, formación continua y desarrollo de acreditación específica en uroginecología y DSP (APA, 2025).

A nivel clínico, se ha impulsado la creación de clínicas especializadas, como las *Endometriosis and Pelvic Pain Clinics*, con 33 centros planificados para 2027, lo que refuerza el acceso multidisciplinar y reduce los tiempos de diagnóstico (Australian Government, 2025). Desde una perspectiva preventiva y coste-efectiva, un estudio de Brennen et al. (2021) concluyó que ofrecer CEMSP durante el embarazo es clínicamente eficaz y más costo-efectivo que intervenir solo en el postparto, ya que reduce la incidencia y severidad de la incontinencia antes del nacimiento, previniendo tratamientos más complejos posteriormente. El análisis económico detallado de este modelo se ha presentado en el subapartado 4.4.4.

Las propuestas de la APA para ampliar la cobertura de Medicare buscan incorporar estos servicios durante el embarazo, la perimenopausia, la menopausia y el tratamiento del dolor pélvico, destacando su potencial para mejorar los resultados en salud y optimizar el uso de recursos sanitarios (APA, 2024; APA, 2025).

Además, en contextos como el australiano, se ha documentado la eficacia de modelos de práctica avanzada liderados por fisioterapeutas especializados en continencia y salud de la mujer. Estos modelos han demostrado una reducción significativa en las derivaciones a cirugía, mejoras en la eficiencia de los circuitos asistenciales y una mayor satisfacción de los pacientes, consolidando el papel del fisioterapeuta como profesional clave en el triaje y manejo inicial de patologías benignas del suelo pélvico (Mungovan et al., 2021).

4.5.9. Estados Unidos de América: Certificación profesional y Fisioterapia en Salud de la Mujer y Pélvica en sistemas aseguradores

En Estados Unidos, la especialidad y práctica avanzada *Women's Health Clinical Specialist*, certificada por el *American Board of Physical Therapy Specialties* (ABPTS), está plenamente reconocida a nivel nacional y cuenta con requisitos bien definidos: experiencia clínica acumulada en el área, formación acreditada, y superación de un examen nacional estandarizado (ABPTS, s.f.). Esta certificación formaliza la competencia avanzada de los fisioterapeutas en ámbitos como la salud pélvica, el embarazo y postparto, los cánceres ginecológicos y de mama, la disfunción urinaria, el dolor pélvico crónico y las secuelas postquirúrgicas.

La evidencia clínica que respalda esta práctica es sólida. Por ejemplo, el ensayo clínico aleatorizado ESTEEM demostró que, en mujeres con síntomas urinarios severos de urgencia, la combinación de cirugía con fisioterapia en salud pélvica era una intervención coste-efectiva, mejorando significativamente los resultados clínicos (Harvie et al., 2021). Asimismo, estudios recientes han mostrado que los programas grupales pueden ser tan eficaces como los individuales en determinadas intervenciones, lo que refuerza la eficiencia del sistema (De Mattos Lourenção et al., 2022).

Además, los servicios de fisioterapia en salud pélvica están integrados en el sistema de salud estadounidense mediante su cobertura por Medicare y por aseguradoras privadas, siempre que exista indicación médica. Intervenciones como el *biofeedback*, la electroestimulación de la musculatura del suelo pélvico, la CEMSP o la educación terapéutica son reembolsadas mediante códigos específicos del sistema CPT (CMS, 2000).

En conjunto, esta especialidad y práctica avanzada está plenamente consolidada en el sistema sanitario de Estados Unidos, con un recorrido profesional bien estructurado, reconocimiento institucional, respaldo financiero y evidencia científica que avala su impacto positivo en la salud femenina y pélvica.

Hacia un modelo español de excelencia y equidad

La experiencia acumulada en países con sistemas sanitarios públicos y mixtos demuestra que la especialización oficial en Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica no solo mejora de forma significativa los resultados clínicos y la calidad de vida, sino que también optimiza la eficiencia en el uso de los recursos y garantiza la equidad en el acceso a intervenciones basadas en la evidencia. La integración estructurada de esta especialidad en el SNS permitiría prevenir complicaciones, reducir costes asociados a tratamientos farmacológicos y quirúrgicos, y disminuir el impacto socioeconómico y ambiental de patologías prevalentes. Estas incluyen no solo las DSP —como la IU e IF, el dolor pélvico crónico o POP—, sino también problemas de salud específicos de la mujer, como las secuelas de los cánceres ginecológicos y de mama, las alteraciones musculoesqueléticas relacionadas con el embarazo y el postparto, el síndrome genitourinario de la menopausia, la osteoporosis y el dolor crónico en el climaterio.

La adaptación al contexto español, siguiendo las mejores prácticas internacionales, implicaría desarrollar un marco formativo y acreditativo oficial, asegurar su presencia en todos los niveles asistenciales —desde la atención primaria hasta el entorno hospitalario y comunitario— y establecer vías de financiación sostenibles que reconozcan su impacto coste-efectivo. Este modelo permitiría situar al SNS como referente europeo en excelencia asistencial, sostenibilidad y equidad, con un abordaje integral que contemple la salud de las mujeres a lo largo de todo el ciclo vital y la salud pélvica de mujeres, hombres y población pediátrica.



AEF·SAMU

Asociación Española
de Fisioterapeutas
en Salud de la Mujer
y Salud Pélvica

DOCUMENTO MARCO 2025

5

CAPÍTULO

PLAN DE IMPLEMENTACIÓN

5. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN

El presente plan de implementación propone las fases previstas para la **futura implantación de la especialidad en Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica**, conforme al **marco jurídico** establecido en la **Ley 44/2003, de 21 de noviembre**, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, el **Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero**, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada, y el **Real Decreto 589/2022, de 19 de julio**, que regula la formación transversal y los criterios para la propuesta y creación de nuevos títulos de especialista o diplomas de área de capacitación específica.

Este marco normativo habilita su futura creación, pero no implica su aplicación automática a todas las profesiones sanitarias, siendo necesario que la especialidad sea aprobada mediante un Real Decreto específico que establezca su estructura y desarrollo formativo dentro del Sistema Nacional de Salud.

La propuesta de implementación de la especialidad en Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica exige un planteamiento estratégico y escalonado que garantice tanto la formación de profesionales altamente cualificados como la consolidación de unidades asistenciales especializadas dentro del SNS.

Esta propuesta se apoya en los principios de equidad, calidad asistencial y sostenibilidad sanitaria expuestos en los apartados anteriores (ver capítulos 2, 3 y 4 de este documento), donde se detalla el contexto epidemiológico, la justificación clínica y el marco normativo que respaldan la necesidad de esta especialidad.

5.1. Vías para la formación y acreditación profesional

Como se expone en el Capítulo 3, la especialidad en Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica se sustenta en un marco jurídico sólido que permite su incorporación al catálogo oficial de especialidades sanitarias, conforme a la Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, y al Real Decreto 589/2022, de 19 de julio, que regula la Formación Sanitaria Especializada (FSE) y los criterios para la creación, revisión y supresión de títulos de especialista en Ciencias de la Salud.

De acuerdo con esta normativa, la **vía FIR** (Formación Sanitaria Especializada en régimen de residencia) constituye el único itinerario oficial para la obtención del título de **Especialista en Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica**. No obstante, durante el proceso de implantación de la especialidad, podrán coexistir otras dos vías complementarias que faciliten tanto la incorporación progresiva de nuevos especialistas como el reconocimiento de profesionales con experiencia previa:

- a) la vía FIR, como vía oficial y reglada de formación especializada en régimen de residencia;
- b) la vía transitoria de reconocimiento profesional, dirigida a fisioterapeutas con experiencia y formación avanzada en el área, mientras se completa la implantación de la especialidad; y
- c) la vía universitaria, como itinerario académico avanzado y complementario que contribuye al desarrollo de competencias y puede ser objeto de reconocimiento parcial dentro del programa FIR.

Este modelo integral y su oficialización permitirán garantizar la calidad y la seguridad asistencial, al tiempo que protegen a las personas usuarias, evitando que profesionales sin capacitación acreditada intervengan en áreas clínicas complejas —como la valoración y el tratamiento del suelo pélvico— y asegurando una práctica basada en la evidencia científica y en los estándares internacionales de calidad definidos por *World Physiotherapy* y la IOPPWH (World Physiotherapy, 2019; IOPPWH, 2023).

a) Vía FIR – Formación Sanitaria Especializada (oficial y reglada)

La vía FIR constituye el único itinerario oficial para la obtención del título de Especialista en Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica, conforme a la Ley 44/2003 y al Real Decreto 589/2022, que regulan la Formación Sanitaria Especializada en Ciencias de la Salud.

El acceso se realizará mediante convocatoria estatal anual de pruebas selectivas convocadas por el Ministerio de Sanidad, en igualdad de condiciones con el resto de las titulaciones sanitarias. Las personas aspirantes deberán poseer el título de Grado en Fisioterapia y superar la prueba nacional de acceso.

La formación se desarrollará en unidades docentes acreditadas (ver apartado 5.2), dentro del SNS, bajo contrato laboral especial de residencia y con evaluación continuada de competencias.

El plan formativo oficial, recogido en el Anexo I de este Documento Marco, definirá la duración, los objetivos y las competencias específicas, en coherencia con los artículos 10 y 11 del Real Decreto 589/2022.

La superación del programa dará derecho al título oficial de Especialista en Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica, expedido por el Ministerio de Sanidad.

b) Vía transitoria de reconocimiento profesional

Hasta la implantación completa de la vía FIR, se establecerá una **vía transitoria de acceso** dirigida a fisioterapeutas que ya ejerzan en el ámbito de la salud de la mujer

y la salud pélvica, con el fin de reconocer la competencia profesional adquirida antes de la creación oficial de la especialidad.

Prevista en la Disposición Transitoria Única del Real Decreto 589/2022, esta vía permitirá la obtención del título de especialista a profesionales que acrediten una formación avanzada, experiencia asistencial, docencia universitaria y/o actividad investigadora en el área, garantizando la continuidad y legitimación de quienes han contribuido al desarrollo de este campo.

El procedimiento será convocado y resuelto por el Ministerio de Sanidad, conforme a los criterios que se establezcan reglamentariamente, con el asesoramiento del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, del Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España y de las sociedades científicas y académicas competentes, entre ellas la Asociación Española de Fisioterapeutas en Salud de la Mujer y Salud Pélvica (AEF-SAMU). Esta participación garantizará que los criterios de evaluación y reconocimiento reflejen la realidad profesional, docente y asistencial del colectivo, en coherencia con el modelo colaborativo aplicado en otras especialidades sanitarias.

El proceso podrá contemplar un sistema estructurado de evaluación, basado en la revisión de un portafolio profesional, la valoración de la formación específica y, en su caso, la evaluación de competencias clínicas mediante una prueba teórico-práctica, conforme a los criterios que determine la orden ministerial que lo regule. Esta propuesta se inspira en modelos europeos de reconocimiento profesional y en la Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales, y se alinea con las recomendaciones de *World Physiotherapy* (2019) sobre desarrollo profesional avanzado y calidad asistencial.

Esta vía transitoria actuará como un mecanismo de cohesión y legitimación profesional, asegurando que los fisioterapeutas en ejercicio con trayectoria consolidada puedan ser reconocidos sin perder su competencia ni su identidad profesional durante el proceso de transición hacia el modelo de residencia. Además, permitirá preservar el conocimiento clínico, docente e investigador acumulado en el ámbito de la fisioterapia en salud de la mujer y la salud pélvica, favoreciendo la mentorización de los futuros residentes FIR y la transferencia de buenas prácticas dentro del SNS.

c) Vía universitaria – Formación académica avanzada y complementaria

Aunque la **vía FIR** constituye el **único itinerario oficial para la obtención del título de especialista**, la formación universitaria oficial desempeña un papel esencial en la preparación y desarrollo de las competencias avanzadas requeridas para el acceso y la progresión en la formación sanitaria especializada. Ambos sistemas —universitario y sanitario— se conciben de forma

complementaria y coherente, conforme a los principios de continuidad formativa establecidos en la Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, y al marco competencial previsto en el Real Decreto 589/2022.

Esta vía incluye los programas de máster universitario y doctorado acreditados por la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA), que proporcionan formación avanzada basada en la evidencia científica y con un enfoque integrador de la práctica clínica, la investigación y la innovación docente.

Programas como el Máster Universitario en Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica (Universidad de Alcalá; BOE n.º 54/2024) o el Máster Universitario en Fisioterapia en Disfunciones del Suelo Pélvico (Universidad de Castilla-La Mancha; BOE n.º 127/2021) son ejemplos consolidados de formación profesionalizante de excelencia.

Ambos ofrecen 60 créditos ECTS, integran contenidos teórico-prácticos, prácticas clínicas basadas en la evidencia y un Trabajo Fin de Máster orientado a la investigación aplicada y a la mejora de la calidad asistencial.

Conforme al artículo 26 del Real Decreto 589/2022, los créditos cursados en programas universitarios oficiales podrán ser reconocidos parcialmente dentro del itinerario de la formación sanitaria especializada (vía FIR), siempre que exista correspondencia de competencias y según determinen los procedimientos que se establezcan reglamentariamente.

La resolución de estos reconocimientos corresponderá al Ministerio de Sanidad, previo informe del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud y del Ministerio de Universidades, en coordinación con las universidades que impartan programas oficiales relacionados con la especialidad. De esta forma, la formación universitaria se configura como una vía de integración y armonización entre el sistema universitario y la formación sanitaria especializada, reforzando la coherencia competencial del futuro programa FIR.

Para garantizar dicha coherencia, se impulsará la colaboración permanente entre los órganos competentes y las universidades que desarrollan programas oficiales en el ámbito de la Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica. Asimismo, se promoverá el asesoramiento técnico y profesional del Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España y de las sociedades científicas del área, como la AEF-SAMU, con el fin de mantener la alineación entre los contenidos académicos, las competencias clínicas y las necesidades asistenciales del SNS, garantizando la correspondencia entre la práctica profesional y la formación universitaria avanzada.

En conjunto, la vía universitaria complementa y refuerza la especialización FIR, contribuyendo al desarrollo de itinerarios integrados de formación avanzada, a la



formación de futuros tutores clínicos e investigadores y a la transferencia de conocimiento entre el ámbito académico y el sanitario. Su articulación dentro del marco de los estándares europeos de calidad y las recomendaciones de *World Physiotherapy* consolida la coherencia internacional del modelo formativo y refuerza el reconocimiento académico y profesional de la fisioterapia especializada en salud de la mujer y salud pélvica.

Estas vías permitirán generar una masa crítica de profesionales especializados, capaces de responder a las necesidades asistenciales identificadas en el SNS y en la población (véase Capítulo 2).

Todas ellas confluirán en la creación de un Registro Nacional de Fisioterapeutas Especialistas en Salud de la Mujer y Salud Pélvica, gestionado por el Ministerio de Sanidad en coordinación con el Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España, las sociedades científicas competentes —como la AEF-SAMU— y las universidades vinculadas al ámbito formativo.

Este registro certificará las competencias profesionales, garantizará estándares homogéneos de práctica clínica avanzada, ofrecerá seguridad jurídica en el ejercicio especializado y servirá como instrumento de calidad y transparencia dentro del Sistema Nacional de Salud.

En conjunto, las vías descritas configuran un modelo integral de formación y acreditación profesional en Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica, alineado con la Ley 44/2003 y el Real Decreto 589/2022. La implantación de la vía FIR como itinerario oficial garantizará la homogeneidad, la calidad y la seguridad asistencial en la atención especializada, mientras que la vía transitoria de reconocimiento profesional permitirá integrar y legitimar la experiencia de los fisioterapeutas que ya desarrollan su labor en este ámbito. Por su parte, la vía universitaria reforzará la coherencia entre el sistema universitario y la formación sanitaria especializada, impulsando la investigación, la docencia y la transferencia de conocimiento entre ambos entornos.

De este modo, el modelo propuesto se orienta a mejorar la salud de las mujeres a lo largo de todo el ciclo vital, así como la de las personas con alteraciones de la salud pélvica, incluidos los hombres y la población pediátrica, contribuyendo a una atención integral, inclusiva y basada en la evidencia en todos los niveles del SNS.

Esta propuesta formativa y de acreditación se alinea con las recomendaciones internacionales de la Organización Mundial de la Salud, especialmente en el marco del programa *Rehabilitation 2030* y el *Rehabilitation Competency Framework*, que instan a los Estados a identificar, formar e integrar perfiles profesionales con competencias específicas para cubrir áreas prioritarias de salud —como la salud

pélvica y la salud de la mujer— dentro de los sistemas públicos de atención sanitaria (World Health Organization, 2017; World Health Organization, 2021).

5.2. Creación y acreditación de Unidades Docentes de Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica en el Sistema Nacional de Salud

En coherencia con la **vía FIR** descrita en el Real Decreto 589/2022, la futura especialidad en Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica requerirá la creación y acreditación de unidades docentes dentro del SNS, que garanticen la formación sanitaria especializada en régimen de residencia.

Estas unidades actuarán simultáneamente como centros asistenciales de referencia y como espacios docentes e investigadores, donde los fisioterapeutas residentes desarrollarán su itinerario formativo y adquirirán las competencias profesionales de la especialidad.

La estructura organizativa de la formación sanitaria especializada en Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica se ajustará a lo establecido en el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.

Este **Real Decreto** regula la composición y funciones de las Comisiones de Docencia, la tutorización y la evaluación continuada de los residentes, así como los niveles de supervisión progresiva que garantizan la seguridad del paciente y el aprendizaje estructurado.

Asimismo, las **Unidades Docentes** deberán garantizar la adquisición y evaluación de las competencias transversales en salud comunes a todas las especialidades en Ciencias de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, y el Real Decreto 589/2022, de 19 de julio.

Estas competencias incluyen la bioética y deontología profesional, la seguridad del paciente, la comunicación clínica efectiva, el trabajo en equipo multidisciplinar, la equidad y la perspectiva de género en salud, la sostenibilidad del sistema sanitario, la gestión clínica, la investigación y la innovación.

Su desarrollo se integrará en los itinerarios formativos mediante metodologías activas (seminarios, simulación, proyectos colaborativos o rotaciones interdisciplinarias), y su evaluación quedará registrada en el portafolio del residente, bajo la supervisión del tutor y la Comisión de Docencia.

En consecuencia, las **Unidades Docentes de Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica** se integrarán en las estructuras docentes acreditadas, contando con

tutores y comisiones de docencia responsables del seguimiento individualizado del residente.

La red propuesta de Unidades de Salud de la Mujer y Salud Pélvica se concibe así, como **la base estructural del programa FIR**, alineada con los criterios de acreditación, evaluación y calidad establecidos por el Ministerio de Sanidad para las unidades docentes de formación sanitaria especializada.

5.2.1. Situación actual y necesidad de estructuración

En la actualidad, España cuenta con una red heterogénea de recursos asistenciales vinculados a la salud de la mujer y la salud pélvica. En el sector privado, numerosos fisioterapeutas ejercen de forma autónoma o en clínicas multidisciplinares, ofreciendo servicios especializados con un alto nivel de capacitación profesional. En el ámbito público, se han identificado algunas unidades dentro de hospitales y centros de atención primaria, aunque su distribución es desigual y depende en gran medida de iniciativas locales o autonómicas (ver Capítulo 2).

Esta situación pone de manifiesto la necesidad de **estructurar una red asistencial y docente acreditada**, que asegure la equidad territorial y estándares homogéneos de calidad en la atención y en la formación de los futuros especialistas. Esta necesidad se ve agravada por el hecho de que una proporción significativa de fisioterapeutas especializados ejerce en el sector privado, fuera del marco estructurado del SNS, lo que dificulta la trazabilidad, la auditoría de resultados clínicos y la rendición de cuentas asistencial.

Establecer un sistema de **acreditación y registro oficial de especialistas y de unidades docentes** permitirá mejorar la transparencia y la equidad, garantizando que los servicios y la formación estén basados en la evidencia y alineados con las necesidades del sistema sanitario.

5.2.2. Propuesta de estructuración de las Unidades Docentes y Asistenciales

En este contexto, se propone la **creación progresiva de Unidades de Salud de la Mujer y Salud Pélvica integradas en el SNS**, concebidas como **estructuras asistenciales y docentes especializadas**, abiertas a la cooperación con otros servicios como cardiología, oncología, endocrinología y salud mental, entre otros. Estas unidades deberán garantizar no solo un abordaje interdisciplinar, sino también una atención con perspectiva de género e inclusión, que permita adecuar los cuidados a las necesidades específicas de la población femenina y de las personas con alteraciones de la salud pélvica —incluidos los hombres y la

población pediátrica—, avanzando hacia estándares de calidad, equidad y excelencia en el acceso y los resultados asistenciales.

Cada unidad contará con al menos un fisioterapeuta especialista en salud de la mujer y salud pélvica, que actuará como tutor o coordinador docente y asistencial, responsable de la atención fisioterapéutica en este ámbito y de la supervisión de los residentes FIR en formación. La supervisión será progresiva, permitiendo un incremento gradual de la responsabilidad clínica a medida que el residente demuestra competencia.

Además de abordar disfunciones relacionadas con la salud pélvica, estas unidades estarán capacitadas para tratar condiciones que requieran un enfoque integral e individualizado a lo largo del ciclo vital. Para ello deberán cumplir con una serie de estándares de acreditación y calidad, orientados a garantizar la equidad territorial, la excelencia asistencial, la formación avanzada y la incorporación efectiva de la perspectiva de género.

Dichos estándares incluirán los siguientes elementos:

1. Dotación tecnológica esencial

- a. Disponer del equipamiento esencial para la evaluación y tratamiento de procesos de salud femeninos y de disfunciones relacionadas con la salud pélvica, incluyendo ecógrafos musculoesqueléticos, equipos de *biofeedback* y dispositivos de rehabilitación pélvica.
- b. Contar con tecnologías complementarias como electromiografía de superficie y dispositivos para la medición de la presión intraabdominal, así como plataformas de tele rehabilitación para garantizar el acceso en zonas rurales o con menor cobertura asistencial.

2. Criterios de volumen asistencial

- a. Atender un mínimo de 500 pacientes anuales con procesos de salud femeninos y patología pélvica, asegurando un porcentaje mínimo (20–30%) de casos complejos o con comorbilidades que requieran abordaje multidisciplinar.
- b. Mantener una ratio adecuada fisioterapeuta/paciente para garantizar la calidad y continuidad de los cuidados.

3. Equipos multidisciplinarios

a. Integrar profesionales de distintas disciplinas, incluyendo fisioterapeutas especialistas en salud de la mujer y salud pélvica, ginecólogos, urólogos, matronas, psicólogos clínicos, sexólogos/as, nutricionistas y trabajadores/as sociales.

b. Establecer canales de cooperación con otros servicios hospitalarios como cardiología, oncología, endocrinología y salud mental para un manejo integral e individualizado.

4. Actualización profesional continua

a. Garantizar la actualización periódica de todos los miembros del equipo mediante la realización de un mínimo de 20 horas anuales de formación específica acreditada en el ámbito de la salud de la mujer, la salud pélvica y la perspectiva de género. Esta formación podrá incluir cursos teórico-prácticos, así como la asistencia con aprovechamiento a jornadas, seminarios o congresos científicos reconocidos por instituciones académicas, colegios profesionales o sociedades científicas del ámbito.

b. Promover la participación en redes nacionales e internacionales de investigación y actualización profesional.

5. Indicadores de calidad y resultados asistenciales

a. Establecer indicadores para la evaluación periódica de la actividad y resultados, incluyendo:

i. Satisfacción del usuario/paciente y análisis de la perspectiva de género en la atención.

ii. Tasa de derivación adecuada desde atención primaria y tiempos de espera máximos para primera consulta y tratamiento.

iii. Resultados clínicos sobre la mejora funcional, la calidad de vida y la reincorporación social y laboral de usuarios/pacientes.

b. Someterse a auditorías externas periódicas para la acreditación y renovación de la unidad cada 3–5 años.

6. Perspectiva de género e inclusión

a. Garantizar que la atención contemple los determinantes sociales y las desigualdades en salud asociadas al sexo, género y otros factores de

vulnerabilidad, incluyendo formación específica del equipo en contenidos sobre situaciones de especial sensibilidad clínica reconocidas por organismos internacionales, como la violencia obstétrica y la violencia de género, abordadas desde un enfoque preventivo, asistencial y educativo que garantice la dignidad, el respeto y la equidad en la atención sanitaria. Desarrollar programas dirigidos a mujeres en situación de vulnerabilidad (migrantes, víctimas de violencia de género, mujeres trans).

b. Fomentar el desarrollo de protocolos asistenciales y estrategias formativas que permitan identificar, prevenir y atender las consecuencias físicas, emocionales y sociales de estas situaciones, en coordinación con otros servicios sociosanitarios y profesionales especializados.

7. Investigación y docencia

a. Estas unidades deberán estar acreditadas como unidades docentes de formación sanitaria especializada (vía FIR) y, en consecuencia, potenciar la implicación en actividades de investigación, innovación o evaluación clínica en el ámbito de la salud de la mujer y la salud pélvica, ya sea como parte de equipos investigadores, colaborando en la recogida de datos o en acciones de mejora asistencial estructuradas, con el objetivo de favorecer al menos una participación significativa cada dos o tres años.

b. Acoger a estudiantes en prácticas tanto de programas universitarios oficiales como de programas de formación continuada o extracurriculares acreditados por universidades, colegios profesionales o sociedades científicas, y colaborar activamente en la formación de nuevos especialistas.

8. Integración con el SNS y el sector privado

a. Establecer convenios de colaboración con profesionales en ejercicio libre que cuenten con formación y acreditación reconocidas, permitiendo ampliar la cobertura asistencial en zonas con menor acceso a servicios públicos.

Estos estándares están alineados con las recomendaciones internacionales de *World Physiotherapy* y la OMS, así como modelos europeos de unidades especializadas, adaptados al contexto del SNS español.

Además, la acreditación progresiva de estas unidades dentro del SNS permitirá consolidar la red docente necesaria para el desarrollo del programa oficial de formación sanitaria especializada (vía FIR) en Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica, garantizando la calidad de la atención, la excelencia formativa y la homogeneidad territorial en la prestación de servicios.

5.3. Cronograma de implementación a 5 años

La implementación de la especialidad en Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica se concibe como un proceso escalonado que permita consolidar progresivamente las bases jurídicas, formativas, docentes y asistenciales necesarias para su pleno desarrollo dentro del SNS, conforme a los principios de la formación sanitaria especializada (vía FIR) establecidos en el Real Decreto 589/2022.

Fase / Vía	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
1. Reconocimiento jurídico de la especialidad	✓				
2. Constitución de la Comisión Nacional de la Especialidad y aprobación del programa formativo oficial (FIR) conforme al Anexo I	✓	✓			
3. Acreditación progresiva de las Unidades Docentes de Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica en el SNS		✓	✓		
4. Convocatoria y adjudicación de las primeras plazas FIR		✓	✓	✓	
5. Inicio del programa de formación sanitaria especializada (vía FIR)			✓	✓	✓
6. Implementación de la vía transitoria de reconocimiento profesional	✓	✓			
7. Coordinación entre el programa FIR y los másteres universitarios oficiales, y evaluación del reconocimiento parcial de competencias conforme al art. 26 del RD 589/2022	✓	✓	✓		
8. Despliegue progresivo de nuevas Unidades Docentes y extensión territorial en el SNS			✓	✓	✓

Fase / Vía	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
9. Evaluación intermedia del programa FIR y revisión de los mecanismos de acreditación profesional y universitaria				✓	
10. Consolidación del sistema de especialización, evaluación final y mejora continua					✓

En coherencia con lo dispuesto en el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, y en el Real Decreto 589/2022, de 19 de julio, la **evaluación de la residencia**, de duración anual, combinará criterios **cualitativos y cuantitativos** para valorar la adquisición progresiva de las competencias definidas para la especialidad, garantizando la participación de todos los agentes implicados en el proceso formativo. La **evaluación continua** se estructurará de forma ponderada entre los distintos responsables del proceso:

- **Tutor principal (40 %)**: seguimiento individualizado del residente, supervisión directa en la práctica clínica y cumplimiento de los objetivos de aprendizaje establecidos en cada rotación o ámbito asistencial.
- **Comisión de Docencia (40 %)**: valoración global de los informes de rotación, del portafolio formativo y de la progresión competencial, asegurando la coherencia entre la formación recibida y los estándares de la especialidad.
- **Autoevaluación y coevaluación (20 %)**: realizadas por el propio residente y por el equipo asistencial, orientadas a fomentar la reflexión profesional, la autocrítica y la mejora continua.

La **evaluación final de la residencia** integrará los resultados obtenidos durante este proceso, conforme a la siguiente ponderación:

- **Desempeño clínico global (70 %)**, derivado de la evaluación continua ponderada descrita anteriormente.
- **Trabajo Fin de Residencia (30 %)**, que evidenciará la capacidad investigadora, el razonamiento crítico y la aplicación de la evidencia científica en la práctica clínica.

Este sistema de evaluación se ajustará a los principios de **transparencia, trazabilidad y supervisión progresiva** definidos en el Real Decreto 183/2008, asegurando la coherencia entre los resultados de aprendizaje, los instrumentos de evaluación y las competencias profesionales específicas de la especialidad en Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica.



AEF·SAMU

Asociación Española
de Fisioterapeutas
en Salud de la Mujer
y Salud Pélvica

DOCUMENTO MARCO 2025

6

CAPÍTULO

RECOMENDACIONES Y HOJA DE RUTA

6. RECOMENDACIONES ESTRATÉGICAS Y HOJA DE RUTA

La consolidación de la especialidad en Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica, en el marco del sistema de formación sanitaria especializada (vía FIR), exige un planteamiento estratégico integral que articule medidas normativas, una financiación sostenible, su plena integración en las políticas de salud pública y un sistema robusto de indicadores de seguimiento y evaluación. Estas recomendaciones se fundamentan en el análisis del contexto español (ver capítulos 2 y 3) y en las experiencias internacionales exitosas descritas en el capítulo 4, que demuestran la viabilidad y el impacto positivo de esta especialidad en distintos sistemas sanitarios.

La implementación de la especialidad requerirá un proceso planificado, escalonado y coordinado, que garantice tanto la calidad docente y asistencial como la sostenibilidad del modelo.

En coherencia con lo dispuesto en el **Real Decreto 589/2022, de 19 de julio**, por el que se regulan las especialidades en Ciencias de la Salud y el procedimiento de creación de nuevos títulos de especialista, y en el **Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero**, que establece la estructura organizativa de la formación sanitaria especializada, este capítulo detalla las medidas necesarias para el reconocimiento, la implantación y el seguimiento del programa formativo de la especialidad.

Su desarrollo progresivo y coordinado permitirá consolidar una especialidad estratégica, basada en criterios de equidad territorial, excelencia científica y eficiencia asistencial.

El sistema de gobernanza, seguimiento y evaluación se articulará conforme a los principios de calidad y mejora continua definidos por ambos Reales Decretos, asegurando la trazabilidad del proceso formativo, la actualización periódica del programa y la participación activa de las Comisiones Nacionales y de Docencia en la evaluación de resultados.

6.1. Medidas para el reconocimiento oficial de la especialidad

Como se detalla en el Capítulo 3 (Marco jurídico), la Ley 44/2003 y el Real Decreto 589/2022 proporcionan el marco normativo necesario para la creación de nuevas especialidades sanitarias en España.

Las siguientes medidas facilitarán el reconocimiento oficial y la implantación progresiva de la especialidad en Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica. Su implementación permitirá establecer un marco sólido para la **acreditación de unidades docentes**, la **convocatoria de plazas FIR** y la **coordinación con las vías complementarias universitaria y transitoria**, garantizando una transición

ordenada hacia el sistema de formación sanitaria especializada y el despliegue de servicios especializados en todo el territorio nacional:

- Incorporación en el Catálogo Oficial de Especialidades Sanitarias, mediante resolución ministerial, conforme a lo previsto en el artículo 19 de la Ley 44/2003 (BOE, 2003).
- Creación de un comité asesor interdisciplinar, liderado por el Ministerio de Sanidad e integrado por representantes de colegios profesionales, sociedades científicas como AEF-SAMU, agencias de acreditación como ANECA y asociaciones de pacientes.
- Definición de las competencias, contenidos y criterios de acreditación que deberán cumplir los fisioterapeutas para obtener el reconocimiento como especialistas en Salud de la Mujer y Salud Pélvica, a través de las dos vías establecidas en el Documento Marco (vía académica mediante máster universitario oficial de 60 ECTS y vía profesional mediante acreditación de la experiencia y formación continuada). Este marco se incorpora como Anexo técnico al Documento Marco y se alinea con el Marco Europeo de Cualificaciones (European Qualifications Framework, 2017) y los estándares de *World Physiotherapy* (2019).
- Actualización del mapa de recursos humanos del SNS para planificar la implantación de la especialidad en todo el territorio nacional.

Tal como se expone en la sección 4.5., la experiencia acumulada en otros países muestra que el reconocimiento oficial y la integración de la especialidad en los sistemas sanitarios —ya sean públicos, mixtos o basados en seguros— son fundamentales para garantizar la calidad asistencial, la equidad en el acceso y el uso óptimo de los recursos. Estos modelos combinan formación avanzada, acreditación profesional y mecanismos de financiación sostenibles, ofreciendo puntos de referencia relevantes para las estrategias de implantación a nivel nacional. En el contexto español, la especialidad se desarrollará a través del sistema de formación sanitaria especializada (vía FIR), equivalente a las residencias clínicas implantadas en otros países, garantizando una formación reglada, práctica y basada en la evidencia, conforme al Real Decreto 589/2022.

- **Reino Unido** – La especialización en Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica está plenamente integrada en el *National Health Service* (NHS) mediante una trayectoria profesional estructurada y consolidada. La asociación *Pelvic, Obstetric and Gynaecological Physiotherapy* (POGP), fundada en 1948 e integrada en la *Chartered Society of Physiotherapy*, desempeña un papel central en el establecimiento de estándares clínicos, la acreditación de la formación continua y la promoción de la investigación. Los fisioterapeutas especialistas trabajan en equipos multidisciplinares

tanto en hospitales como en entornos comunitarios, incluyendo servicios para hombres como la rehabilitación post-prostatectomía. Las trayectorias formativas incluyen másteres oficiales (180 ECTS) y desarrollo profesional alineado con los niveles de competencia del NHS, asegurando competencias avanzadas como la prescripción y el uso de ecografía diagnóstica.

- **Países Bajos** – La fisioterapia en salud pélvica requiere completar un máster profesional de tres años y registrarse en un subregistro especializado dentro del *Kwaliteitsregister Fysiotherapie* (KRF NL), con revalidación periódica mediante formación continua y práctica clínica acreditada. Desde 2006, el acceso directo a fisioterapia sin derivación médica ha facilitado la intervención temprana. Estos profesionales están integrados en las rutas asistenciales hospitalarias y de atención primaria, con sólida evidencia que respalda su eficacia tanto en afecciones benignas como oncológicas de salud pélvica.
- **Brasil** – La *Fisioterapia em Saúde da Mulher* está reconocida oficialmente desde 2009 por el *Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional* (COFFITO), abarcando subáreas como ginecología, obstetricia, mastología, coloproctología y disfunción sexual femenina. Los fisioterapeutas especializados están integrados en hospitales maternos públicos y unidades de atención primaria del *Sistema Único de Saúde* (SUS), proporcionando prevención, asistencia durante el parto, rehabilitación posparto y tratamiento de disfunciones del suelo pélvico. Las vías formativas incluyen residencias multidisciplinarias de dos años financiadas por el SUS y programas de posgrado acreditados.
- **Australia** – El *Australian Physiotherapy Council* acredita programas de formación avanzada y práctica clínica supervisada en Salud de la Mujer y Salud Pélvica. Desde 2025, el *Medicare Benefits Schedule* incluye el reembolso de fisioterapia pélvica especializada prescrita dentro de un *Chronic Disease Management Plan*. La división específica de la *Australian Physiotherapy Association* desarrolla estándares de acreditación, impulsa la formación continua y aboga por ampliar la cobertura. Clínicas especializadas, como las nacionales de endometriosis y dolor pélvico, refuerzan la atención multidisciplinar y reducen los tiempos de diagnóstico.
- **Estados Unidos de América** – La certificación *Women's Health Clinical Specialist*, regulada por el *American Board of Physical Therapy Specialties* (ABPTS), está reconocida oficialmente en todo el país. Los fisioterapeutas certificados trabajan en áreas como salud pélvica, atención durante el embarazo y posparto, rehabilitación de cáncer ginecológico y de mama, disfunción urinaria y dolor pélvico crónico. Los servicios están cubiertos por Medicare y aseguradoras privadas cuando existe indicación médica, y se

reembolsan mediante códigos CPT específicos. Existe sólida evidencia que respalda la eficacia clínica y la rentabilidad de estas intervenciones.

Estas experiencias internacionales demuestran que el establecimiento formal de la Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica como especialidad favorece la equidad en el acceso a la atención, mejora los resultados clínicos y refuerza la eficiencia y sostenibilidad de los sistemas sanitarios.

El seguimiento y evaluación del programa formativo se desarrollarán conforme a los principios y estructuras organizativas establecidas en el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, y el Real Decreto 589/2022, de 19 de julio, que regulan la formación sanitaria especializada y la creación de nuevas especialidades en Ciencias de la Salud.

De acuerdo con estos marcos normativos, las Comisiones Nacionales de la Especialidad y las Comisiones de Docencia de las unidades acreditadas serán responsables de:

- **Supervisar** la correcta aplicación del programa formativo y la calidad docente de las rotaciones.
- **Evaluar** periódicamente el progreso de los residentes y la idoneidad de los métodos de enseñanza y evaluación.
- **Promover** la actualización de los contenidos y la adecuación del programa a las necesidades asistenciales, científicas y sociales.
- **Garantizar** la equidad territorial y la homogeneidad formativa en todo el Sistema Nacional de Salud.

Asimismo, se establecerá un sistema de evaluación del propio programa, basado en indicadores de proceso y de resultado:

- **Indicadores de proceso:** número y acreditación de unidades docentes, ratio tutor/residente, cumplimiento del cronograma formativo, participación en formación transversal.
- **Indicadores de resultado:** satisfacción de residentes y tutores, tasa de finalización del programa, producción científica, inserción laboral y calidad percibida.

Los resultados de estas evaluaciones serán revisados periódicamente por el Ministerio de Sanidad y la Comisión Nacional de la Especialidad, garantizando la mejora continua y la transparencia del sistema de formación sanitaria especializada.

6.2. Financiación e integración en políticas de salud pública

La viabilidad de la especialidad dentro del SNS exige no solo su reconocimiento formal, sino también la asignación de recursos específicos y su incorporación efectiva en las políticas de salud pública, en línea con las mejores prácticas internacionales y con los ODS recogidos en la Agenda 2030. Para garantizar su implantación efectiva y sostenible, se propone:

1. **Asignar financiación específica** en los Presupuestos Generales del Estado para la creación, dotación y acreditación de Unidades de Salud de la Mujer y Salud Pélvica (vía FIR) dentro del SNS, conforme a los criterios del Ministerio de Sanidad, así como para apoyar programas de formación universitaria complementaria y reconocimiento profesional transitorio (ver apartados 5.1 y 5.2).
2. **Integrar la especialidad** en los Planes de Salud Autonómicos y en estrategias nacionales como la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva, asegurando la equidad territorial y la perspectiva de género (ODS 3: *Salud y bienestar*, ODS 5: *Igualdad de género* y ODS 10: *Reducción de las desigualdades*) (OMS, 2016).
3. **Impulsar programas de prevención primaria y promoción de la salud** en atención primaria y comunitaria, abordando patologías de alta prevalencia y carga funcional —como la incontinencia urinaria y anal, el prolapso de órganos pélvicos, los síndromes de dolor persistente, las secuelas oncológicas, las alteraciones de salud mental y las enfermedades cardiovasculares—, contribuyendo a los ODS 3, ODS 5 y ODS 10.
4. **Establecer mecanismos de concertación público-privada** con fisioterapeutas acreditados en ejercicio libre, especialmente en áreas con menor cobertura pública, optimizando la red asistencial (ODS 8: *Trabajo decente y crecimiento económico*, ODS 10 y ODS 17: *Alianzas para lograr los objetivos*).
5. **Financiar programas de formación continuada y acreditada** dirigidos a todos los profesionales implicados en el abordaje integral de la Salud de la Mujer y Salud Pélvica, fortaleciendo la calidad educativa (ODS 4: *Educación de calidad*), la igualdad de género (ODS 5) y la generación de empleo cualificado (ODS 8).

La experiencia de países como Francia, Brasil, Países Bajos, Reino Unido y Australia demuestra que la inclusión de la Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica en la cartera de servicios financiados contribuye a reducir desigualdades, mejorar los indicadores de salud poblacional y cumplir compromisos internacionales como

la Agenda 2030 (Baracho et al., 2012; Haute Autorité de Santé, 2018; Swinkels et al., 2014; NHS England, 2023a; Brennen et al., 2021). Este enfoque no solo responde a criterios de eficacia y coste-efectividad, sino que también refuerza la sostenibilidad económica, social y ambiental del SNS.

6.3. Indicadores de seguimiento y evaluación

Para garantizar la calidad, la equidad y la sostenibilidad de la especialidad, se recomienda establecer un sistema de indicadores alineado con estándares internacionales (World Physiotherapy, WHO Quality Standards, 2016) y con los ODS (ODS 3, 4, 5, 8, 10 y 17). Este sistema debe permitir el seguimiento continuo, la comparación con modelos internacionales y la mejora adaptativa de las estrategias implementadas. Los indicadores propuestos son:

- **Indicadores de actividad:**

- Número de Unidades de Salud de la Mujer y Salud Pélvica acreditadas en el SNS.
- Número de fisioterapeutas especializados y acreditados.
- Volumen de pacientes / usuarios atendidos anualmente, desglosado por sexo, edad y área geográfica.

- **Indicadores de calidad asistencial:**

- Resultados clínicos medidos con instrumentos validados, como podrían ser el *Pelvic Floor Distress Inventory* (PFDI-20) para síntomas de disfunción del suelo pélvico (DSP) y el *Female Sexual Function Index* (FSFI) para función sexual femenina.
- Tiempos de espera (estándar recomendado: < 30 días desde la derivación).
- Niveles de satisfacción y experiencia reportada por pacientes / usuarios (*Patient-Reported Experience Measures*, PREMs).

- **Indicadores de equidad y accesibilidad:**

- Cobertura del servicio en zonas rurales o de difícil acceso.
- Número de convenios y acuerdos de concertación con fisioterapeutas acreditados en ejercicio libre para ampliar la cobertura.
- Distribución territorial de recursos por comunidad autónoma.

- **Indicadores económicos:**

- Análisis coste-efectividad y coste-utilidad de las intervenciones.

- Ahorros derivados de la reducción de complicaciones asociadas a procesos de salud de la mujer y DSP no tratadas (ej. disminución de cirugías, ingresos hospitalarios y uso de fármacos).

▪ **Indicadores de formación e investigación:**

- Número de Unidades Docentes acreditadas y residentes en formación FIR activos cada año.
- Tasa de finalización y evaluación positiva del programa formativo FIR.
- Número de programas de formación continuada acreditada implementados anualmente.
- Número de proyectos de investigación liderados y publicaciones científicas indexadas.
- Participación en redes nacionales e internacionales de investigación y formación.

Se propone realizar una evaluación intermedia a los tres años y una evaluación final a los cinco años, revisando y ajustando las estrategias en función de los resultados obtenidos y las recomendaciones internacionales.

La implementación de este sistema de seguimiento y evaluación garantizará que la especialidad se desarrolle en el SNS bajo el modelo de formación sanitaria especializada (vía FIR), centrado en la persona y en la práctica basada en la evidencia, y que cumpla con estándares internacionales de calidad, equidad y sostenibilidad comparables a los de los países líderes en esta área.

En conjunto, la implementación, el seguimiento y la evaluación de la especialidad en Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica se regirán por los principios de calidad, equidad, transparencia y eficiencia definidos en los Reales Decretos 589/2022 y 183/2008.

Este marco garantizará la excelencia formativa, la homogeneidad del proceso en todo el territorio y la sostenibilidad del modelo dentro del SNS.

Asimismo, permitirá evaluar el impacto real de la especialidad sobre los resultados en salud, la mejora de la atención fisioterápica y la optimización de los recursos públicos, consolidando el liderazgo de la fisioterapia en la promoción de la salud de la mujer y la salud pélvica.



AEF·SAMU

Asociación Española
de Fisioterapeutas
en Salud de la Mujer
y Salud Pélvica

DOCUMENTO MARCO 2025



7

CAPÍTULO

TESTIMONIOS: IMPACTO DE LA
FISIOTERAPIA ESPECIALIZADA



7. TESTIMONIOS: IMPACTO DE LA FISIOTERAPIA ESPECIALIZADA

7.1. Introducción

Las experiencias de pacientes, asociaciones y profesionales sanitarios contadas por sus testimonios sobre la fisioterapia especializada en salud de la mujer y salud pélvica reflejan cómo esta especialización ha transformado sus vidas, aportando soluciones accesibles y respondiendo a necesidades desatendidas en nuestro sistema sanitario. La aplicación de estas recomendaciones estratégicas permitirá que la especialidad de Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica se consolide como un pilar fundamental del SNS, respondiendo a las necesidades de salud de la población con criterios de excelencia, equidad y sostenibilidad.

7.2. Voces de pacientes: la fisioterapia que cambia vidas

“La fisioterapia especializada en suelo pélvico marcó un antes y un después en mi vida. Fue un proceso de varios meses, ya que al principio sentía mucho miedo al movimiento. Sin embargo, con el tiempo y el acompañamiento adecuado, empecé a recuperar la confianza en mi cuerpo. Antes de volver a ser madre, acudí a una revisión ginecológica y me informaron que mi suelo pélvico había mejorado significativamente. Ya no sentía aquella molesta sensación de pesadez, y eso fue muy liberador para mí.”

— **Nuria, 41 años, postparto.**

[Ver testimonio en vídeo: <https://youtu.be/dGfo6o8UWV0>] 

“En todo el proceso de tratamiento oncológico, la fisioterapia ha sido un pilar fundamental. En todas las fases he sentido la necesidad de la rehabilitación fisioterapéutica.”

“Cuando empiezas a cerrar frentes vitales, te das cuenta de que hay otro tipo de secuelas de las que nadie te habla. No sabes si son normales o si son efectos del tratamiento. Para mí, los efectos secundarios han provocado algunos de los peores momentos del proceso.”

“La fisioterapia en salud de la mujer y pélvica no solo te trata, sino que también te da herramientas. No concibo la calidad de vida que tengo ahora mismo sin los/las fisioterapeutas.”

— **María, 40 años, tratada de cáncer de mama.**

[Ver testimonio en vídeo: <https://youtu.be/tx7u5QQmgeo>] 

“A raíz de una lesión en el psoas y antes de recibir el diagnóstico de endometriosis, acudí a fisioterapia especializada y comencé a trabajar la pared abdominal y la zona pélvica. Cuando llegó el momento de enfrentarme a una cirugía importante a causa de la endometriosis, esa preparación previa resultó fundamental. No solo lo percibí yo desde mi propia experiencia, sino que también fue reconocido por mi cirujano.”

— **Amparo, 42 años, afectada de endometriosis, miembro de la Asociación de afectadas de endometriosis de Valencia.**

[Ver testimonio en vídeo: <https://youtu.be/ITdr6JdYqEo>] 

“La fisioterapia fue un pilar fundamental que aceleró mi recuperación. En una etapa en la que la incontinencia fecal es muy incapacitante, gracias a ese tratamiento no solo mejoré físicamente, sino que también recuperé la confianza para volver a una vida casi normal.”

— **Alejandro, 73 años, tratado de cáncer de recto** (testimonio recogido en comunicación personal, 2025).

“Me tiré cinco años sin soluciones a lo que me pasaba. A mí me bajó la matriz y, a partir de la intervención quirúrgica, empezó todo el tema de la incontinencia fecal. Desde entonces perdí todo: mi trabajo y mi casa. Me dijeron que me fuera al psicólogo en lugar de al fisioterapeuta. Lo único que consiguieron fue hundirme más, y no quería seguir así.”

— **Maite, 67 años, afectada de incontinencia fecal y urinaria, miembro de ASIA** (Asociación de Afectados de Incontinencia Anal y Fecal).

[Ver testimonio en vídeo: <https://youtu.be/GfPjgwqQk5Q>] 

“Yo llegaba con un dolor brutal con la penetración y, mediante los ejercicios pautados por mi fisioterapeuta de suelo pélvico, noto que estoy más flexible y que puedo disfrutar: esa sensación ya no es solo dolor. He sentido cómo los músculos están más liberados.”

“A la hora de trabajar en mí misma, ha cambiado todo. Antes no sentía esa zona; podía tocar, pero era como si estuviera bloqueada.”

— **Lucía, 33 años, afectada de disfunción sexual dolorosa.**

[Ver testimonio en vídeo: <https://youtu.be/MLqkUh3mTSc>] 

“No es normal hacerse pis encima; creo que hay profesionales que nos pueden ayudar.”

“Las principales barreras son el desconocimiento y, además, la parte económica.”

“La prevención en fisioterapia estándar queda alejadísima; imagínate en la fisioterapia en salud de la mujer.”

— **Gemma, 38 años, corredora embarazada.**

[Ver testimonio en vídeo: <https://youtu.be/ENchQp0-dfE>] 

“Vivo con una enfermedad neurológica en la que la fisioterapia y la actividad física son fundamentales. En 2022 llegaba a tener hasta doce caídas al día, lo cual afectaba mucho mi calidad de vida. Gracias al trabajo constante con fisioterapia y ejercicio, he mejorado muchísimo. Además, quiero destacar lo importante que ha sido la fisioterapia de suelo pélvico en mi tratamiento. En este tipo de enfermedades, muchas veces se pasa por alto, pero marca una gran diferencia. Estoy muy agradecida por el acompañamiento profesional que he recibido.”

— **Sara, 36 años, afectada de Parkinson.**

[Ver testimonio en vídeo: <https://www.youtube.com/shorts/TxUeOJqJmAg>] 

“Además de todo lo que la fisioterapia físicamente te da, emocionalmente estamos que no sabemos por dónde nos vienen las cosas [...], el apoyo que vosotras nos dais a nivel emocional, autoestima, lo que nos contáis [...]. Me emociono de todo lo que hicisteis por mí”

“Por ejemplo, de no poder colgar la ropa en el armario, que yo siempre me he quejado de eso, pues yo terminé colgando la ropa en el armario.”

“El decir “bueno, puedes ir a un fisioterapeuta, ¿no?” Que los hay. Pero, no. Vosotras estáis especializadas en nosotras. Vosotras sabéis dónde tenéis que tocar, dónde no, cómo mover la mama. Muy muy importante, primero por salud física y, segundo, por salud mental.”

— **Esther, 54 años, tratada de cáncer de mama.**

[Ver testimonio en vídeo: https://youtu.be/IA2MWM_935q] 

“El simple hecho de estar en manos de las fisios y que te den esas herramientas, aunque sea para sentirte físicamente bien y capaz de hacer las cosas, eso te da la seguridad para poder seguir adelante.”

— **Zita, 40 años, afectada de ictus postparto.**

[Ver testimonio en vídeo: <https://youtu.be/0amMEmjgKoQ>] 

7.3. Asociaciones de pacientes: el valor de un acceso equitativo

“La fisioterapia desempeña un papel fundamental en la salud pélvica y de la mujer. Una rehabilitación a tiempo puede evitar una cirugía y mejorar la calidad de vida.”

“Es necesario reconocer al fisioterapeuta especialista en salud de la mujer y salud pélvica como un profesional esencial dentro del sistema de salud y que esta especialidad se considere una de las primeras opciones de tratamiento.”

“Se debe garantizar la presencia de la Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica en todas las comunidades autónomas para que el acceso sea equitativo y no existan pacientes de primera o segunda categoría.”

— **Àngels Roca, presidenta de ASIA** (Asociación de Afectados de Incontinencia Anal y Fecal).

[Ver testimonio en vídeo: <https://youtu.be/GfPjgwqQk5Q>] 

“Muchas de nuestras asociadas han encontrado en la fisioterapia especializada un alivio que antes parecía imposible. Es una herramienta indispensable que debería estar al alcance de todas.”

“No se deriva a la mayoría de la gente y hay listas de espera tan largas que, al final, muchas personas no asisten.”

“La barrera más importante es el desconocimiento de la Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica, tanto por parte de pacientes como de profesionales.”

— **Sara Iglesias, presidenta de la Asociación QUERENDO** para mujeres afectadas de endometriosis.

[Ver testimonio en vídeo: <https://youtu.be/R0g7iW6thm0>] 

“Los profesionales no sabían tratar todo lo que a mí me dolía, por eso empecé a buscar una fisioterapeuta de suelo pélvico.”

“Según mi cirujano, gracias a la preparación de la musculatura perineal y abdominal me recuperé mucho mejor de una cirugía muy complicada.”

“Hay mucha falta de conocimientos sobre la fisioterapia en suelo pélvico tanto entre médicos como entre pacientes. Si sumas la falta de conocimientos, los costes elevados, el diagnóstico tardío y la escasa disponibilidad de fisioterapeutas especializados, todavía existen muchas barreras de accesibilidad.”

— **Amparo Muñoz, afectada de endometriosis, presidenta de AAEVV y vicepresidenta de ENDOSPAIN, junto a Amparo Galán, secretaria de AAEVV Valencia** (Asociación de Afectadas de Endometriosis).

[Ver testimonio en vídeo: <https://youtu.be/-ubJoOTMAlM>]



“La salud sexual es algo muy importante y, claramente, existe un sesgo de género.”

“El acceso a la fisioterapia en salud de la mujer es muy complicado: estuve dos años en lista de espera. La oncóloga me derivó a ginecología, de allí al equipo de suelo pélvico, que también tardó lo suyo. Cuando por fin llegué, fue la primera vez que me encontré con un personal sanitario con una visión más holística.”

— **Elisenda Martínez, Asociación Española de Cáncer de Mama Metastásico.**

[Ver testimonio en vídeo: <https://youtu.be/8hn62tEp0UA>]



“La fisioterapia especializada en salud de la mujer y salud pélvica es una necesidad urgente”

“Ojalá lleguemos algún día a lo que tienen otros países como Noruega, en el que el 90% de los pacientes reciben tratamiento de fisioterapia especializada en salud de la mujer y salud pélvica, y funciona. Si en otros lugares se hace y se puede, ¿por qué aquí no?”

— **Sara Herrero Hidalgo, presidenta de la Asociación** miembro de ADAEC (Asociación de Afectados de Endometriosis Estatal)

[Ver testimonio en vídeo: <https://youtu.be/O80tZTdLqV4I>]



7.4. Profesionales sanitarios: un recurso imprescindible

“La fisioterapia especializada en salud pélvica es más personalizada y detallada. Podemos aplicar técnicas avanzadas basadas en la evidencia científica que mejoran la funcionalidad y la calidad de vida de los pacientes.”
— **Blanca Gisela Pardo, fisioterapeuta especializada, Hospital Clínico Universitario, Valencia.**

[Ver testimonio en vídeo: <https://youtu.be/WSBRph5cpbE>]



“Si fuera accesible la fisioterapia especializada en salud pélvica y de la mujer, sería un espacio clave para detectar situaciones de explotación sexual y trata.”

“Se tienen que implementar recursos de salud sexual y reproductiva, con especialistas que ofrezcan un mejor asesoramiento para poder tratar patologías a tiempo.”

— **Luisa Dasí Ridaura, trabajadora social y socióloga, Médicos del Mundo.**

[Ver testimonio en vídeo: <https://youtu.be/q13KVKwkMBM>]



“He visto las enormes diferencias de acceso a la fisioterapia especializada. Mi padre, tras un cáncer de próstata, fue derivado por el urólogo a fisioterapia pelviperineal, pero mis hermanas, que tuvieron cáncer de ovario, nunca recibieron información sobre esta opción. Muchas pacientes reclaman una gran falta de información: no saben cómo empezar a cuidarse o a moverse, ni si los cambios que experimentan son normales. Además, en el ámbito público, crear unidades especializadas sigue siendo una auténtica odisea.”

— **María Noguera Rubio, fisioterapeuta especializada, delegada ASACO Málaga (Asociación de Afectadas por Cáncer de Ovario y Ginecológico).**

[Ver testimonio en vídeo: <https://youtu.be/zVw07cllWWg>]



“La especialización en salud pélvica es muy necesaria: existe una alta incidencia de patologías y un abordaje especializado puede considerarse una prioridad de salud pública.”

— **María del Carmen Vico y Maite Martínez, fisioterapeutas especializadas, Hospital Universitario La Fe, Valencia.**

[Ver testimonio en vídeo: <https://youtu.be/CbhrsIp339s>]



“El trabajo multidisciplinar junto con fisioterapeutas especializados favorece una mejor evolución de los pacientes. Es fundamental contar con profesionales sensibles al trauma y con perspectiva inclusiva.”

“Como psicóloga, me parece fundamental que, cuando hay disfunciones sexuales de diferente índole, se realice una exploración por parte de un/a fisioterapeuta especializada, que sea sensible al trauma y con una mirada afirmativa LGTB+.”

“Me cuesta encontrar espacios seguros para derivar a las personas.”

— **Martina González Veiga, psicóloga y sexóloga**

[Ver testimonio en vídeo: https://youtu.be/ieIR_O0TjBo] 

“La falta de reconocimiento oficial de especialidades en fisioterapia impide que se asegure que las unidades específicas estén ocupadas por profesionales con formación específica en el área.”

“Es fundamental integrar una perspectiva de sexo y género en la formación, junto con conocimientos sólidos en anatomía, fisiología, fisiopatología y técnicas terapéuticas específicas; así como incorporar conocimientos sobre el impacto emocional, cognitivo y social de las alteraciones en salud de la mujer y de las disfunciones del suelo pélvico, que afectan a mujeres, hombres e infancia, y fomentar el trabajo en red con otros profesionales.”

“Crear plazas específicas para fisioterapeutas especializados y establecer vías de derivación ágiles y tempranas mejoraría significativamente la atención sanitaria.”

— **Beatriz Navarro Brazález, fisioterapeuta especializada, profesora ayudante doctora Universidad de Alcalá, Madrid.**

[Ver testimonio en vídeo: <https://youtube.com/shorts/QWZjoL3uEU4>] 

“El papel de las universidades es clave para promocionar dicha especialidad [...]. A través de programas académicos, de investigación y de divulgación contribuyen a mejorar la atención y el bienestar de este grupo de pacientes.”

“Para mejorar el acceso y equidad en el acceso a Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica se deberían implementar medidas que puedan abordar tanto la oferta como la demanda, por ejemplo, integrar este tipo de atención especializada en atención primaria, promover la educación y la conciencia pública,

asegurar la asequibilidad y la accesibilidad económica para este tipo de tratamientos.”

“La inclusión de dicha especialidad en el sistema nacional de salud, traería un impacto realmente positivo: mejoraría la calidad de vida de un grupo importante de pacientes y se optimizarían recursos sanitarios.”

— **Cristina Díaz del Campo, fisioterapeuta especializada, Fisioterapia avanzada Equilibrium, Madrid.**

[Ver testimonio en vídeo: <https://youtu.be/KoRzL4tW5PQ>] 

“En el contexto de las pacientes que atiendo en consulta (en procesos oncológicos, como cáncer de mama o ginecológico, o en periodo de menopausia), la fisioterapia desempeña un papel clave. Este tipo de pacientes suele presentar repercusiones importantes, ya sea como consecuencia directa de la enfermedad o de los efectos secundarios de los tratamientos. Contar con equipos multidisciplinares que comprendan realmente las necesidades específicas de este perfil es fundamental para ofrecer una atención integral y de calidad.”

— **Dra. Ana Martínez Aspas, ginecóloga y obstetra, Hospital Clínico Universitario y docente en la Universidad, Valencia.**

[Ver testimonio en vídeo: <https://youtu.be/dyLLVX2TMao>] 

“La fisioterapia es una parte fundamental e imprescindible en el abordaje de nuestros pacientes, tanto si requieren cirugía como si no. No solo desempeña un papel clave en la recuperación postoperatoria, sino que también resulta esencial como preparación previa a la intervención. Además, cada vez es más frecuente que acudan a consulta pacientes con patologías funcionales en busca de soluciones médicas, cuando en realidad el tratamiento más adecuado y eficaz es la fisioterapia.”

— **Alicia Ruiz de la Hermosa, cirujana general y del aparato digestivo, Hospital Infanta Leonor, Madrid.**

[Ver testimonio en vídeo: <https://youtu.be/Ay0UNs-ojM4>] 

“Los profesionales sanitarios somos cada vez más conscientes de que actuar en este tipo de pacientes con disfunciones de suelo pélvico-perineales va a mejorar su funcionalidad y su calidad de vida”

“Para mejorar el acceso y la equidad a los servicios de fisioterapia especializada, sería deseable que los fisioterapeutas de salud de la mujer y salud pélvica trabajasen de forma interdisciplinar con el resto de los profesionales implicados en el tratamiento de estos pacientes”

“El impacto de la especialización en este campo sería muy importante en la salud de los pacientes con este tipo de disfunciones porque van a mejorar tanto su función como su calidad de vida. La especialización en este campo llevaría consigo una mejor y mayor formación del profesional y por tanto mejoraría la calidad de la atención”.

— **Gloria Martínez Ramírez, fisioterapeuta de atención primaria en centro de salud de Cuéllar, Segovia.**

[Ver testimonio en vídeo: <https://youtu.be/mczq3iZ5hZ8> 

Conexión audiovisual

Acceda a los enlaces para conocer estos testimonios completos. Todas las personas entrevistadas han dado su consentimiento expreso para la grabación, el uso de su imagen y la difusión de sus declaraciones en el marco de este documento. Estas experiencias refuerzan la necesidad urgente de integrar la Fisioterapia especializada en Salud de la Mujer y Salud Pélvica en el SNS, garantizando su acceso equitativo para toda la población.



AEF·SAMU

Asociación Española
de Fisioterapeutas
en Salud de la Mujer
y Salud Pélvica

DOCUMENTO MARCO 2025

8

BIBLIOGRAFÍA



8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aarshageetha, P., Rani Janci, P. R., & Devi Tharani, N. (2023). Role of Alternate Therapies to Improve the Quality of Life in Menopausal Women: A Systematic Review. *Journal of mid-life health*, 14(3), 153-158. https://doi.org/10.4103/JMH.JMH_222_22
- Abaoğlu, H., Çiftçi, H. Ş., & Ekici, G. (2025). Combined mind-body intervention for premenstrual dysphoric disorder: A randomized controlled trial. *Health care for women international*, 46(2). <https://doi.org/10.1080/07399332.2024.2314219>
- Abdelhakim, A. M., Eldesouky, E., Elmagd, I. A., Mohammed, A., Farag, E. A., Mohammed, A. E., Hamam, K. M., Hussein, A. S., Ali, A. S., Keshta, N. H. A., Hamza, M., Samy, A., & Abdel-Latif, A. A. (2020). Antenatal perineal massage benefits in reducing perineal trauma and postpartum morbidities: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *International Urogynecology Journal*, 31(9), 1735–1745. <https://doi.org/10.1007/s00192-020-04302-8>
- Abdel-Qadir, H., Austin, P. C., Lee, D. S., Amir, E., Tu, J. V., Thavendiranathan, P., & Booth, C. M. (2017). A population-based study of cardiovascular mortality following early-stage breast cancer. *JAMA Cardiology*, 2(1), 88–93.
- Abdullah, Rehman, K. A., Ahmad, B., Arshad, M. K., Saeed, H., Keen, M. A., Anwar, A., Saleem, N. ul ain, Salma Shabbar Banatwala, U. E., Bilal, Z., Shahzad, M., Shakoor, P., & Niazi, M. A. (2025). Comparative Efficacy of Abdominal Exercises and Abdominal Binding on Diastasis Recti Abdominis Reduction in Postpartum Women: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Physiotherapy research international: the journal for researchers and clinicians in physical therapy*, 30(2). <https://doi.org/10.1002/PRI.70038>
- ABRAFISM. (2022). *Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher – Estatutos e diretrizes*. São Paulo, Brasil.
- ABRAFISM. (s.f.). *Por Mais Fisioterapeutas nas Maternidades: regulamentação, suporte científico e campanha ABRAFISM*. Associação Brasileira de Fisioterapia na Saúde da Mulher.
- Abrams, P., Andersson, K., Apostolidis, A., Birder, L., Bliss, D., Brubaker, L., Cardozo, L., Castro-Díaz, D., O'Connell, P. R., & Cottenden, A. (2018). 6th International Consultation on Incontinence. Recommendations of the International Scientific Committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and faecal incontinence. *Neurourology and Urodynamics*, 37(7), 2271–2272.
- Abufaraj, M., Xu, T., Cao, C., Siyam, A., Isleem, U., Massad, A., Soria, F., Shariat, S. F., Sutcliffe, S., & Yang, L. (2021). Prevalence and trends in urinary incontinence among women in the United States, 2005–2018. *American*

- Journal of Obstetrics and Gynecology, 225(2), 166.e1–166.e12. 10.1016/j.ajog.2021.03.016
- ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription, 11th Edition. (2021). En *ProtoView* (Vol. 2021, Número 8). <https://search.proquest.com/docview/2522202898>
 - Ada, G., Hamlacı Başkaya, Y., & İlçioğlu, K. (2025). The Effect of Sexuality Education During Pregnancy on Female Sexual Function: A Systematic Review and Meta-Analysis Study. *International journal of sexual health : official journal of the World Association for Sexual Health*, 37(1). <https://doi.org/10.1080/19317611.2025.2453909>
 - Adams, S. C., Rivera-Theurel, F., Scott, J. M., Nadler, M. B., Foulkes, S., Leong, D., Nilsen, T., Porter, C., Haykowsky, M., Abdel-Qadir, H., Hull, S. C., Iyengar, N. M., Dieli-Conwright, C. M., Dent, S. F., & Howden, E. J. (2025). Cardio-oncology rehabilitation and exercise: evidence, priorities, and research standards from the ICOS-CORE working group. *European heart journal*, ehaf100. Advance online publication.
 - Adnan, H., Ghous, M., Shakil Ur Rehman, S., & Yaqoob, I. (2021). The effects of a static exercise programme versus Swiss ball training for core muscles of the lower back and pelvic region in patients with low back pain after child delivery. A single blind randomized control trial. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 71(4), 1058-1062. <https://doi.org/10.47391/JPMA.784>
 - Adriaenssens, N., Strimpakos, N., Rotem, N., Sheill, G., Cannone, M., Gigli, L., et al. (2023). The role of physiotherapy in cancer care in the Europe region: A position paper of the cancer working group of Europe Region World Physiotherapy. *Journal of Cancer Rehabilitation*, 6(2), 70–79.
 - Aguilar-Ferrándiz, M., Castro-Sánchez, A., Matarán-Peñarrocha, G., Guisado-Barrilao, R., García-Ríos, M., & Moreno-Lorenzo, C. (2014). A randomized controlled trial of a mixed Kinesio taping-compression technique on venous symptoms, pain, peripheral venous flow, clinical severity and overall health status in postmenopausal women with chronic venous insufficiency. *Clinical rehabilitation*, 28(1). <https://doi.org/10.1177/0269215512469120>
 - Aguilar-Ferrándiz, M., Moreno-Lorenzo, C., Matarán-Peñarrocha, G., García-Muro, F., García-Ríos, M., & Castro-Sánchez, A. (2014). Effect of a mixed kinesio taping-compression technique on quality of life and clinical and gait parameters in postmenopausal women with chronic venous insufficiency: double-blinded, randomized controlled trial. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 95(7). <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2014.03.024>
 - Aldabe, D., Milosavljevic, S., & Bussey, M. D. (2012). Is pregnancy related pelvic girdle pain associated with altered kinematic, kinetic and motor control of the pelvis? A systematic review. *European spine journal : official*

- publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society, 21(9), 1777-1787. <https://doi.org/10.1007/S00586-012-2401-1>
- Algara, M., Martínez, F., Salinas, J., Carceller, J., Arenas, M., De las Peñas, M., et al. (2013). Cáncer de mama. En M. Martín & Á. Montero (Eds.), *Manual práctico de oncología radioterápica* (1.ª ed., pp. 167–183). Madrid: Sociedad Española de Oncología Radioterápica (SEOR).
 - Ali, S., Chessex, C., Bassett-Gunter, R., & Grace, S. (2017). Patient satisfaction with cardiac rehabilitation: association with utilization, functional capacity, and heart-health behaviors. Patient preference and adherence, 11. <https://doi.org/10.2147/PPA.S120464>
 - Allshouse, A., Pavlovic, J., & Santoro, N. (2018). Menstrual cycle hormone changes associated with reproductive aging and how they may relate to symptoms. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 45(4), 613–628. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2018.07.004>
 - Alouini, S., Memic, S., & Couillandre, A. (2022). Pelvic Floor Muscle Training for Urinary Incontinence with or without Biofeedback or Electrostimulation in Women: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 2789. doi: 10.3390/ijerph19052789. 10.3390/ijerph19052789
 - AlSaeed, E. F., Balaraj, F. K., & Tunio, M. A. (2017). Changes in pulmonary function tests in breast carcinoma patients treated with locoregional post-mastectomy radiotherapy: results of a pilot study. *Breast cancer (Dove Medical Press)*, 9, 375–381.
 - Alvarez, O., Markowitz, L., Parker, R., & Wendelken, M. (2020). Faster Healing and a Lower Rate of Recurrence of Venous Ulcers Treated With Intermittent Pneumatic Compression: Results of a Randomized Controlled Trial. *Eplasty*, 20.
 - Ambikairajah, A., Walsh, E., & Cherbuin, N. (2022). A review of menopause nomenclature. *Reproductive health*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/S12978-022-01336-7>
 - American Board of Physical Therapy Specialties. (s.f.). Minimum requirements for Women's Health Clinical Specialist certification. <https://epiprod.specialization.apta.org/become-a-specialist/minimum-requirements>
 - American Physical Therapy Association. (2023, September 27). Landmark APTA report makes the case for physical therapy's economic value. <https://www.apta.org/news/2023/09/27/value-of-pt-report-released>
 - American Physical Therapy Association. (2024). *Academy of Pelvic Health Physical Therapy*. Recuperado de <https://www.aptapelvichealth.org>

- An, D., Wang, J., Zhang, F., Wu, J., Jing, H., Gao, Y., Cong, H., Hu, C., Fang, R., & Liao, L. (2021). Effects of Biofeedback Combined With Pilates Training on Post-prostatectomy Incontinence. *Urology*, 155, 152–159. [10.1016/j.urology.2021.04.057](https://doi.org/10.1016/j.urology.2021.04.057)
- Andersen, K. G., & Kehlet, H. (2011). Persistent pain after breast cancer treatment: a critical review of risk factors and strategies for prevention. *The journal of pain*, 12(7), 725–746.
- Anderson, K. D., Borisoff, J. F., Johnson, R. D., Stiens, S. A., & Elliott, S. L. (2007). The impact of spinal cord injury on sexual function: concerns of the general population. *Spinal cord*, 45(5), 328-337.
- Anderson, L., Brown, J., Clark, A., Dalal, H., Rossau, H., Bridges, C., & Taylor, R. (2017). Patient education in the management of coronary heart disease. *The Cochrane database of systematic reviews*, 6(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008895.pub3>
- Andraos, C., Arthur, H. M., Oh, P., Chessex, C., Brister, S., & Grace, S. L. (2015). Women's preferences for cardiac rehabilitation program model: A randomized controlled trial. *European Journal of Preventive Cardiology*, 22(12), 1513–1522. <https://doi.org/10.1177/2047487314559275>
- Andreu Rodríguez, M., López Jiménez, F., & García, L. (2018). Efficacy of gender-adapted cardiac rehabilitation programs: A systematic review. *European Journal of Preventive Cardiology*, 25(6), 610–620. <https://doi.org/10.1177/2047487318755521>
- Antunes, Mateus Dias, y Amélia Pasqual Marques. 2022. «The role of physiotherapy in fibromyalgia: Current and future perspectives». *Frontiers in Physiology* 13(August): 1-11.
- Anupama, D. S., Norohna, J. A., Acharya, K. K., Ravishankar, & George, A. (2020). Effect of exercise on bone mineral density and quality of life among postmenopausal women with osteoporosis without fracture: A systematic review. *International journal of orthopaedic and trauma nursing*, 39. <https://doi.org/10.1016/J.IJOTN.2020.100796>
- Anzic, M., & Marinko, T. (2020). Effect of adjuvant hormonal therapy on the development of pulmonary fibrosis after postoperative radiotherapy for breast cancer. *Journal of Breast Cancer*, 23(5), 449–459.
- APA. (2024). Pre-Budget Submission 2024: Advocacy for pelvic health physiotherapy. Australian Physiotherapy Association. <https://australian.physio/advocacy/pre-budget-submission-2024>
- APA. (2025). Women's, Men's and Pelvic Health group. Australian Physiotherapy Association. <https://australian.physio/membership/national-groups/womens-mens-and-pelvic-health>
- Araujo, D., Ribeiro, C., Maciel, A., Bruno, S., Fregonezi, G., & Dias, F. (2016). Physical exercise for the treatment of non-ulcerated chronic venous

- insufficiency. The Cochrane database of systematic reviews, 12(12). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010637.pub2>
- Araya-Castro, P., Sacomori, C., Diaz-Guerrero, P., Gayán, P., Román, D., & Sperandio, F. F. (2020). Vaginal Dilator and Pelvic Floor Exercises for Vaginal Stenosis, Sexual Health and Quality of Life among Cervical Cancer Patients Treated with Radiation: Clinical Report. *Journal of sex & marital therapy*, 46(6), 513–527.
 - Arik, Meltem Isintas, Humeyra Kiloatar, Burak Aslan, y Muge Icelli. 2022. «The effect of TENS for pain relief in women with primary dysmenorrhea: A systematic review and meta-analysis». *Explore* 18(1): 108-13. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2020.08.005>.
 - Armour, Mike et al. 2019. «Exercise for dysmenorrhoea». *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019(9).
 - Arora, N., & McHorney, C. (2000). Patient preferences for medical decision making: who really wants to participate? *Medical care*, 38(3). <https://doi.org/10.1097/00005650-200003000-00010>
 - Arroyo Fernández, R., Avendaño Coy, J., Ando Lafuente, S., Martín Correa, M.ª. T., & Ferri Morales, A. (2018). Posterior tibial nerve stimulation in the treatment of fecal incontinence: a systematic review. *Revista Española De Enfermedades Digestivas*, 110(9), 577–588. 10.17235/reed.2018.5007/2017
 - Artymuk, N. V., & Khapacheva, S. Y. (2022). Device-assisted pelvic floor muscle postpartum exercise programme for the management of pelvic floor dysfunction after delivery. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine: the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 35(3), 481-485. <https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1723541>
 - Ashby, R., Gabe, R., Ali, S., Adderley, U., Bland, J., Cullum, N.,...Torgerson, D. (2014). Clinical and cost-effectiveness of compression hosiery versus compression bandages in treatment of venous leg ulcers (Venous leg Ulcer Study IV, VenUS IV): a randomised controlled trial. *Lancet (London, England)*, 383(9920). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62368-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62368-5)
 - Ashrafi, A., Arab, A. M., Abdi, S., & Nourbakhsh, M. R. (2021). The association between myofascial trigger points and the incidence of chronic functional constipation. *Journal of bodywork and movement therapies*, 26, 201–206. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2020.12.004>
 - Aslantaş, B. N., & Çankaya, S. (2024). The effect of birth ball exercise on labor pain, delivery duration, birth comfort, and birth satisfaction: a randomized controlled study. *Archives of gynecology and obstetrics*, 309(6), 2459-2474. <https://doi.org/10.1007/S00404-023-07115-4>

- Asociación Española Contra el Cáncer. (2024). Datos del cáncer en España 2024. Observatorio del Cáncer de la AECC.
- Au, D., Matthew, A. G., Alibhai, S. M. H., Jones, J. M., Fleshner, N. E., Finelli, A., Elterman, D., Singal, R. K., Jamnicky, L., Faghani, N., Hilton, W. J., Auger, L. E., Ritvo, P., Trachtenberg, J., & Santa Mina, D. (2020). Pfilates and Hypopressives for the Treatment of Urinary Incontinence After Radical Prostatectomy: Results of a Feasibility Randomized Controlled Trial. *PM & R: The Journal of Injury, Function, and Rehabilitation*, 12(1), 55–63. [10.1002/pmrj.12157](https://doi.org/10.1002/pmrj.12157)
- Austin, P. F., Bauer, S. B., Bower, W., Chase, J., Franco, I., Hoebeke, P., Rittig, S., Walle, J. V., von Gontard, A., Wright, A., Yang, S. S., & Nevéus, T. (2016). The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: Update report from the standardization committee of the International Children's Continence Society. *Neurourology and urodynamics*, 35(4), 471–481. <https://doi.org/10.1002/nau.22751>
- Australian Government Department of Health. (2025). *Medicare Benefits Schedule – Item 10960 Physiotherapy health service*. <https://www9.health.gov.au/mbs/fullDisplay.cfm?q=10960&type=item>
- Australian Government. (2025). *Endometriosis and pelvic pain clinics expansion*. <https://www.health.gov.au/our-work/endometriosis-and-pelvic-pain-clinics>
- Australian Physiotherapy Council. (s.f.). Ensuring the quality of physiotherapy qualifications. <https://physiocouncil.com.au/>
- Aykut, Ş., & Şevgin, Ö. (2025). Effect of video-based exercise on premenstrual symptoms: a randomized controlled trial. *Ginekologia polska*, 96(2), 102-108. <https://doi.org/10.5603/GPL.98199>
- Ayyub, S., Agrawal, M., Sharma, V., & Aravind, A. (2024). The Effect of Physical Activity on Premenstrual Syndrome: A Systematic Review. *Annals of neurosciences*. <https://doi.org/10.1177/09727531241297012>
- Bair, M. J., Robinson, R. L., Katon, W. & Kroenke, K. (2003). Depression and Pain Comorbidity. *Archives of Internal Medicine*, 163(20), 2433. <https://doi.org/10.1001/archinte.163.20.2433>
- Bakar, Y., Oztürk, A., Calisal, MA, et al. (2010). Complete decongestive physiotherapy for older people with chronic venous insufficiency. *Top Geriatr Rehabil*, 26(2), 164-170.
- Baker, F. C., Kahan, T. L., Trinder, J., & Colrain, I. M. (2007). Sleep quality and the sleep electroencephalogram in women with severe premenstrual syndrome. *Sleep*, 30(10), 1283-1291. <https://doi.org/10.1093/SLEEP/30.10.1283>
- Bandara, E. M.I.A., W. N.I. Kularathne, K. Brain, y Ishanka Weeraseskara. 2022. «Safety and efficacy of therapeutic taping in primary dysmenorrhea: a

- systematic review and meta-analysis». *Scientific Reports* 12(1): 1-13. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-11034-w>.
- Bane, S. M. (2015). Postpartum Exercise and Lactation. *Clinical obstetrics and gynecology*, 58(4), 885-892. <https://doi.org/10.1097/GRF.000000000000143>
 - Bapir R, Bhatti KH, Eliwa A, García-Perdomo HA, Gherabi N, Hennessey D, Magri V, Mourmouris P, Ouattara A, Perletti G, Philipraj J, Stamatiou K, Trinchieri A, Buchholz N. (2022). Efficacy of overactive neurogenic bladder treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *Arch Ital Urol Androl*. 94(4):492-506. <https://doi.org/10.4081/aiua.2022.4.492>
 - Baracho, E., et al. (2012). The development of Women's Health Physiotherapy in Brazil. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 16(1), 82-90.
 - Barberio, B., Judge, C., Savarino, E. V., & Ford, A. C. (2021). Global prevalence of functional constipation according to the Rome criteria: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Gastroenterology & Hepatology*, 6(8), 638-648. 10.1016/S2468-1253(21)00111-4
 - Barnason, S., White-Williams, C., Rossi, L., Centeno, M., Crabbe, D., Lee, K.,...Wood, K. (2017). Evidence for Therapeutic Patient Education Interventions to Promote Cardiovascular Patient Self-Management: A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association. *Circulation. Cardiovascular quality and outcomes*, 10(6). <https://doi.org/10.1161/HCQ.0000000000000025>
 - Bartley, E. J., y R. B. Fillingim. 2013. «Sex differences in pain: A brief review of clinical and experimental findings». *British Journal of Anaesthesia* 111(1): 52-58.
 - Baumann, F., Reike, A., Reimer, V., Schumann, M., Hallek, M., Taaffe, D.,...Galvao, D. (2018). Effects of physical exercise on breast cancer-related secondary lymphedema: a systematic review. *Breast cancer research and treatment*, 170(1). <https://doi.org/10.1007/s10549-018-4725-y>
 - Beamish N, Green N, Nieuwold E, McLean L. (2019). Differences in linea alba stiffness and linea alba distortion between women with and without diastasis recti abdominis: The impact of measurement site and task. *J Orthop Sports Phys Ther*. 49(9):656-665.
 - Beamish, N. F., Davenport, M. H., Ali, M. U., Gervais, M. J., Sjwed, T. N., Bains, G., Sivak, A., Deering, R. E., & Ruchat, S. M. (2025). Impact of postpartum exercise on pelvic floor disorders and diastasis recti abdominis: a systematic review and meta-analysis. *British journal of sports medicine*, 59(8), 562-575. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2024-108619>
 - Beckstead, J., Pezzo, M., Beckie, T., Shahraki, F., Kentner, A., & Grace, S. (2014). Physicians' tacit and stated policies for determining patient benefit and referral to cardiac rehabilitation. *Medical decision making : an*

- international journal of the Society for Medical Decision Making, 34(1). <https://doi.org/10.1177/0272989X13492017>
- Beebe, H., Bergan, J., Bergqvist, D., Eklof, B., Eriksson, I., Goldman, M.,...Sumner, D. (1996). Classification and grading of chronic venous disease in the lower limbs. A consensus statement. *European journal of vascular and endovascular surgery : the official journal of the European Society for Vascular Surgery*, 12(4). [https://doi.org/10.1016/s1078-5884\(96\)80019-0](https://doi.org/10.1016/s1078-5884(96)80019-0)
 - Belardinelli, R., Lacalaprice, F., Ventrella, C., Volpe, L., & Faccenda, E. (2008). Waltz dancing in patients with chronic heart failure: new form of exercise training. *Circulation. Heart failure*, 1(2). <https://doi.org/10.1161/CIRCHEARTFAILURE.108.765727>
 - Beleza, A. C. S., Ferreira, C. H. J., Driusso, P., dos Santos, C. B., & Nakano, A. M. S. (2017). Effect of cryotherapy on relief of perineal pain after vaginal childbirth with episiotomy: a randomized and controlled clinical trial. *Physiotherapy*, 103(4), 453-458. <https://doi.org/10.1016/J.PHYSIO.2016.03.003>
 - Benigni, J., Sadoun, S., Allaert, F., & F, V. (2003). Efficacy of Class 1 elastic compression stockings in the early stages of chronic venous disease. A comparative study. *International angiology : a journal of the International Union of Angiology*, 22(4).
 - Benjamin, D. R., Frawley, H. C., Shields, N., Peiris, C. L., van de Water, A. T. M., Bruder, A. M., & Taylor, N. F. (2023). Conservative interventions may have little effect on reducing diastasis of the rectus abdominis in postnatal women - A systematic review and meta-analysis. *Physiotherapy*, 119, 54-71. <https://doi.org/10.1016/J.PHYSIO.2023.02.002>
 - Benninga, M. A., Faure, C., Hyman, P. E., St James Roberts, I., Schechter, N. L., & Nurko, S. (2016). Childhood functional gastrointestinal disorders: Neonate/toddler. *Gastroenterology*, 150(6), 1443-1455.e2. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.016>
 - Berenbaum, S. A., & Beltz, A. M. (2016). How early hormones shape gender development. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 7, 53-60. <https://doi.org/10.1016/J.COBEHA.2015.11.011>
 - Berghmans, B. (2018). Physiotherapy for pelvic pain and female sexual dysfunction: an untapped resource. *International Urogynecology Journal*, 29(5), 631-638. <https://doi.org/10.1007/s00192-017-3536-8>
 - Bergström, C., Persson, M., & Mogren, I. (2014). Pregnancy-related low back pain and pelvic girdle pain approximately 14 months after pregnancy - pain status, self-rated health and family situation. *BMC pregnancy and childbirth*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-48>

- Bialosky, Joel E. et al. 2018. «Unraveling the mechanisms of manual therapy: Modeling an approach». *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy* 48(1): 8-18.
- Blanco Díaz, M., Bousoño García, C., Segura Ramírez, D. K., & Rodríguez Rodríguez, A. M. (2020). Manual physical therapy in the treatment of functional constipation in children: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 26(7), 620–627. <https://doi.org/10.1089/acm.2020.0090>
- Blanco Vázquez, M., Rangel de la Mata, P., Lorenzo-Gallego, L., & Navarro-Brazález, B. (2025). Eficacia del tratamiento de Fisioterapia en el síndrome genitourinario de la menopausia: revisión sistemática. *Fisioterapia*, 47(3), 162-177. <https://doi.org/10.1016/J.FT.2025.02.004>
- Blanes Segura, A., García, R., & Montero, R. (2018). Epidemiology and impact of pelvic floor dysfunction in Spain. *International Urogynecology Journal*, 29(4), 553–562. <https://doi.org/10.1007/s00192-017-3519-3>
- Blotta RM, Costa SDS, Trindade EN, Meurer L, Maciel-Trindade MR. (2018). Collagen I and III in women with diastasis recti. *Clinics (Sao Paulo)*; 73: e319.
- Bø, K., & Borgen, J. S. (2001). Prevalence of stress and urge urinary incontinence in elite athletes and controls. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 33(11), 1797–1802. 10.1097/00005768-200111000-00001
- Bø, K., & Herbert, R. (2013). There is not yet strong evidence that exercise regimens other than pelvic floor muscle training can reduce stress urinary incontinence in women: a systematic review. *Journal of Physiotherapy*, 59, 159–168.
- Bø, K., Anglès-Acedo, S., Batra, A., Brækken, I. H., Chan, Y. L., Jorge, C. H., Kruger, J., Yadav, M., & Dumoulin, C. (2023). Are hypopressive and other exercise programs effective for the treatment of pelvic organ prolapse? *International Urogynecology Journal*, 34(1), 43–52. 10.1007/s00192-022-05407-y
- Bø, K., Frawley, H. C., Haylen, B. T., Abramov, Y., Almeida, F. G., Berghmans, B., Bortolini, M., Dumoulin, C., Gomes, M., McClurg, D., Meijlink, J., Shelly, E., Trabuco, E., Walker, C., & Wells, A. (2017). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction. *International Urogynecology Journal*, 28(2), 191–213. <https://doi.org/10.1007/s00192-016-3123-4>
- Bø, K., Frawley, H. C., Hay-Smith, E. J., & Dumoulin, C. (2017). Physiotherapy for female pelvic floor dysfunction. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 29(5), 350–355. <https://doi.org/10.1097/GCO.0000000000000399>

- Bø, K., Morkved, S., Frawley, H., & Sherburn, M. (2009). Evidence for benefit of transversus abdominis training alone or in combination with pelvic floor muscle training to treat female urinary incontinence: A systematic review. *Neurourology and Urodynamics*, 28(5), 368–373. <https://doi.org/10.1002/nau.20700>
- BOE. (2003). Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-21340>
- BOE. (2021). Resolución de 12 de mayo de 2021, de la Universidad de Castilla-La Mancha, por la que se publica el plan de estudios del Máster Universitario en Fisioterapia en Disfunciones del Suelo Pélvico. *Boletín Oficial del Estado*, 127, 65246–65247. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-8966
- BOE. (2022). Real Decreto 589/2022, de 19 de julio, sobre formación transversal de especialidades sanitarias. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2022-12149>
- BOE. (2024). Resolución del 20 de febrero de 2024, de la Universidad de Alcalá, por la que se publica el plan de estudios del Máster Universitario en Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica. *Boletín Oficial del Estado*, 54, páginas 25170-25171. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2024-4072
- Böhme, S., Gerlinger, C., Huschens, S., Kucka, A., Kürschner, N., Leverkus, F., Schlichting, M., Siemens, W., Sternberg, K., & Hofmann-Xu, L. (2021). Patient-reported outcomes in the context of the benefit assessment in Germany. <https://doi.org/10.48550/arxiv.2107.03249>
- Bonocher, Camila M. et al. 2014. «Endometriosis and physical exercises: A systematic review». *Reproductive Biology and Endocrinology* 12(1).
- Bonsignore, A., Marzolini, S., & P, O. (2017). Cardiac rehabilitation for women with breast cancer and treatment-related heart failure compared with coronary artery disease: A retrospective study. *Journal of rehabilitation medicine*, 49(3). <https://doi.org/10.2340/16501977-2203>
- Bornhöft, Lena et al. 2019. More cost-effective management of patients with musculoskeletal disorders in primary care after direct triaging to physiotherapists for initial assessment compared to initial general practitioner assessment. *BMC Musculoskeletal Disorders* 20(1): 1-9.
- Bortolami, A., Vanti, C., Banchelli, F., Guccione, A. A., & Pillastrini, P. (2015). Relationship between female pelvic floor dysfunction and sexual dysfunction: an observational study. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(5), <https://doi.org/1233-1241.10.1111/jsm.12882>
- Bosch, N. M., Kalkdijk-Dijkstra, J. A., van Westreenen, H. L., Broens, P. M. A., Pierie, J. P. E. N., van der Heijden, J. A. G., & Klarenbeek, B. R. (2024). Pelvic

- floor rehabilitation after rectal cancer surgery: One-year follow-up of a multicenter randomized clinical trial (FORCE trial). *Annals of Surgery*, 281(2), 235–242. <https://doi.org/10.1097/SLA.00000000000006402>
- Bowman, C., Piedalue, K., Baydoun, M., & Carlson, L. (2020). The Quality of Life and Psychosocial Implications of Cancer-Related Lower-Extremity Lymphedema: A Systematic Review of the Literature. *Journal of clinical medicine*, 9(10). <https://doi.org/10.3390/jcm9103200>
 - Bradshaw, P. T., Stevens, J., Khankari, N., Teitelbaum, S. L., Neugut, A. I., & Gammon, M. D. (2016). Cardiovascular disease mortality among breast cancer survivors. *Epidemiology*, 27(1), 6–13.
 - Bravo, C., Skjaerven, L. H., Espart, A., Guitard Sein-Echaluce, L., & Catalan-Matamoros, D. (2019). Basic body awareness therapy in patients suffering from fibromyalgia: A randomized clinical trial. *Physiotherapy Theory and Practice*, 35(10), 919–929. <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1458267>
 - Brennen, R., Frawley, H. C., Martin, J., & Haines, T. P. (2021). Group-based pelvic floor muscle training for all women during pregnancy is more cost-effective than postnatal training for women with urinary incontinence: cost-effectiveness analysis of a systematic review. *Journal of physiotherapy*, 67(2), 105-114. <https://doi.org/10.1016/J.JPHYS.2021.03.001>
 - Brennen, R., Soh, S. E., Denehy, L., Lin, K. Y., Jobling, T., McNally, O. M., Hyde, S., Kruger, J., & Frawley, H. (2023). Pelvic floor muscle training delivered via telehealth to treat urinary and/or faecal incontinence after gynaecological cancer surgery: a single cohort feasibility study. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 31(10), 589.
 - Brouillard, P., Witte, M. H., Erickson, R. P., Damstra, R. J., Becker, C., Quéré, I., & Vikkula, M. (2021). Primary lymphoedema. *Nature Reviews Disease Primers*, 7(1), 77. <https://doi.org/10.1038/s41572-021-00309-7>
 - Brown, C. A., Toong, P. J., Kearney, R., Hagen, S., & McPeake, J. (2025). Systematic Review of Evidence for Conservative Management of Pelvic Organ Prolapse in Younger Women. *International Urogynecology Journal*, 36(3), 477–490. 10.1007/s00192-024-05995-x
 - Brown, W. J., Hayman, M., Haakstad, L. A. H., Lamerton, T., Mena, G. P., Green, A., Keating, S. E., Gomes, G. A. O., Coombes, J. S., & Mielke, G. I. (2022). Australian guidelines for physical activity in pregnancy and postpartum. *Journal of science and medicine in sport*, 25(6), 511-519. <https://doi.org/10.1016/J.JSAMS.2022.03.008>
 - Browse, N. L., & Stewart, G. (1985). Lymphoedema: pathophysiology and classification. *J Cardiovasc Surg (Torino)*, 26(2), 91-106.
 - Buckley, B. S., Sanders, C. D., Spineli, L., Deng, Q., & Kwong, J. S. (2019). Conservative interventions for treating functional daytime urinary

- incontinence in children. *The Cochrane database of systematic reviews*, 9(9), CD012367. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012367.pub2>
- Bugge, C., Adams, E. J., Gopinath, D., Stewart, F., Dembinsky, M., Sobiesuo, P., & Kearney, R. (2020). Pessaries (mechanical devices) for managing pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11)10.1002/14651858.CD004010.pub4
 - Bull, F. C., Al-Ansari, S. S., Biddle, S., Borodulin, K., Buman, M. P., Cardon, G., Carty, C., Chaput, J. P., Chastin, S., Chou, R., Dempsey, P. C., Dipietro, L., Ekelund, U., Firth, J., Friedenreich, C. M., Garcia, L., Gichu, M., Jago, R., Katzmarzyk, P. T., ... Willumsen, J. F. (2020). World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *British journal of sports medicine*, 54(24), 1451-1462. <https://doi.org/10.1136/BJSPORTS-2020-102955>
 - Bulley, C., Coutts, F., Blyth, C., Jack, W., Chetty, U., Barber, M., & Tan, C.-W. (2013). Prevalence and impacts of upper limb morbidity after treatment for breast cancer: a cross-sectional study of lymphedema and function. [PeerReviewed]. *Cancer Oncol Res*, 1(2), 30-39. <https://doi.org/Bulley>,
 - Buraschi, Riccardo et al. 2024. «Fibromyalgia Patients : A Systematic Review and Meta-Analysis». *Biomedicines* 12: 2412.
 - Burgell, R. E., Bhan, C., Lunniss, P. J., & Scott, S. M. (2012). Fecal incontinence in men: coexistent constipation and impact of rectal hyposensitivity. *Diseases of the Colon and Rectum*, 55(1), 18–25. 10.1097/DCR.0b013e318237f37d
 - Cabo-Meseguer, Asensi, Germán Cerdá-Olmedo, y José Luis Trillo-Mata. 2017. Fibromyalgia: Prevalence, epidemiologic profiles and economic costs. *Medicina Clinica* 149(10): 441-48. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2017.06.008>.
 - Cacciari, L. P., Kouakou, C. R. C., Poder, T., Vale, L., Morin, M., Mayrand, M.-H., Tousignant, M., & Dumoulin, C. (2022). Group-based pelvic floor muscle training is a more cost-effective approach to treat urinary incontinence in older women: Economic analysis of a randomised trial. *Journal of Physiotherapy*, 68(3), 191–196. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2022.06.001>
 - Caggiati, A., De Maeseneer, M., Cavezzi, A., Mosti, G., & Morrison, N. (2018). Rehabilitation of patients with venous diseases of the lower limbs: State of the art. *Phlebology*, 33(10). <https://doi.org/10.1177/0268355518754463>
 - Cai, Jingjie et al. 2025. Aerobic exercise to alleviate primary dysmenorrhea in adolescents and young women: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* (June 2024): 1-14.
 - Campbell, K. L., Winters-Stone, K. M., Wiskemann, J., May, A. M., Schwartz, A. L., Courneya, K. S., Zucker, D. S., Matthews, C. E., Ligibel, J. A., Gerber, L.

- H., Morris, G. S., Patel, A. V., Hue, T. F., Perna, F. M., & Schmitz, K. H. (2019). Exercise Guidelines for Cancer Survivors: Consensus Statement from International Multidisciplinary Roundtable. *Medicine and science in sports and exercise*, 51(11), 2375–2390.
- Campbell, L., Rogers, R., & Sumner, C. (2015). Breast cancer rehabilitation: Outcomes and recommendations. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 52(4), 389–402. <https://doi.org/10.1682/JRRD.2014.07.0170>
 - Campillo, R., Cerda-Vega, E., Campos-Jara, R., Martínez-Salazar, C., Reigal, R. E., Hernández-Mendo, A., Carneiro, L. & Campos-Jara, C. (2022). Effects of Physical Exercise on Executive Function in Adults with Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(22), 15270. <https://doi.org/10.3390/ijerph192215270>
 - Campos, D. M., Ferreira, D. L., Gonçalves, G. H., Farche, A. C. S., de Oliveira, J. C., & Ansai, J. H. (2021). Effects of aquatic physical exercise on neuropsychological factors in older people: A systematic review. *Archives of gerontology and geriatrics*, 96. <https://doi.org/10.1016/J.ARCHGER.2021.104435>
 - Campos, Ricardo Pereira, y Maria Isabel Vázquez. 2013. «The impact of Fibromyalgia on health-related quality of life in patients according to age». *Rheumatology International* 33(6): 1419-24.
 - Canadian Physiotherapy Association. (2021). Pelvic and Reproductive Health Division. <https://physiotherapy.ca/divisions/pelvicandreproductivehealth>
 - Cancela-Carral, J. M., Blanco, B., & López-Rodríguez, A. (2022). Therapeutic Aquatic Exercise in Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of clinical medicine*, 11(3). <https://doi.org/10.3390/JCM11030501>
 - Cao, C., Zhang, C., Sriskandarajah, C., Xu, T., Gotto, G., Sutcliffe, S., & Yang, L. (2022). Trends and Racial Disparities in the Prevalence of Urinary Incontinence Among Men in the USA, 2001–2020. *European Urology Focus*, 8(6), 1758–1767. 10.1016/j.euf.2022.04.015
 - Carbonell-Baeza, A., Soriano-Maldonado, A., Gallo, F. J., et al. (2015). Cost-effectiveness of a primary care-based exercise intervention in perimenopausal women: The FLAMENCO randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 15, 555. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1868-1>
 - Caro-Morán, E., Díaz-Rodríguez, L., Cantarero-Villanueva, I., Galiano-Castillo, N., Arroyo-Morales, M., & Fernández-Lao, C. (2014). Nerve pressure pain hypersensitivity and upper limb mechanosensitivity in breast cancer survivors: a case-control study. *Pain medicine (Malden, Mass.)*, 15(10), 1715–1723.
 - Carpentier, P., & Satger, B. (2009). Randomized trial of balneotherapy associated with patient education in patients with advanced chronic venous

- insufficiency. *Journal of vascular surgery*, 49(1). <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2008.07.075>
- Carpentier, P., Blaise, S., Satger, B., Genty, C., Rolland, C., Roques, C., & Bosson, J. (2014). A multicenter randomized controlled trial evaluating balneotherapy in patients with advanced chronic venous insufficiency. *Journal of vascular surgery*, 59(2). <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2013.08.002>
 - Carrascosa, M. del C., Navas, A., Artigues, C., Ortas, S., Portells, E., Soler, A., Bennasar-Veny, M., & Leiva, A. (2021). Effect of aerobic water exercise during pregnancy on epidural use and pain: A multi-centre, randomised, controlled trial. *Midwifery*, 103. <https://doi.org/10.1016/J.MIDW.2021.103105>
 - Carroquino-Garcia P, Jiménez-Rejano JJ, Medrano-Sanchez E, de la Casa-Almeida M, Diaz-Mohedo E, Suarez-Serrano C. Therapeutic Exercise in the Treatment of Primary Dysmenorrhea: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Phys Ther*. 2019 Oct 28;99(10):1371-1380. doi: 10.1093/ptj/pzz101
 - Carter, T., Bastounis, A., Guo, B., & Jane Morrell, C. (2019). The effectiveness of exercise-based interventions for preventing or treating postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *Archives of women's mental health*, 22(1), 37-53. <https://doi.org/10.1007/S00737-018-0869-3>
 - Carvalho, C. R. F., Paisani, D. M., & Lunardi, A. C. (2011). Incentive spirometry in major surgeries: A systematic review. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 15(5), 343–350.
 - Cary, E., & Simpson, P. (2024). Premenstrual disorders and PMDD - a review. *Best practice & research. Clinical endocrinology & metabolism*, 38(1). <https://doi.org/10.1016/J.BEEM.2023.101858>
 - Casale, Roberto et al. 2021. «Pain in Women: A Perspective Review on a Relevant Clinical Issue that Deserves Prioritization». *Pain and Therapy* 10(1): 287-314. <https://doi.org/10.1007/s40122-021-00244-1>.
 - Catherine and Coutts, Fiona and Blyth, Christine and Jack, W and Chetty, U and Barber, M and Tan, Chee-Wee (2013) Prevalence and impacts of upper limb morbidity after treatment for breast cancer: a cross-sectional study of lymphedema and function. *Cancer and Oncology Research*, 1 (2). pp. 30-39.
 - Centers for Medicare & Medicaid Services. (2000, October 6). Decision memo: Biofeedback for urinary incontinence (CAG-00020N). <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/view/ncacal-decision-memo.aspx?ncaid=12&proposed=N>
 - Centers for Medicare & Medicaid Services. (2000, October 6). Decision memo: Biofeedback for urinary incontinence (CAG-00020N). <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/view/ncacal-decision-memo.aspx?ncaid=12&proposed=N>
 - Chachaj, A., Malyszczak, K., Pyszel, K., Lukas, J., Tarkowski, R., Pudelko, M.,...Szuba, A. (2010). Physical and psychological impairments of women

- with upper limb lymphedema following breast cancer treatment. *Psychooncology*, 19(3), 299-305. <https://doi.org/10.1002/pon.1573>
- Chan, SY, LY Lu, SY Lin, y KS Ma. 2023. «Pain neuroscience education for fibromyalgia». *Int J Rheum Dis* 26(6): 1202-3.
 - Chase J, Austin P, Hoebeke P, et al. (2010). The management of dysfunctional voiding in children: A report from the Standardisation Committee of the International Children's Continence Society. *J Urol*, 183:1296–302.
 - Chasen, M. R., & Dippenaar, A. P. (2008). Cancer nutrition and rehabilitation—its time has come! *Current Oncology*, 15(3), 117–122.
 - Chen H, Zhao EJ, Zhang W, Lu Y, Liu R, Huang X, et al. (2015). Meta-analyses on prevalence of selected Parkinson's nonmotor symptoms before and after diagnosis. *Transl Neurodegener*, 4(1):1.
 - Chen, C. H., Hsieh, C. C., Chang, C. S., & Chen, M. F. (2020). A Retrospective Analysis of Dose Distribution and Toxicity in Patients with Left Breast Cancer Treated with Adjuvant Intensity-Modulated Radiotherapy: Comparison with Three-Dimensional Conformal Radiotherapy. *Cancer management and research*, 12, 9173–9182.
 - Chiapeta, Andrés Valente et al. 2024. «Effects of resistance training on pain, functionality and quality of life in women with fibromyalgia: A systematic review». *Journal of Bodywork and Movement Therapies* 40(May): 761-68.
 - Chiarello, CM. (2017). Pregnancy-Related Pelvic Girdle Pain and Diastasis Rectus Abdominis. *Journal of Women's Health Physical Therapy*.; 41(1): 3-9.
 - Choudhry, D. N., Saleem, S., Hatim, S., & Irfan, R. (2024). The effect of resistance training in reducing hot flushes in post-menopausal women: A meta-analysis. *Journal of bodywork and movement therapies*, 39, 335-342. <https://doi.org/10.1016/J.JBMT.2024.03.018>
 - Chung, S., Candelaria, D., & Gallagher, R. (2022). Women's Health-Related Quality of Life Substantially Improves With Tailored Cardiac Rehabilitation: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS. *Journal of cardiopulmonary rehabilitation and prevention*, 42(4). <https://doi.org/10.1097/HCR.0000000000000692>
 - Cilar Budler, L., & Budler, M. (2022). Physical activity during pregnancy: a systematic review for the assessment of current evidence with future recommendations. *BMC sports science, medicine & rehabilitation*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/S13102-022-00524-Z>
 - Cires-Drouet, R., Fangyang, L., Rosenberger, S., Startzel, M., Kidwell, M., Yokemick, J.,...Lal, B. (2020). High prevalence of chronic venous disease among health care workers in the United States. *Journal of vascular surgery. Venous and lymphatic disorders*, 8(2). <https://doi.org/10.1016/j.jvsv.2019.10.017>

- Clark, A., Munday, C., McLaughlin, D., Catto, S., McLaren, A., & Macintyre, P. (2012). Peer support to promote physical activity after completion of centre-based cardiac rehabilitation: evaluation of access and effects. *European journal of cardiovascular nursing*, 11(4). <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2010.12.001>
- COFFITO. (2009). Resolução n.º 372/2009 – Reconhece a Saúde da Mulher como especialidade. <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3135>
- COFFITO. (2011). Resolução n.º 401/2011 – Disciplina a Especialidade Profissional de Fisioterapia na Saúde da Mulher. <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3164>
- Cohen D, Gonzalez J & Goldstein I. (2016). The role of pelvic floor muscles in male sexual dysfunction and pelvic pain. *Sex Med Rev.*, 4(1):53-62. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2015.10.001>
- Colbert, J., Martin, B., Haykowsky, M., Hauer, T., Austford, L., Arena, R.,...Stone, J. (2015). Cardiac rehabilitation referral, attendance and mortality in women. *European journal of preventive cardiology*, 22(8). <https://doi.org/10.1177/2047487314545279>
- Coldron Y, Stokes MJ, Newham DJ, Cook K. (2008). Postpartum characteristics of rectus abdominis on ultrasound imaging. *Man Ther*;13(2):112–121.
- Colegio Profesional de Fisioterapeutas de la Comunidad de Madrid. (2022). *Evaluación económica de programas de salud pélvica en la Comunidad de Madrid*.
- Colegio Profesional de Fisioterapeutas de la Comunidad de Madrid. (2022). *Informe sobre coste-efectividad de la Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica*.
- Colegio Profesional de Fisioterapeutas de la Comunidad de Madrid. (2022). *Impacto económico, sanitario y social de la actividad de Fisioterapia en la Comunidad de Madrid*. CPFCM.
- Colella, T., Hardy, M., Hart, D., Price, J., Sarfi, H., Mullen, K.,...Norris, C. (2021). The Canadian Women's Heart Health Alliance Atlas on the Epidemiology, Diagnosis, and Management of Cardiovascular Disease in Women-Chapter 3: Patient Perspectives. *CJC open*, 3(3). <https://doi.org/10.1016/j.cjco.2020.11.020>
- Consejería de Sanidad, Junta de Andalucía. (2017). *Libro Blanco de la Carga Socioeconómica de la Incontinencia*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España. (2024). *Libro Blanco de la Fisioterapia Pelvipérvica*. Madrid: Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España. Recuperado de https://www.consejo-fisioterapia.org/adjuntos/publicaciones/publicacion_2.pdf

- Contreras-Osorio, F., Ramirez-Campillo, R., Cerda-Vega, E., Campos-Jara, R., Martínez-Salazar, C., Reigal, R. E., Hernández-Mendo, A., Carneiro, L. & Campos-Jara, C. (2022). Effects of Physical Exercise on Executive Function in Adults with Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(22), 15270. <https://doi.org/10.3390/ijerph192215270>
- Córdoba-de Juan, C., Arranz-Martín, B., & Torres-Lacomba, M. (2019). Disfunción sexual en mujeres diagnosticadas y tratadas de cáncer de mama: Estudio descriptivo longitudinal. *Fisioterapia*, 41(2), 73–82. <https://doi.org/10.1016/j.ft.2019.02.002>
- Cormie, P. et al. (2013). Exercise therapy for sexual dysfunction after prostate cancer. *Nat. Rev. Urol.*, 10: 731-736.
- Cornu JN, GACCI M, Hashim H, et al. (2023). European Association of Urology Guidelines on Non-Neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), incl. Benign Prostatic Obstruction (BPO), 1-106.
- Corvino A, Rosa D, Sbordone C, Nunziata A, Corvino F, Varelli C, Catalano O. (2019). Diastasis of rectus abdominis muscles: patterns of anatomical variation as demonstrated by ultrasound. *Pol J Radiol*;84: e542-e548.
- Coughlin, S. S., Ayyala, D., Majeed, B., Cortes, L., & Kapuku, G. (2020). Cardiovascular Disease among Breast Cancer Survivors. *Cardiovascular disorder and medicine*, 2(1), 10.31487/j.cdm.2020.01.01.
- Couto, Nuno, Diogo Monteiro, Luís Cid, y Teresa Bento. 2022. «Effect of different types of exercise in adult subjects with fibromyalgia: a systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials». *Scientific Reports* 12(1): 1-16. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-14213-x>.
- Cox, C. K., Schimpf, M. O., & Berger, M. B. (2021). Stigma Associated With Pelvic Floor Disorders. *Urogynecology*, 27(2) https://journals.lww.com/fpmrs/fulltext/2021/02000/stigma_associated_with_pelvic_floor_disorders.48.aspx
- Crane, P. (2001). I want to know: exploring how older women acquire health knowledge after a myocardial infarction. *Journal of women & aging*, 13(4). https://doi.org/10.1300/J074v13n04_02
- Crisóstomo, R. S., Candeias, M. S., & Armada-da-Silva, P. A. (2017). Venous flow during manual lymphatic drainage applied to different regions of the lower extremity in people with and without chronic venous insufficiency: A cross-sectional study. *Physiotherapy*, 103(1), 81–89. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2015.12.005>
- Curillo-Aguirre, C. A., & Gea-Izquierdo, E. (2023). Effectiveness of pelvic floor muscle training on quality of life in women with urinary incontinence: A systematic review and meta-analysis. *Medicina (Kaunas)*, 59(6), 1004. <https://doi.org/10.3390/medicina59061004>

- Cuthbert, C., Twomey, R., Bansal, M., Rana, B., Dhruva, T., Livingston, V., Daun, J. T., & Culos-Reed, S. N. (2023). The role of exercise for pain management in adults living with and beyond cancer: A systematic review and meta-analysis. *Supportive Care in Cancer*, 31(5), 254.
- Cyr, M.-P., Dostie, R., Camden, C., Dumoulin, C., Bessette, P., Pina, A., Gotlieb, W. H., Lapointe-Milot, K., Mayrand, M.-H., & Morin, M. (2022). Improvements following multimodal pelvic floor physical therapy in gynecological cancer survivors suffering from pain during sexual intercourse: Results from a one-year follow-up mixed-method study. *PloS One*, 17(1):e0262844.
- Cyr, M.-P., Dumoulin, C., Bessette, P., Pina, A., Gotlieb, W. H., Lapointe-Milot, K., Mayrand, M.-H., & Morin, M. (2021). A prospective single-arm study evaluating the effects of a multimodal physical therapy intervention on psychosexual outcomes in women with dyspareunia after gynecologic cancer. *The Journal of Sexual Medicine*, 18(5): 946-54.
- da Cunha, L. L., Feter, N., Alt, R. & Rombaldi, A. J. (2023). Effects of exercise training on inflammatory, neurotrophic and immunological markers and neurotransmitters in people with depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 326, 73–82. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.086>
- DadeMatthews, O. O., Agostinelli, P. J., Neal, F. K., Oladipupo, S. O., Hirschhorn, R. M., Wilson, A. E., & Sefton, J. E. M. (2022). Systematic review and meta-analyses on the effects of whole-body vibration on bone health. *Complementary therapies in medicine*, 65. <https://doi.org/10.1016/J.CTIM.2022.102811>
- Dalal, H., Evans, P., Campbell, J., Taylor, R., Watt, A., Read, K.,...Pereira Gray, D. (2007). Home-based versus hospital-based rehabilitation after myocardial infarction: A randomized trial with preference arms--Cornwall Heart Attack Rehabilitation Management Study (CHARMS). *International journal of cardiology*, 119(2). <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2006.11.018>
- D'Ancona, C., Haylen, B., Oelke, M., Abranches-Monteiro, L., Arnold, E., Goldman, H., Hamid, R., Homma, Y., Marcelissen, T., Rademakers, K., Schizas, A., Singla, A., Soto, I., Tse, V., de Wachter, S., Herschorn, S., & Standardisation Steering Committee ICS and the ICS Working Group on Terminology for Male Lower Urinary Tract & Pelvic Floor Symptoms and Dysfunction. (2019). The International Continence Society (ICS) report on the terminology for adult male lower urinary tract and pelvic floor symptoms and dysfunction. *Neurourology and Urodynamics*, 38(2), 433–477. 10.1002/nau.23897

- Danforth, K. N., Townsend, M. K., Lifford, K., Curhan, G. C., Resnick, N. M., & Grodstein, F. (2006). Risk factors for urinary incontinence among middle-aged women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 194(2), 339–345.
- Darski, C., Barbosa, L. J. F., Paiva, L. L., & Vieira, A. (2016). Association between the Functionality of Pelvic Floor Muscles and Sexual Satisfaction in Young Women. *Revista Brasileira De Ginecologia E Obstetricia : Revista Da Federacao Brasileira Das Sociedades De Ginecologia E Obstetricia*, 38(4), 164–169. [10.1055/s-0036-1580708](https://doi.org/10.1055/s-0036-1580708)
- Davenport, M. H., Marchand, A. A., Mottola, M. F., Poitras, V. J., Gray, C. E., Jaramillo Garcia, A., Barrowman, N., Sobierajski, F., James, M., Meah, V. L., Skow, R. J., Riske, L., Nuspl, M., Nagpal, T. S., Courbalay, A., Slater, L. G., Adamo, K. B., Davies, G. A., Barakat, R., & Ruchat, S. M. (2019a). Exercise for the prevention and treatment of low back, pelvic girdle and lumbopelvic pain during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *British journal of sports medicine*, 53(2), 90-98. <https://doi.org/10.1136/BJSPORTS-2018-099400>
- Davenport, M. H., Ruchat, S. M., Jaramillo Garcia, A., Ali, M. U., Forte, M., Beamish, N., Fleming, K., Adamo, K. B., Brunet-Pagé, É., Chari, R., Lane, K. N., Mottola, M. F., & Neil-Sztramko, S. E. (2025). 2025 Canadian guideline for physical activity, sedentary behaviour and sleep throughout the first year post partum. *British journal of sports medicine*. <https://doi.org/10.1136/BJSPORTS-2025-109785>
- Davies, A. (2019). The Seriousness of Chronic Venous Disease: A Review of Real-World Evidence. *Advances in therapy*, 36(Suppl 1). <https://doi.org/10.1007/s12325-019-0881-7>
- Davies, C., Levenhagen, K., Ryans, K., Perdomo, M., & Gilchrist, L. (2020). Interventions for Breast Cancer-Related Lymphedema: Clinical Practice Guideline From the Academy of Oncologic Physical Therapy of APTA. *Physical therapy*, 100(7). <https://doi.org/10.1093/ptj/pzaa087>
- De Aguiar, E. D. O. G., Marconi, E. M., Monteiro-Oliveira, B. B., Gomes-Santos, A. C., Oliveira, A. C. C., Paineiras-Domingos, L. L., Sá-Caputo, D. C., & Filho, M. B. (2023). Whole-Body Vibration Exercise Improves the Functionality in Postmenopausal Women: A Systematic Review. *Iranian journal of public health*, 52(3), 476-487. <https://doi.org/10.18502/IJPH.V52I3.12131>
- de Almeida, P. P., de Oliveira, R. G., de Almeida, L. I. M., & de Oliveira, L. C. (2024). Effects of Pilates exercises on health-related quality of life in postmenopausal women: a systematic review and meta-analysis. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 33(8), 2067-2079. <https://doi.org/10.1007/S1136-024-03651-X>

- de Castro, R., Antunes, R., Mendes, D., Szumilewicz, A., & Santos-Rocha, R. (2022). Can Group Exercise Programs Improve Health Outcomes in Pregnant Women? An Updated Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 19(8). <https://doi.org/10.3390/IJERPH19084875>
- De Groef, A., Meeus, M., De Vrieze, T., Vos, L., Van Kampen, M., Geraerts, I., & Devoogdt, N. (2018). Unraveling Self-Reported Signs of Central Sensitization in Breast Cancer Survivors with Upper Limb Pain: Prevalence Rate and Contributing Factors. *Pain physician*, 21(3), E247–E256.
- De Groef, A., Penen, F., Dams, L., Van der Gucht, E., Nijs, J., & Meeus, M. (2019). Best-Evidence Rehabilitation for Chronic Pain Part 2: Pain during and after Cancer Treatment. *Journal of clinical medicine*, 8(7), 979.
- De Groef, A., Van Kampen, M., Vervloesem, N., Dieltjens, E., Christiaens, M. R., Neven, P., Vos, L., De Vrieze, T., Geraerts, I., & Devoogdt, N. (2018). Effect of myofascial techniques for treatment of persistent arm pain after breast cancer treatment: randomized controlled trial. *Clinical rehabilitation*, 32(4), 451–461.
- De la Rosa Díaz, I., Torres Lacomba, M., Cerezo Téllez, E., Díaz Del Campo Gómez-Rico, C., & Gutiérrez Ortega, C. (2017). Accessory Joint and Neural Mobilizations for Shoulder Range of Motion Restriction After Breast Cancer Surgery: A Pilot Randomized Clinical Trial. *Journal of chiropractic medicine*, 16(1), 31–40.
- De la Rosa-Díaz, I., Torres-Lacomba, M., Acosta-Ramírez, P., Orive, I. G., Nee, R. J., de la Villa-Polo, P., Andrés-Esteban, E. M., & Sánchez-Sánchez, B. (2018). Protective myoelectric activity at performing upper limb neurodynamic test 1 in breast cancer survivors. A cross-sectional observational study. *Musculoskeletal science & practice*, 36, 68–80.
- De Maeseneer, M., Kakkos, S., Aherne, T., Baekgaard, N., Black, S., Blomgren, L., Stansby, G. (2022). Editor's Choice - European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2022 Clinical Practice Guidelines on the Management of Chronic Venous Disease of the Lower Limbs. *European journal of vascular and endovascular surgery: the official journal of the European Society for Vascular Surgery*, 63(2). <https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2021.12.024>
- De Mattos Lourenção, A. C., et al. (2022). Group-based pelvic floor muscle training is more cost-effective than individual training. *European Journal of Physical Therapy*, 24(3), 112–119. <https://doi.org/10.1016/j.ejpt.2022.112>
- de Mattos Lourenco, T. R., Matsuoka, P. K., Baracat, E. C., & Haddad, J. M. (2018). Urinary incontinence in female athletes: a systematic review. *International Urogynecology Journal*, 29(12), 1757–1763. 10.1007/s00192-018-3629-z

- de Moraes Silva, M., Nakano, L., Cisneros, L., & Miranda, F. (2023). Balneotherapy for chronic venous insufficiency. The Cochrane database of systematic reviews, 1(1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013085.pub3>
- de Oliveira, R. D. J., de Oliveira, R. G., de Oliveira, L. C., Santos-Filho, S. D., Sá-Caputo, D. C., & Bernardo-Filho, M. (2023). Effectiveness of whole-body vibration on bone mineral density in postmenopausal women: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Osteoporosis international: a journal established as result of cooperation between the European Foundation for Osteoporosis and the National Osteoporosis Foundation of the USA*, 34(1), 29-52. <https://doi.org/10.1007/S00198-022-06556-Y>
- de Sena Fraga, C. D., de Araújo, R. C., de Sá, L., Santos Bertoldo, A. J., & Rodarti Pitangui, A. C. (2024). Use of a peanut ball, positioning and pelvic mobility in parturient women shortens labour and improves maternal satisfaction with childbirth: a randomised trial. *Journal of physiotherapy*, 70(2), 134-141. <https://doi.org/10.1016/J.JPHYS.2024.02.017>
- de Souza E Silva, C., Nishijuka, F., de Castro, C., Franca, J., Myers, J., Laukkanen, J., & de Araújo, C. (2022). Women Have Lower Mortality Than Men After Attending a Long-Term Medically Supervised Exercise Program. *Journal of cardiopulmonary rehabilitation and prevention*, 42(2). <https://doi.org/10.1097/HCR.0000000000000623>
- del Carmen Carcelén-Fraile, M., Aibar-Almazán, A., Martínez-Amat, A., Cruz-Díaz, D., Díaz-Mohedo, E., Redecillas-Peiró, M. T., & Hita-Contreras, F. (2020). Effects of Physical Exercise on Sexual Function and Quality of Sexual Life Related to Menopausal Symptoms in Peri- and Postmenopausal Women: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 17(8). <https://doi.org/10.3390/IJERPH17082680>
- DeSantis, C. E., Ma, J., Gaudet, M. M., Newman, L. A., Miller, K. D., Sauer, A. G., Jemal, A., & Siegel, R. L. (2019). Breast cancer statistics, 2019. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 69(6), 438–451.
- Díaz del Campo Gómez-Rico, C. (2022). Embarazo y parto: Fisioterapia perinatal. *Fisioterapia del suelo pélvico: manual para la prevención y el tratamiento en la mujer, en el hombre y en la infancia, 2022*, ISBN 978-84-9110-453-7, págs. 67-82, 67-82. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9331038>
- Díez-Buil, H., Hernandez-Lucas, P., Leirós-Rodríguez, R., & Echeverría-García, O. (2024). Effects of the combination of exercise and education in the treatment of low back and/or pelvic pain in pregnant women: Systematic review and meta-analysis. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 164(3), 811-822. <https://doi.org/10.1002/IJGO.15000>

- Díez-Buil, H., Hernández-Lucas, P., Leirós-Rodríguez, R., & Echeverría-García, O. (2024). Effects of the combination of exercise and education in the treatment of low back and/or pelvic pain in pregnant women: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 164(3), 811–822. <https://doi.org/10.1002/ijgo.15000>
- Dilbaz, B., & Aksan, A. (2021). Premenstrual syndrome, a common but underrated entity: review of the clinical literature. *Journal of the Turkish German Gynecological Association*, 22(2), 139. <https://doi.org/10.4274/JTGGG.GALENOS.2021.2020.0133>
- Dipietro, L., Evenson, K. R., Bloodgood, B., Sprow, K., Troiano, R. P., Piercy, K. L., Vaux-Bjerke, A., & Powell, K. E. (2019). Benefits of Physical Activity during Pregnancy and Postpartum: An Umbrella Review. *Medicine and science in sports and exercise*, 51(6), 1292-1302. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000001941>
- Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales. Diario Oficial de la Unión Europea, L 255, de 30/09/2005, páginas 22–142. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX%3A32005L0036>
- DiSipio, T., Rye, S., Newman, B., & Hayes, S. (2013). Incidence of unilateral arm lymphoedema after breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol*, 14(6), 500-515. [https://doi.org/10.1016/s1470-2045\(13\)70076-7](https://doi.org/10.1016/s1470-2045(13)70076-7)
- Ditah, I., Devaki, P., Luma, H. N., Ditah, C., Njei, B., Jaiyeoba, C., Salami, A., Ditah, C., Ewelukwa, O., & Szarka, L. (2014). Prevalence, trends, and risk factors for fecal incontinence in United States adults, 2005-2010. *Clinical Gastroenterology and Hepatology: The Official Clinical Practice Journal of the American Gastroenterological Association*, 12(4), 636–2. [10.1016/j.cgh.2013.07.020](https://doi.org/10.1016/j.cgh.2013.07.020)
- Diz-Teixeira, P., Alonso-Calvete, A., Justo-Cousiño, L. A., González-González, Y., & Da Cuña-Carrera, I. (2023). Update on Physiotherapy in Postpartum Urinary Incontinence. A Systematic Review. *Archivos españoles de urología*, 76(1), 29-39. <https://doi.org/10.56434/J.ARCH.ESP.UROL.20237601.2>
- Do, J., Choi, K., Ahn, J., & Jeon, J. (2017). Effects of a complex rehabilitation program on edema status, physical function, and quality of life in lower-limb lymphedema after gynecological cancer surgery. *Gynecologic oncology*, 147(2). <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2017.09.003>
- Dobson, R. (2023). Cardio-oncology in 2022. In *European Cardiology Review*. Radcliffe Medical Media, (18).
- Doggweiler, R.; Whitmore, K.E.; Meijlink, J.M.; Drake, M.J.; Frawley, H.; Nordling, J.; Hanno, P.; Fraser, M.O.; Homma, Y.; Garrido, G.; et al. A standard

- for terminology in chronic pelvic pain syndromes: A report from the chronic pelvic pain working group of the international continence society. *Neurourol. Urodyn.* 2017, 36, 984–1008. <https://doi.org/10.1002/nau.23072>.
- Dolibog, P., Franek, A., Taradaj, J., Dolibog, P., Blaszczyk, E., Polak, A., Kolanko, M. (2013). A comparative clinical study on five types of compression therapy in patients with venous leg ulcers. *International journal of medical sciences*, 11(1). <https://doi.org/10.7150/ijms.7548>
 - Domínguez Garrido, N., Muñoz, A., & Alonso, P. (2020). Cost-effectiveness of multidisciplinary rehabilitation for breast cancer survivors: An economic analysis. *Supportive Care in Cancer*, 28(11), 5255–5263. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05395-6>
 - Donovan, J. L., Hamdy, F. C., Lane, J. A., et al. (2019). Patient-reported outcomes after monitoring, surgery, or radiotherapy for prostate cancer. *New England Journal of Medicine*, 382(2), 109–120. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1910038>
 - Donovan, K. A., Boyington, A. R., Ismail-Khan, R., & Wyman, J. F. (2012). Urinary symptoms in breast cancer: A systematic review. *Cancer*, 118(3), 582–93.
 - Döpfer Akademie. (2026). Fasziales Beckenbodentraining – Grundkurs (ZVK). <https://www.doepfer-akademie.de/fortbildung/fasziales-beckenbodentraining-24/>
 - dos Santos Crisóstomo, R., Costa, D., de Luz Belo Martins, C., Fernandes, T., & Armada-da-Silva, P. (2015). Influence of manual lymphatic drainage on health-related quality of life and symptoms of chronic venous insufficiency: a randomized controlled trial. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 96(2). <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2014.09.020>
 - Doyle, C., Lennox, L., & Bell, D. (2013). A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ open*, 3(1). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001570>
 - Dumoulin, C., Cacciari, L. P., & Hay-Smith, E. J. C. (2018). Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10(10), CD005654. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005654.pub4>
 - Dumoulin, C., Hay-Smith, J., & Habée-Séguin, G. (2018). Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005654.pub4>
 - Dupuit, M., Maillard, F., Pereira, B., Marquezi, M. L., Lancha, A. H., & Boisseau, N. (2020). Effect of high intensity interval training on body composition in women before and after menopause: a meta-analysis. *Experimental physiology*, 105(9), 1470–1490. <https://doi.org/10.1113/EP088654>

- Eberhardt, R., & Raffetto, J. (2014). Chronic venous insufficiency. *Circulation*, 130(4). <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.113.006898>
- Ehsani, F., Sahebi, N., Shanbehzadeh, S., Arab, A. M., & ShahAli, S. (2020). Stabilization exercise affects function of transverse abdominis and pelvic floor muscles in women with postpartum lumbo-pelvic pain: a double-blinded randomized clinical trial study. *International urogynecology journal*, 31(1), 197-204. <https://doi.org/10.1007/S00192-019-03877-1>
- Ekblom, Ö., Cider, Å., Hambraeus, K., Bäck, M., Leosdottir, M., Lönn, A., & Börjesson, M. (2022). Participation in exercise-based cardiac rehabilitation is related to reduced total mortality in both men and women: results from the SWEDHEART registry. *European journal of preventive cardiology*, 29(3). <https://doi.org/10.1093/eurjpc/zwab083>
- Eklöf, B., Rutherford, R., Bergan, J., Carpentier, P., Gloviczki, P., Kistner, R.,...Wakefield, T. (2004). Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders: consensus statement. *Journal of vascular surgery*, 40(6). <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2004.09.027>
- El Khoudary, S., Aggarwal, B., Beckie, T., Hodis, H., Johnson, A., Langer, R., Allison, M. (2020). Menopause Transition and Cardiovascular Disease Risk: Implications for Timing of Early Prevention: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*, 142(25). <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000912>
- Elizagaray-García, Ignacio, Jorge Muriente-González, y Alfonso Gil-Martínez. 2016. Educación al paciente con fibromialgia. *Rev Neurol* 62(2): 49-60.
- Engeler, D.; Baranowski, A.P.; Berghmans, B.; Birch, J.; Borovicka, J.; Cottrell, A.M.; Dütschler, J.; Dinis-Oliveira, P.; Elneil, S.; Flink, I.; et al. (2025). *EAU Guidelines of Chronic Pelvic Pain*; European Association of Urology: Arnhem, The Netherlands, pp. 1–88.
- Epperson, C. N., Steiner, M., Hartlage, S. A., Eriksson, E., Schmidt, P. J., Jones, I., & Yonkers, K. A. (2012). Premenstrual dysphoric disorder: evidence for a new category for DSM-5. *The American journal of psychiatry*, 169(5), 465-475. <https://doi.org/10.1176/APPI.AJP.2012.11081302>
- Erdélyi, A., Pálfi, E., Túű, L., Nas, K., Szűcs, Z., Török, M., Jakab, A., & Várbíró, S. (2023). The Importance of Nutrition in Menopause and Perimenopause-A Review. *Nutrients*, 16(1). <https://doi.org/10.3390/NU16010027>
- Ernst, E., Saradeth, T., & Resch, K. (1991). A single blind randomized, controlled trial of hydrotherapy for varicose veins. *VASA. Zeitschrift fur Gefasskrankheiten*, 20(2).
- Ernst, E., TSaradeth, T., & Resch, K. L. (1992). Hydrotherapy for Varicose Veins: A Randomized, Controlled Trial [research-article]. *Phlebology*, 7(4), 154-157. https://doi.org/10.1177_026835559200700407

- Ernstzen, Dawn V., Quinette A. Louw, y Susan L. Hillier. 2017. «Clinical practice guidelines for the management of chronic musculoskeletal pain in primary healthcare: A systematic review». *Implementation Science* 12(1): 1-13. <http://dx.doi.org/10.1186/s13012-016-0533-0>.
- Er-Rabiai, Y., Torres-Lacomba, M., Casaña, J., López-Bueno, R., Núñez-Cortés, R., & Calatayud, J. (2024). The Effectiveness of Adding Transvaginal Radiofrequency to Pelvic Floor Muscle Training for 6 Weeks in Women with Stress Urinary Incontinence. A Double-Blind Randomised Controlled Trial. *International Urogynecology Journal*, 35(9), 1817–1828. <https://doi.org/10.1007/s00192-024-05874-5>
- Espírito Santo, J., Moita, J., & Nunes, A. (2024). The Efficacy of Manual Therapy on Musculoskeletal Pain in Menopause: A Systematic Review. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 12(18). <https://doi.org/10.3390/HEALTHCARE12181838>
- Estévez-López, Fernando et al. 2021. «Effectiveness of Exercise on Fatigue and Sleep Quality in Fibromyalgia: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Trials. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 102(4): 752-61.
- European Association of Urology. (2023). *Socio-economic report: The health, socio-economic and environmental costs of continence problems in the EU*. <https://uroweb.org/>
- European Association of Urology. (2023). *The annual economic burden of urinary incontinence could reach €100 billion in 2030*. Recuperado de <https://uroweb.org>
- European Association of Urology. *EAU guidelines on non-neurogenic female lower urinary tract symptoms (LUTS)* [Internet]. 2025. Available from: <https://d56bochluxqnz.cloudfront.net/documents/full-guideline/EAU-Guidelines-on-Non-neurogenic-Female-LUTS-2025.pdf>
- European Commission. (2018). *Directive (EU) 2018/958 on the proportionality test before adoption of new regulation of professions*.
- European Commission. (2023). *ESCO: European Skills, Competences, Qualifications and Occupations*. Recuperado de <https://esco.ec.europa.eu>
- European Institute for Gender Equality. (2023). *Gender mainstreaming in health policies: EU monitoring report*. <https://eige.europa.eu>
- European Region of World Physiotherapy. (2018). *Physiotherapy in Primary Care in Europe: A survey report*. Recuperado de https://www.physio-pedia.com/Physiotherapy_in_Primary_Care
- Ezzo, J., Manheimer, E., McNeely, M. L., Howell, D. M., Weiss, R., Johansson, K. I., Karadibak, D. (2015). Manual lymphatic drainage for lymphedema following breast cancer treatment. *Cochrane Database Syst Rev*, 5, Cd003475. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003475.pub2>

- Fagevik-Olsén, M., Lannefors, L., & Westerdahl, E. (2015). Positive expiratory pressure: Common clinical applications and physiological effects. *Respiratory Medicine*, 109(3), 297–307.
- Farage, Miranda A., Sallie Neill, y Allan B. MacLean. 2009. «Physiological changes associated with the menstrual cycle a review». *Obstetrical and Gynecological Survey* 64(1): 58-72.
- Faubion, S. S., Larkin, L. C., Stuenkel, C. A., Bachmann, G. A., Chism, L. A., Kagan, R., Kaunitz, A. M., Krychman, M. L., Parish, S. J., Partridge, A. H., Pinkerton, J. V., Rowen, T. S., Shapiro, M., Simon, J. A., Goldfarb, S. B., & Kingsberg, S. A. (2018). Management of genitourinary syndrome of menopause in women with or at high risk for breast cancer: consensus recommendations from The North American Menopause Society and The International Society for the Study of Women's Sexual Health. *Menopause* (New York, N.Y.), 25(6), 596–608.
- Fazeli MS, Lin Y, Nikoo N, et al. (2015). Biofeedback for nonneuropathic day time voiding disorders in children: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Urol*;193:274–9.
- Fenocchi, L., Best, C., Mason, H., Elders, A., Hagen, S., & Maxwell, M. (2023). Long-term effects and costs of pelvic floor muscle training for prolapse: Trial follow-up record-linkage study. *International Urogynecology Journal*, 34(1), 239–246. <https://doi.org/10.1007/s00192-022-05272-9>
- Fernandes, A. C. N. L., Jorge, C. H., & Hagen, S. (2025). Pelvic floor muscle training with feedback or biofeedback for urinary incontinence in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40066950>
- Fernandes, A. C. N., Jorge, C. H., Weatherall, M., Ribeiro, I. V., Wallace, S. A., & Hay-Smith, E. J. C. (2025). Pelvic floor muscle training with feedback or biofeedback for urinary incontinence in women. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(3), CD009252. 10.1002/14651858.CD009252.pub2
- Fernandez, R., Salamonson, Y., Juergens, C., Griffiths, R., & Davidson, P. (2007). Validation of the revised cardiac rehabilitation preference form in patients with post-percutaneous coronary intervention. *Journal of cardiopulmonary rehabilitation and prevention*, 27(6). <https://doi.org/10.1097/01.HCR.0000300267.92516.23>
- Fernández-Fairén, M. 2024. «Guía SLAOT de práctica clínica sobre dolor musculoesquelético». *Sociedad Latinoamericana de Ortopedia y Traumatología (SLAOT)*.
- Fernández-Pérez, P., Leirós-Rodríguez, R., Marqués-Sánchez, M. P., Martínez-Fernández, M. C., de Carvalho, F. O., & Maciel, L. Y. S. (2023). Effectiveness of physical therapy interventions in women with dyspareunia: a systematic

- review and meta-analysis. *BMC women's health*, 23(1), 387. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02532-8>
- Fernández-Rodríguez, R., Alvarez-Bueno, C., Reina-Gutiérrez, S., Torres-Costoso, A., Arenas-Arroyo, S. N. De, & Martínez-Vizcaíno, V. (2021). Effectiveness of Pilates and Yoga to improve bone density in adult women: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 16(5). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0251391>
 - Ferrandez, J., Ganchou, PH, Theys, S, Torres-Lacomba, M , Serin, D. (2022). Adapter le Drainage Lymphatique Manuel pour le Lymphœdème du Membre Supérieur: Point de vue de CliniciensManual Lymphatic Drainage for Upper Limb Lymphedema: A Clinician's
 - Ferraz, V. de S., Peixoto, C., Ferreira Resstel, A. P., Cerqueira de Paula, Y. T., & Gomes de Souza Pegorare, A. B. (2023). Effect of the pilates method on pain and quality of life in pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Journal of bodywork and movement therapies*, 35, 220-227. <https://doi.org/10.1016/J.JBMT.2023.04.076>
 - Ferreira, L., Abrantes, C., Alves, M. E., Moreira, C., & Moreira, H. (2024). Effects of exercise programs on cardiorespiratory fitness and arterial stiffness on postmenopausal women: A systematic review study. *Maturitas*, 181. <https://doi.org/10.1016/J.MATURITAS.2024.107917>
 - Ferreira, Manuela L. et al. 2023. «Global, regional, and national burden of low back pain, 1990–2020, its attributable risk factors, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021». *The Lancet Rheumatology* 5(6): e316-29.
 - Ferries-Rowe, E., Corey, E., & Archer, J. S. (2020). Primary dysmenorrhea: Diagnosis and therapy. *Obstetrics & Gynecology*, 136(5), 1047–1058. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004096>
 - Földi, E., Földi, M., & Clodius, L. (1989). The Lymphedema Chaos: A Lancet. *Ann Plast Surg*, 22, 505 - 515.
 - Fontana Carvalho, A. P., Dufresne, S. S., Rogério De Oliveira, M., Couto Furlanetto, K., Dubois, M., Dallaire, M., Ngomo, S., & Da Silva, R. A. (2020). Effects of lumbar stabilization and muscular stretching on pain, disabilities, postural control and muscle activation in pregnant woman with low back pain. *European journal of physical and rehabilitation medicine*, 56(3), 297-306. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.20.06086-4>
 - Forestier, R., Briancon, G., Francon, A., Erol, F., & Mollard, J. (2014). Balneohydrotherapy in the treatment of chronic venous insufficiency. *VASA. Zeitschrift für Gefasskrankheiten*, 43(5). <https://doi.org/10.1024/0301-1526/a000374>
 - Forsythe, E., & Horsewell, J. E. (2006). Sexual rehabilitation of women with a spinal cord injury. *Spinal cord*, 44(4), 234-241.

- Fozzatti, C., Herrmann, V., Palma, T., Riccetto, C. L. Z., & Palma, P. C. R. (2010). Global Postural Re-education: an alternative approach for stress urinary incontinence? *Eur.J.Obstet.Gynecol.Reprod.Biol.*, 152, 218–24.
- Francis, T., Kabboul, N., Rac, V., Mitsakakis, N., Pechlivanoglou, P., Bielecki, J.,...Krahn, M. (2019). The Effect of Cardiac Rehabilitation on Health-Related Quality of Life in Patients With Coronary Artery Disease: A Meta-analysis. *The Canadian journal of cardiology*, 35(3). <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2018.11.013>
- Frawley, H. C., Neumann, P., & Delany, C. (2019). Education in pelvic health physiotherapy: Global perspectives and challenges. *Physical Therapy Reviews*, 24(3-4), 189–198. <https://doi.org/10.1080/10833196.2019.1619839>
- Frawley, H., Shelly, B., Morin, M., Bernard, S., Bø, K., Digesu, G. A., Dickinson, T., Goonewardene, S., McClurg, D., Rahnama'i, M. S., Schizas, A., Slieker-Ten Hove, M., Takahashi, S., & Voelkl Guevara, J. (2021). An International Continence Society (ICS) report on the terminology for pelvic floor muscle assessment. *Neurourology and Urodynamics*, 40(5), 1217–1260. <https://doi.org/10.1002/nau.24658>
- Fullen, Brona M. et al. 2023. Musculoskeletal Pain: Current and Future Directions of Physical Therapy Practice. *Archives of Rehabilitation Research and Clinical Translation* 5(1).
- Funada, S., Yoshioka, T., Luo, Y., Sato, A., Akamatsu, S., & Watanabe, N. (2023). Bladder training for treating overactive bladder in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10(10), CD013571. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013571.pub2>
- Furness, J. B. (2012). The enteric nervous system and neurogastroenterology. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*, 9(5), 286–294. <https://doi.org/10.1038/nrgastro.2012.32>
- G GGUP – FiHH. (2022). Beckenbodenschule® (präventives Kurskonzept nach § 20 SGB V). FiHH. <https://www.fihh.de/kursuebersicht/kategorie/Beckenbodenschule%2Bder%2BAG%2BGGUP/551>
- García Sánchez, E., Ruiz, J., & Martínez, C. (2017). The economic burden of pelvic floor disorders in Spain. *International Urogynecology Journal*, 28(10), 1543–1551. <https://doi.org/10.1007/s00192-017-3316-z>
- García-Moreno, C. ; W. H. O. L. S. of H. and T. M. S. A. M. R. C. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*.
- García-Sánchez, E., Rubio-Arias, J. A., Ávila-Gandía, V., Ramos-Campo, D. J., & López-Román, J. (2016). Effectiveness of pelvic floor muscle training in treating urinary incontinence in women: A current review. [Efectividad del entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico en el tratamiento de la

- incontinencia urinaria en la mujer: una revisión actual] *Actas Urológicas Españolas*, 40(5), 271–278. <https://doi.org/10.1016/j.acuro.2015.09.001>
- Garrido-Ardila, Elisa María et al. 2021. «Effects of physiotherapy vs. Acupuncture in quality of life, pain, stiffness, difficulty to work and depression of women with fibromyalgia: A randomized controlled trial». *Journal of Clinical Medicine* 10(17).
 - Gatenby, C., & Simpson, P. (2024). Menopause: Physiology, definitions, and symptoms. *Best practice & research. Clinical endocrinology & metabolism*, 38(1). <https://doi.org/10.1016/J.BEEM.2023.101855>
 - Gaunaurd, I. A., Gómez-Marín, O. W., Ramos, C. F., Sol, C. M., Cohen, M. I., Cahalin, L. P., et al. (2014). Physical activity and quality of life improvements of patients with idiopathic pulmonary fibrosis completing a pulmonary rehabilitation program. *Respiratory Care*, 59(12), 1872–1879.
 - Geneen, Louise et al. 2014. «Physical activity and exercise for chronic pain in adults: An overview of Cochrane reviews». *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014(8).
 - George, S. E., & Borello-France, D. F. (2017). Perspective on Physical Therapist Management of Functional Constipation. *Physical Therapy*, 97(4), 478–493. 10.2522/ptj.20160110
 - GETECH. (2022). *Guía de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: Fisioterapia en fibromialgia*. Ministerio de Sanidad, Gobierno de España.
 - Ghisi, G., Marzolini, S., Price, J., Beckie, T., Mamataz, T., Naheed, A., & Grace, S. (2022). Women-Focused Cardiovascular Rehabilitation: An International Council of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation Clinical Practice Guideline. *The Canadian journal of cardiology*, 38(12). <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2022.06.021>
 - Ghisi, G., Polyzotis, P., Oh, P., Pakosh, M., & Grace, S. (2013). Physician factors affecting cardiac rehabilitation referral and patient enrollment: a systematic review. *Clinical cardiology*, 36(6). <https://doi.org/10.1002/clc.22126>
 - Giannopapas, V., Kitsos, D., Tsogka, A., Tzartos, J. S., Paraskevas, G., Tsigoulis, G., ... & Bakalidou, D. (2023). Sexual dysfunction therapeutic approaches in patients with multiple sclerosis: a systematic review. *Neurological Sciences*, 44(3), 873-880.
 - Gluppe, S., Engh, M. E., & Bø, K. (2021). What is the evidence for abdominal and pelvic floor muscle training to treat diastasis recti abdominis postpartum? A systematic review with meta-analysis. *Brazilian journal of physical therapy*, 25(6), 664-675. <https://doi.org/10.1016/J.BJPT.2021.06.006>
 - Goldman, U. B., Svane, G., Anderson, M., Wennberg, B., & Lind, P. (2014). Long-term functional and radiological pulmonary changes after radiation therapy for breast cancer. *Acta Oncologica*, 53(10), 1373–1379.

- Gonzales, A. L., Barnes, K. L., Qualls, C. R., & Jeppson, P. C. (2021). Prevalence and treatment of postpartum stress urinary incontinence: A systematic review. *Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery*, 27(1), e139–e145. <https://doi.org/10.1097/SPV.0000000000000866>
- González-Gutiérrez, M.D.; López-Garrido, Á.; Cortés-Pérez, I.; Obrero-Gaitán, E.; León-Morillas, F.; Ibáñez-Vera, A.J. Effects of Non-Invasive Radiofrequency Diathermy in Pelvic Floor Disorders: A Systematic Review. *Medicina* 2022, 58, 437. <https://doi.org/10.3390/medicina58030437>
- González-Maldonado AA & García-Mérida M. (2024). Giggle incontinence: a scoping review. *Pediatr Res.*, 95(7):1720-1725. <https://doi.org/10.1038/s41390-024-03065-y>
- González-Mena, Ángela, Raquel Leirós-Rodríguez, y Pablo Hernandez-Lucas. 2024. Treatment of Women With Primary Dysmenorrhea With Manual Therapy and Electrotherapy Techniques: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Physical Therapy* 104(5).
- Goossens, N., Massé-Alarie, H., Aldabe, D., Verbrugghe, J., & Janssens, L. (2022). Changes in static balance during pregnancy and postpartum: A systematic review. *Gait & posture*, 96, 160-172. <https://doi.org/10.1016/J.GAITPOST.2022.05.033>
- Gopal, A., Sydow, R., Block, V., & Allen, D. D. (2021). Effectiveness of physical therapy in addressing sexual dysfunction in individuals with multiple sclerosis: A systematic review and meta-analysis. *International journal of MS care*, 23(5), 213-222.
- Grace, S. L., et al. (2022). Outcomes and cost of cardiac rehabilitation programs adapted to the specific needs of women: A systematic review. *Maturitas*, 154, 32–45. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2022.01.008>
- Grace, S., Gravely-Witte, S., Kayaniyil, S., Brual, J., Suskin, N., & Stewart, D. (2009). A multisite examination of sex differences in cardiac rehabilitation barriers by participation status. *Journal of women's health*, 18(2). <https://doi.org/10.1089/jwh.2007.0753>
- Grace, S., Racco, C., Chessex, C., Rivera, T., & Oh, P. (2010). A narrative review on women and cardiac rehabilitation: program adherence and preferences for alternative models of care. *Maturitas*, 67(3). <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2010.07.001>
- Grace, S., Turk-Adawi, K., Contractor, A., Atrey, A., Campbell, N., Derman, W.,...Sarrafzadegan, N. (2016). Cardiac Rehabilitation Delivery Model for Low-Resource Settings: An International Council of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation Consensus Statement. *Progress in cardiovascular diseases*, 59(3). <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2016.08.004>
- Grace, S., Turk-Adawi, K., Contractor, A., Atrey, A., Campbell, N., Derman, W.,...Sarrafzadegan, N. (2016). Cardiac rehabilitation delivery model for low-

- resource settings. *Heart* (British Cardiac Society), 102(18). <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2015-309209>
- Grada, A. A., & Phillips, T. J. (2017). Lymphedema: Pathophysiology and clinical manifestations. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 77(6), 1009–1020. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2017.03.022>
 - Gravely, S., Anand, S., Stewar, D., & Grace, S. (2014). Effect of referral strategies on access to cardiac rehabilitation among women. *European journal of preventive cardiology*, 21(8). <https://doi.org/10.1177/2047487313482280>
 - Greco, A., Cappelletti, E., Monzani, D., Pancani, L., D'Addario, M., Magrin, M., Steca, P. (2016). A longitudinal study on the information needs and preferences of patients after an acute coronary syndrome. *BMC family practice*, 17. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0534-8>
 - Grenvik, J. M., Rosenthal, E., Wey, S., Saccone, G., De Vivo, V., De Prisco LCP, A., Delgado García, B. E., & Berghella, V. (2022). Birthing ball for reducing labor pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine: the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 35(25), 5184-5193. <https://doi.org/10.1080/14767058.2021.1875439>
 - Grotle, Margreth et al. 2005. «Clinical course and prognostic factors in acute low back pain: Patients consulting primary care for the first time». *Spine* 30(8): 976-82.
 - Guddeti, R., Dang, G., Williams, M., & Alla, V. (2019). Role of Yoga in Cardiac Disease and Rehabilitation. *Journal of cardiopulmonary rehabilitation and prevention*, 39(3). <https://doi.org/10.1097/HCR.0000000000000372>
 - Guías clínicas para el ejercicio físico durante el embarazo. (2019). *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 62(5), 464–471. <https://doi.org/10.20960/j.pog.00231>
 - Gupta, M., Dua, D., Kaur, H., & Grover, S. (2020). Prevalence of premenstrual dysphoric disorder among school-going adolescent girls. *Industrial Psychiatry Journal*, 28(2), 198. https://doi.org/10.4103/IPJ.IPJ_79_19
 - Gürdal Karakelle, S., Y, I., Tulin, O., & Alpagut, İ. (2021). The efficiency of exercise training in patients with venous insufficiency: A double blinded, randomized controlled trial. *Phlebology*, 36(6). <https://doi.org/10.1177/0268355520985759>
 - Guthold, R., Stevens, G. A., Riley, L. M., & Bull, F. C. (2020). Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1·6 million participants. *The Lancet.Child &*

- Adolescent Health*, 4(1), 23-35. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(19\)30323-2](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30323-2)
- Gutman, Gail, Ariel Tassy Nunez, y Martin Fisher. 2022. «Dysmenorrhea in adolescents». *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care* 52(5): 101186.
 - Hadizadeh-Talasaz, Z., Sadeghi, R., & Khadivzadeh, T. (2019). Effect of pelvic floor muscle training on postpartum sexual function and quality of life: A systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Taiwanese journal of obstetrics & gynecology*, 58(6), 737-747. <https://doi.org/10.1016/J.TJOG.2019.09.003>
 - Hagberg, L., Björk, M. P., Börjesson, M., et al. (2022). The effects of a 5-year physical activity on prescription (PAP) intervention in patients with metabolic risk factors. *PLOS ONE*, 17(10), e0276868. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276868>
 - Hagen, S., & Stark, D. (2011). Conservative prevention and management of pelvic organ prolapse in women (Review). *The Cochrane Database of Syst Rev.*, (12)10.1002/14651858.CD003882.pub4.
 - Hakalmaz, A. E., & Tekant, G. (2023). Anorectal malformations and late-term problems. *Turkish Archives of Pediatrics*, 58(6), 572–579. <https://doi.org/10.5152/TurkArchPediatri.2023.23090>
 - Han, Sola et al. 2024. «Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for pain control in women with primary dysmenorrhoea». *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2024(7).
 - Hao, J., Yao, Z., Remis, A., Tang, Y., Wang, Z., & Wu, K. (2024). Pelvic floor rehabilitation in cancer survivorship: an umbrella review. *Journal of cancer survivorship: research and practice*, 10.1007/s11764-024-01713-0.
 - Harding, C. K., Lapitan, M. C., Arlandis, S., Bø, K., Cobussen-Boekhorst, H., Costantini, E., Groen, J., Nambiar, A. K., Omar, M., Peyronnet, B., Phé, V., Farag, F., Karavitakis, M., Manso, M., Monagas, S., Moris, L., Nic an Riogh, A., O'Connor, E., Sihra, N., . . . Schouten, L. (2025). EAU Guideliness on Management of Non-Neurogenic Female Lower Urinary Tract Symptoms. 0-144.
 - Harel, Zeev. 2006. «Dysmenorrhea in Adolescents and Young Adults: Etiology and Management». *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 19(6): 363-71.
 - Harvie, H. R., et al. (2021). Cost effectiveness of perioperative behavioral and pelvic floor muscle therapy added to mid urethral sling surgery. *Obstetrics & Gynecology*, 137(5), 771–780. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004367>
 - Harwood, C. A., & Mortimer, P. S. (1995). Causes and clinical manifestations of lymphatic failure. *Clin Dermatol*, 13(5), 459-471.

- Haseli, A., Eghdampour, F., Zarei, H., Karimian, Z., & Rasoal, D. (2024). Optimizing labor duration with pilates: evidence from a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC pregnancy and childbirth*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/S12884-024-06785-5>
- Hasenoehrl, T., Palma, S., Ramazanov, D., Kölbl, H., Dorner, T., Keilani, M., & Crevenna, R. (2020). Resistance exercise and breast cancer-related lymphedema-a systematic review update and meta-analysis. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 28(8). <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05521-x>
- Hassan Nabih Mohamed, M., A. Fadel Elsherbiny, E., & Gamal Mohamed Ellatif Abouelezz, Z. (2025). Effectiveness of Extremity Exercise Program with Nerve Gliding to Improve Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy Symptoms in Breast Cancer Women. *Egyptian Journal of Health Care*, 16(1), 733-748.
- Haute Autorité de Santé. (2018). Rééducation périnéale post-partum: recommandations. <https://www.has-sante.fr>
- Hayden, Jill A. et al. 2021. «Exercise therapy for chronic low back pain». *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2021(9).
- Hayes, S. C., Johansson, K., Stout, N. L., Prosnitz, R., Armer, J. M., Gabram, S., & Schmitz, K. H. (2012). Upper-body morbidity after breast cancer: incidence and evidence for evaluation, prevention, and management within a prospective surveillance model of care. *Cancer*, 118(8 Suppl), 2237-2249. <https://doi.org/10.1002/cncr.27467>
- Hayes, S., Janda, M., Ward, L., Reul-Hirche, H., Steele, M., Carter, J.,...Obermair, A. (2017). Lymphedema following gynecological cancer: Results from a prospective, longitudinal cohort study on prevalence, incidence and risk factors. *Gynecologic oncology*, 146(3). <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2017.06.004>
- Hayes, S., Singh, B., Reul-Hirche, H., Bloomquist, K., Johansson, K., Jönsson, C., & Plinsinga, M. (2022). The Effect of Exercise for the Prevention and Treatment of Cancer-Related Lymphedema: A Systematic Review with Meta-analysis. *Medicine and science in sports and exercise*, 54(8). <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000002918>
- Haylen, B. T., De Ridder, D., Freeman, R. M., Swift, S. E., Berghmans, B., Lee, J., Monga, A., Petri, E., Rizk, D. E., & Sand, P. K. (2010). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *International Urogynecology Journal*, 21, 5–26.
- Haylen, B. T., Maher, C. F., Barber, M. D., Camargo, S., Dandolu, V., Digesu, A., Goldman, H. B., Huser, M., Milani, A. L., Moran, P. A., Schaer, G. N., & Withagen, M. I. (2016). An International Urogynecological Association (IUGA)

- / International Continence Society (ICS) Joint Report on the Terminology for Female Pelvic Organ Prolapse (POP). *Neurourology and Urodynamics*, 35(2), 137–168. <https://doi.org/10.1002/nau.22922>
- Hays, R. D. (1995). Functioning and Well-being Outcomes of Patients With Depression Compared With Chronic General Medical Illnesses. *Archives of General Psychiatry*, 52(1), 11. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950130011002>
 - Hay-Smith, E., Starzec-Proserpio, M., Moller, B., Aldabe, D., Cacciari, L., Pitangui, A., Vesentini, G., Woodley, S. J., Dumoulin, C., & Frawley, H. C. (2024). Comparisons of approaches to pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12) <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009508.pub2>
 - He, J., Hu, K., Wang, B., & Wang, H. (2024). Effect of dietary and physical activity behavioral interventions on reducing postpartum weight retention among women with recent gestational diabetes: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obesity reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, 25(4), 1-771. <https://doi.org/10.1111/OBR.13689>
 - He, L., Soh, K. L., Huang, F., Khaza'ai, H., Geok, S. K., Vorasiha, P., Chen, A., & Ma, J. (2023). The impact of physical activity intervention on perinatal depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 321, 304-319. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2022.10.026>
 - Heidari, Fatemeh, Mahdi Afshari, y Mahmood Moosazadeh. 2017. Prevalence of fibromyalgia in general population and patients, a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology International* 37(9): 1527-39.
 - Heindl, B., Ramirez, L., Joseph, L., Clarkson, S., Thomas, R., & Bittner, V. (2022). Hybrid cardiac rehabilitation - The state of the science and the way forward. *Progress in cardiovascular diseases*, 70. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2021.12.004>
 - Hejazi, K., Askari, R., & Hofmeister, M. (2022). Effects of physical exercise on bone mineral density in older postmenopausal women: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Archives of osteoporosis*, 17(1). <https://doi.org/10.1007/S11657-022-01140-7>
 - Hendrix, S. L., Clark, A., Nygaard, I., Aragaki, A., Barnabei, V., & McTiernan, A. (2002). Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: gravity and gravidity. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(6), 1160–1166. [10.1067/mob.2002.123819](https://doi.org/10.1067/mob.2002.123819)
 - Herbison, G. P., & Dean, N. (2013). Weighted vaginal cones for urinary incontinence (Review). *Cochrane Database Syst.Rev.*, (7)
 - Herndon CD, Decambre M & McKenna PH. (2001). Interactive computer games fortreatment of pelvic floor dysfunction. *J Urol.*, 166:1893–8.

- Ho, T. Y., Redmayne, G. P., Tran, A., Liu, D., Butlin, M., Avolio, A., Boucher, S. H., & Boucher, Y. N. (2020). The effect of interval sprinting exercise on vascular function and aerobic fitness of post-menopausal women. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 30(2), 312-321. <https://doi.org/10.1111/SMS.13574>
- Hosker, G., Cody, J. D., & Norton, C. C. (2007). Electrical stimulation for faecal incontinence in adults. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2007(3), CD001310. 10.1002/14651858.CD001310.pub2
- Hospital Materno-Infantil Dr. Joaquim Sampaio. (2023). Implantação de Fisioterapia lúdica na UTI pediátrica. Secretaria de Saúde da Bahia.
- Hsu, Joseph R. et al. 2019. «Clinical Practice Guidelines for Pain Management in Acute Musculoskeletal Injury». *Journal of Orthopaedic Trauma* 33(5): E158-82.
- Hsu, Y., Nguyen, T., Chou, Y., & Ho, C. (2024). Effects of exercise on lower limb lymphedema in gynecologic cancer: A systematic review and meta-analysis. *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society*, 70. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2024.102550>
- Huang, H. H., Stubbs, B., Chen, L. J., Ku, P. W., Hsu, T. Y., Lin, C. W., Weng, Y. M., & Wu, S. H. (2023). The effect of physical activity on sleep disturbance in various populations: a scoping review of randomized clinical trials. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/S12966-023-01449-7>
- Huang, S., Chiao, C., & Chien, L. (2025). Effectiveness of abdominal massage on chronic constipation in adults: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 161, 104936. 10.1016/j.ijnurstu.2024.104936
- Hughes, C. M., Trujillo-Muñoz, P. J., Angustias Sánchez-Ojeda, M., Carolina Rodríguez-Huamán, E., Mezyani-Haddu, K., Hoyo-Guillot, I., & Navarro-Prado, S. (2025). Effects of Physical Exercise on Symptoms and Quality of Life in Women in Climacteric: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Healthcare* 2025, Vol. 13, Page 644, 13(6), 644. <https://doi.org/10.3390/HEALTHCARE13060644>
- Hughes, M. L., Bennett, R. M., & Goldenberg, D. L. (2022). The economic burden of fibromyalgia: A systematic literature review. *European Journal of Pain*, 26(4), 843–853. <https://doi.org/10.1002/ejp.1902>
- Hung, H. C., Hsiao, S. M., Chih, S. Y., Lin, H. H., & Tsauo, J. Y. (2010). An alternative intervention for urinary incontinence: retraining diaphragmatic, deep abdominal and pelvic floor muscle coordinated function. *Manual Therapy*, 15(3), 273–9.
- Hunskaar, S., Lose, G., Sykes, D., & Voss, S. (2004). The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. *BJU Int.*, 93, 324–30.

- Hunter, T. R., Chiew, B. A., McDonald, S., & Adhikari, K. (2024). The prevalence of maternal depression and anxiety beyond 1 year postpartum: A systematic review. *Maternal and Child Health Journal*, 28(8), 1283–1307. <https://doi.org/10.1007/s10995-024-03930-6>
- Ilmiah, Widia, Ikhwan Abdullah, y Juliati Koesrini. 2023. Non-pharmacological that most effective to reduce of primary dysmenorrhea intensity in women childbearing age: a literature review. *Journal of Public Health in Africa* 14(12): 12.
- Imamura, M., Williams, K., Wells, M., & McGrother, C. (2015). Lifestyle interventions for the treatment of urinary incontinence in adults. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2015(12), CD003505. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003505.pub5>
- Instituto Europeo de la Igualdad de Género. (2023). *Integración de la perspectiva de género en las políticas sanitarias*. <https://eige.europa.eu>
- Instituto Nacional de Estadística. (2020). *Sedentarismo según sexo y comunidad autónoma. Población de 15 y más años*. Encuesta Europea de Salud 2020. Determinantes de Salud: Cifras Absolutas. Actividad física. <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p420/a2019/p03/l0/&file=04009.px&L=0>
- Instituto Nacional de Estadística. (National Statistics Institute). (s. f.). Recuperado 11 de abril de 2025, de <https://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?padre=7841&capsel=7900>
- International Organisation of Physiotherapists in Pelvic and Women's Health (IOPPWH). (2023). *IOPPWH Education Recommendations*. Recuperado de <https://ioppwh.org>
- Issac, A., Nayak, S. G., Priyadarshini, T., Balakrishnan, D., Halemani, K., Mishra, P., Indumathi, P., Vijay, V. R., Jacob, J., & Stephen, S. (2023). Effectiveness of breathing exercise on the duration of labour: A systematic review and meta-analysis. *Journal of global health*, 13. <https://doi.org/10.7189/JOGH.13.04023>
- Janssen, L. E., Gieskes, A. A., Kok, M., de Groot, C. J. M., Oudijk, M. A., & de Boer, M. A. (2023). Stress-reducing interventions in pregnancy for the prevention of preterm birth: a systematic review and meta-analysis. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 44(1). <https://doi.org/10.1080/0167482X.2023.2281238>
- Jansson, M. H., Franzén, K., Tegerstedt, G., Brynhildsen, J., Hiyoshi, A., & Nilsson, K. (2023). Fecal incontinence and associated pelvic floor dysfunction during and one year after the first pregnancy. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 102(8), 1034-1044. <https://doi.org/10.1111/AOGS.14614>

- Jarbou, N. S., & Newell, K. A. (2022). Exercise and yoga during pregnancy and their impact on depression: a systematic literature review. *Archives of women's mental health*, 25(3), 539-559. <https://doi.org/10.1007/S00737-021-01189-2>
- Jelovsek, J. E., Maher, C., & Barber, M. D. (2007). Pelvic organ prolapse. *The Lancet*, 369(9566), 1027-1038.
- Jernberg, T., Hasvold, P., Henriksson, M., Hjelm, H., Thuresson, M., & Janzon, M. (2015). Cardiovascular risk in post-myocardial infarction patients: nationwide real world data demonstrate the importance of a long-term perspective. *European heart journal*, 36(19). <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehu505>
- Jing, L., Zhang, C., Li, W., Jin, F., & Wang, A. (2019). Incidence and severity of sexual dysfunction among women with breast cancer: A meta-analysis based on Female Sexual Function Index. *Supportive Care in Cancer*, 27(4), 1171-1180. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04667-7>
- Jing, Y., Liu, M., Tang, H., Kong, N., Cai, J., & Yin, Z. (2024). The effect of aerobic exercise on sleep disorder in menopausal women: a systematic review and meta-analyses. *BMC women's health*, 24(1), 635. <https://doi.org/10.1186/S12905-024-03477-2>
- Johansson, K., Albertsson, M., Ingvar, C., & Ekdahl, C. (1999). Effects of compression bandaging with or without manual lymph drainage treatment in patients with postoperative arm lymphedema. *Lymphology*, 32(3).
- Johnson, E. E., Mamoulakis, C., Stoniute, A., Omar, M. I., & Sinha, S. (2023). Conservative interventions for managing urinary incontinence after prostate surgery. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(4), CD014799. 10.1002/14651858.CD014799.pub2
- Jünger, M., Wollina, U., Kohnen, R., & Rabe, E. (2004). Efficacy and tolerability of an ulcer compression stocking for therapy of chronic venous ulcer compared with a below-knee compression bandage: results from a prospective, randomized, multicentre trial. *Current medical research and opinion*, 20(10). <https://doi.org/10.1185/030079904X4086>
- Kabboul, N., Tomlinson, G., Francis, T., Grace, S., Chaves, G., Rac, V.,...Krahn, M. (2018). Comparative Effectiveness of the Core Components of Cardiac Rehabilitation on Mortality and Morbidity: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Journal of clinical medicine*, 7(12). <https://doi.org/10.3390/jcm7120514>
- Kahn, S. (2009). Measurement properties of the Villalta scale to define and classify the severity of the post-thrombotic syndrome. *Journal of thrombosis and haemostasis : JTH*, 7(5). <https://doi.org/10.1111/j.1538-7836.2009.03339.x>

- Kahn, S., M'lan, C., Lamping, D., Kurz, X., Bérard, A., & Abenhaim, L. (2004). Relationship between clinical classification of chronic venous disease and patient-reported quality of life: results from an international cohort study. *Journal of vascular surgery*, 39(4). <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2003.12.007>
- Kahn, S., Shrier, I., Shapiro, S., Houweling, A., Hirsch, A., Reid, R.,...Wells, P. (2011). Six-month exercise training program to treat post-thrombotic syndrome: a randomized controlled two-centre trial. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 183(1). <https://doi.org/10.1503/cmaj.100248>
- Kajbafzadeh, A. M., Sharifi-Rad, L., Ghahestani, S. M., Ahmadi, H., Kajbafzadeh, M., & Mahboubi, A. H. (2011). Animated biofeedback: an ideal treatment for children with dysfunctional elimination syndrome. *The Journal of urology*, 186(6), 2379–2384. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2011.07.118>
- Kakkos, S., Timpilis, M., Patrinos, P., Nikolakopoulos, K., Papageorgopoulou, C., Kouri, A.,...Tsolakis, I. (2018). Acute Effects of Graduated Elastic Compression Stockings in Patients with Symptomatic Varicose Veins: A Randomised Double Blind Placebo Controlled Trial. *European journal of vascular and endovascular surgery : the official journal of the European Society for Vascular Surgery*, 55(1). <https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2017.10.004>
- Kandru, M., Zallipalli, S. N., Dendukuri, N. K., Linga, S., Jeewa, L., Jeewa, A., & Sunar, S. B. (2023). Effects of Conventional Exercises on Lower Back Pain and/or Pelvic Girdle Pain in Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cureus*, 15(7). <https://doi.org/10.7759/CUREUS.42010>
- Kannan, P., Winsor, S. J., Choi Ho, L., Hei, L. C., Kin, L. C., Agnieszka, G. E., & Jeffrey, L. H. (2019). Effectiveness of physiotherapy interventions for improving erectile function and climacturia in men after prostatectomy: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Rehabilitation*, 33(8), 1298–1309. <https://doi.org/10.1177/0269215519840392>
- Kannan, Priya, y Leica Sarah Claydon. 2014. «Some physiotherapy treatments may relieve menstrual pain in women with primary dysmenorrhea: A systematic review». *Journal of Physiotherapy* 60(1): 13-21. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jphys.2013.12.003>.
- Kanter, G., Rogers, R. G., Pauls, R. N., Kammerer-Doak, D., & Thakar, R. (2015). A strong pelvic floor is associated with higher rates of sexual activity in women with pelvic floor disorders. *International Urogynecology Journal*, 26(7), 991–996. <https://doi.org/10.1007/s00192-014-2583-7>
- Karaahmet, A. Y., Gençtürk, N., & Boyacıoğlu, N. E. İcin. (2022). Does perinatal period pelvic floor muscle exercises affect sexuality and pelvic muscle strength? A systematic review and meta-analysis of randomized

- controlled trials. *Revista da Associacao Medica Brasileira* (1992), 68(8), 1033-1041. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.20220133>
- Kaye JD & Palmer LS. (2008) Animated biofeedback yields more rapid results than nonanimated biofeedback in the treatment of dysfunctional voiding in girls. *J Urol*;180:300–5.
 - Kayman-Kose, S., Arioz, D. T., Toktas, H., Koken, G., Kanat-Pektas, M., Kose, M., & Yilmazer, M. (2014). Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for pain control after vaginal delivery and cesarean section. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 27(15), 1572-1575. <https://doi.org/10.3109/14767058.2013.870549>
 - Kazeminia, M., Salari, N., Shohaimi, S., Akbari, H., Khaleghi, A. A., Bazrafshan, M. R., & Mohammadi, M. (2022). Assessing the effects of exercise on post-partum fatigue symptoms: A systematic review and meta-analysis. *European journal of obstetrics & gynecology and reproductive biology: X*, 15. <https://doi.org/10.1016/J.EUROX.2022.100155>
 - Kazeminia, Mohsen, Fatemeh Rajati, y Mojgan Rajati. 2023. «The effect of pelvic floor muscle-strengthening exercises on low back pain: a systematic review and meta-analysis on randomized clinical trials». *Neurological Sciences* 44(3): 859-72. <https://doi.org/10.1007/s10072-022-06430-z>.
 - Keating, N., Coveney, C., McAuliffe, F. M., & Higgins, M. F. (2022). Aerobic or Resistance Exercise for Improved Glycaemic Control and Pregnancy Outcomes in Women with Gestational Diabetes Mellitus: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 19(17). <https://doi.org/10.3390/IJERPH191710791>
 - Kelechi, T., Dooley, M., Mueller, M., Madisetti, M., & Prentice, M. (2018). Symptoms Associated With Chronic Venous Disease in Response to a Cooling Treatment Compared to Placebo: A Randomized Clinical Trial. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing : official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*, 45(4). <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000441>
 - Keogh, Edmund. 2022. Sex and gender differences in pain: past, present, and future. *Pain* 163(S1): S108-16.
 - Keshwani N, Mathur S, McLean L. (2018). Relationship between interrectus distance and symptom severity in women with diastasis recti abdominis in the early postpartum period. *Phys Ther.*; 98(3):182–190.
 - Kessels, E., Husson, O., & van der Feltz-Cornelis, C. M. (2018). The effect of exercise on cancer-related fatigue in cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 14, 479–494.

- Kessler, T. M., Fowler, C. J., & Panicker, J. N. (2009). Sexual dysfunction in multiple sclerosis. *Expert review of neurotherapeutics*, 9(3), 341-350.
- Keteyian, S., Ades, P., Beatty, A., Gavic-Ott, A., Hines, S., Lui, K.,...Sperling, L. (2022). A Review of the Design and Implementation of a Hybrid Cardiac Rehabilitation Program: AN EXPANDING OPPORTUNITY FOR OPTIMIZING CARDIOVASCULAR CARE. *Journal of cardiopulmonary rehabilitation and prevention*, 42(1). <https://doi.org/10.1097/HCR.0000000000000634>
- Khalafi, M., Habibi Maleki, A., Sakhaei, M. H., Rosenkranz, S. K., Pourvaghar, M. J., Ehsanifar, M., Bayat, H., Korivi, M., & Liu, Y. (2023). The effects of exercise training on body composition in postmenopausal women: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in endocrinology*, 14. <https://doi.org/10.3389/FENDO.2023.1183765>
- Khalafi, M., Malandish, A., & Rosenkranz, S. K. (2021). The impact of exercise training on inflammatory markers in postmenopausal women: A systemic review and meta-analysis. *Experimental gerontology*, 150. <https://doi.org/10.1016/J.EXGER.2021.111398>
- Khalafi, M., Sakhaei, M. H., Habibi Maleki, A., Rosenkranz, S. K., Pourvaghar, M. J., Fang, Y., & Korivi, M. (2023). Influence of exercise type and duration on cardiorespiratory fitness and muscular strength in post-menopausal women: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 10, 1190187. <https://doi.org/10.3389/FCVM.2023.1190187/FULL>
- Kharaji, G., Hashemizadeh, H., Mahdavi, N., et al. (2023). Supervised versus unsupervised pelvic floor muscle training in the treatment of women with urinary incontinence: A systematic review and meta-analysis. *International Urogynecology Journal*, 34(7), 1339–1349. <https://doi.org/10.1007/s00192-023-05489-2>
- Khosravi, A., Riazi, H., Simbar, M., & Montazeri, A. (2022). Effectiveness of Kegel exercise and lubricant gel for improving sexual function in menopausal women: A randomized trial. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 274, 106-112. <https://doi.org/10.1016/J.EJOGRB.2022.05.022>
- Kiesel, D., et al. (2019). Systematic review of pelvic floor muscle training protocols for men after prostatectomy. *BMC Urology*, 19(1), 91. <https://doi.org/10.1186/s12894-019-0546-5>
- Kim, Sang Dol. 2019. «Yoga for menstrual pain in primary dysmenorrhea: A meta-analysis of randomized controlled trials». *Complementary Therapies in Clinical Practice* 36(December 2018): 94-99. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2019.06.006>.
- Kim, Y.-S., O'Sullivan, D. M. & Shin, S.-K. (2019). Can 24 weeks strength training reduce feelings of depression and increase neurotransmitter in

- elderly females? *Experimental Gerontology*, 115, 62–68.
<https://doi.org/10.1016/j.exger.2018.11.009>
- Kim, Y.-S., O'Sullivan, D. M. & Shin, S.-K. (2019). Can 24 weeks strength training reduce feelings of depression and increase neurotransmitter in elderly females? *Experimental Gerontology*, 115, 62–68.
<https://doi.org/10.1016/j.exger.2018.11.009>
 - Kinmonth, J. B., Taylor, G. W., Tracy, G. D., & Marsh, J. D. (1957). Primary lymphoedema; clinical and lymphangiographic studies of a series of 107 patients in which the lower limbs were affected. *Br J Surg*, 45(189), 1-9.
 - Kisner, C, Colby, L. A, Borstad, J. (2017). *Therapeutic Exercise: Foundation and Techniques*. F.A Davis Company. <https://studylib.net/doc/25659450/kisner-7th-edition.pdf.pdf>
 - Kistler-Fischbacher, M., Weeks, B. K., & Beck, B. R. (2021). The effect of exercise intensity on bone in postmenopausal women (part 2): A meta-analysis. *Bone*, 143. <https://doi.org/10.1016/J.BONE.2020.115697>
 - Klejtman, T., Lazareth, I., Yannoutsos, A., & Priollet, P. (2022). Specific management of lipodermatosclerosis (sclerotic hypodermatitis) in acute and chronic phase. *Journal de Médecine Vasculaire*, 47(4), 186–190.
<https://doi.org/10.1016/j.jdmv.2022.10.006>
 - Knol-de Vries, G. E., & Blanker, M. H. (2022). Prevalence of co-existing pelvic floor disorders: A scoping review in males and females. *Continence*, 2, 100028. [10.1016/j.cont.2022.100028](https://doi.org/10.1016/j.cont.2022.100028)
 - Koukoulithras, I., Stamouli, A., Kolokotsios, S., Plexousakis, M., & Mavrogiannopoulou, C. (2021). The Effectiveness of Non-Pharmaceutical Interventions Upon Pregnancy-Related Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cureus*, 13(1). <https://doi.org/10.7759/CUREUS.13011>
 - Kubler, J. M., Clifton, V. L., Moholdt, T., & Beetham, K. S. (2022). The effects of exercise during pregnancy on placental composition: A systematic review and meta-analysis. *Placenta*, 117, 39-46.
<https://doi.org/10.1016/J.PLACENTA.2021.10.008>
 - Kuhrt, K., Harmon, M., Hezelgrave, N. L., Seed, P. T., & Shennan, A. H. (2018). Is recreational running associated with earlier delivery and lower birth weight in women who continue to run during pregnancy? An international retrospective cohort study of running habits of 1293 female runners during pregnancy. *BMJ open sport & exercise medicine*, 4(1).
<https://doi.org/10.1136/BMJSEM-2017-000296>
 - Kuroda, K., Yamamoto, Y., Yanagisawa, M., Kawata, A., Akiba, N., Suzuki, K., & Naritaka, K. (2017). Risk factors and a prediction model for lower limb lymphedema following lymphadenectomy in gynecologic cancer: a hospital-based retrospective cohort study. *BMC women's health*, 17(1).
<https://doi.org/10.1186/s12905-017-0403-1>

- Kuwertz-Bröking E, von Gontard A. (2018). Clinical management of nocturnal enuresis. *Pediatr Nephrol*, 33(7):1145-1154. doi: 10.1007/s00467-017-3778-1. Epub 2017 Aug 21. PMID: 28828529.
- Kwaliteitshuis Fysiotherapie. (2024). Beleidsdocument Kwaliteitsregister Fysiotherapie NL – Deelregister Bekkenfysiotherapeut. https://www.kwaliteitshuisfysiotherapie.nl/app/uploads/sites/3/2024/09/Beleidsdocument-KRF-NL-versie-15.1_augustus2024.pdf
- Kwaliteitshuis Fysiotherapie. (2024). Beleidsdocument Kwaliteitsregister Fysiotherapie NL – Deelregister Bekkenfysiotherapeut. https://www.kwaliteitshuisfysiotherapie.nl/app/uploads/sites/3/2024/09/Beleidsdocument-KRF-NL-versie-15.1_augustus2024.pdf
- Lacroix, A. E., Gondal, H., Shumway, K. R., & Langaker, M. D. (2023). Physiology, Menarche. *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/books/NBK470216/>
- Ladi Seyedian SS, Sharifi-Rad L, Ebadi M, et al. (2014). Combined functional pelvic floor muscle exercises with Swiss ball and urotherapy for management of dysfunctional voiding in children: A randomized clinical trial. *Eur J Pediatr*, 173:1347–53
- Lahousse, A., Roose, E., Leysen, L., Yilmaz, S. T., Mostaqim, K., Reis, F., Rheel, E., Beckwée, D., & Nijs, J. (2021). Lifestyle and Pain following Cancer: State-of-the-Art and Future Directions. *Journal of clinical medicine*, 11(1), 195.
- Laine, K., Skjeldestad, F. E., Sanda, B., Horne, H., Spydsaug, A., & Staff, A. C. (2011). Prevalence and risk factors for anal incontinence after obstetric anal sphincter rupture. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 90(4), 319–324.
- Landman, Y., Stemmer, S. M., Sulkes, A., Neiman, V., Granot, T., Hendler, D., Kramer, M. R., Gelmon, K., & Yerushalmi, R. (2019). Prospective Long-Term Follow-Up of Pulmonary Diffusion Capacity Reduction Caused by Dose-Dense Chemotherapy in Patients with Breast Cancer. *Journal of oncology*, 2019, 2584859.
- Laredo-Aguilera, J. A., Gallardo-Bravo, M., Rabanales-Sotos, J. A., Cobo-Cuenca, A. I., & Carmona-Torres, J. M. (2020). Physical Activity Programs during Pregnancy Are Effective for the Control of Gestational Diabetes Mellitus. *International journal of environmental research and public health*, 17(17), 1-14. <https://doi.org/10.3390/IJERPH17176151>
- Lau, E., Hayes, S., Volgman, A., Lindley, K., Pepine, C., & Wood, M. (2021). Does Patient-Physician Gender Concordance Influence Patient Perceptions or Outcomes? *Journal of the American College of Cardiology*, 77(8). <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.12.031>
- Lawenda, B. D., Mondry, T. E., & Johnstone, P. A. (2009). Lymphedema: a primer on the identification and management of a chronic condition in

- oncologic treatment. *CA Cancer J Clin*, 59(1), 8-24. <https://doi.org/10.3322/caac.20001>
- Laycock, J., & Jerwood, D. (2001). Pelvic floor muscle assessment: The PERFECT scheme. *Physiotherapy*, 87(12), 631-642. [https://doi.org/10.1016/S0031-9406\(05\)61108-X](https://doi.org/10.1016/S0031-9406(05)61108-X)
 - Leemrijse, C. J., Swinkels, I. C. S., & Veenhof, C. (2008). Direct access to physical therapy in the Netherlands: results from the first year in community-based physical therapy. *Physical Therapy*, 88(8), 936-946. <https://doi.org/10.2522/ptj.20070308>
 - LeLeiko, N. S., Mayer-Brown, S., Cerezo, C., & Plante, W. (2020). Constipation. *Pediatrics in review*, 41(8), 379-392. <https://doi.org/10.1542/pir.2018-0334>
 - Lemos, A. Q., Brasil, C. A., Valverde, D., Ferreira, J. D. S., Lordêlo, P., & Sá, K. N. (2019). The pilates method in the function of pelvic floor muscles: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 23(2), 270-277. 10.1016/j.jbmt.2018.07.002
 - Leong, D. P., & Lenihan, D. J. (2022). Clinical practice guidelines in cardio-oncology. *Heart Failure Clinics*, 18(3), 489-501.
 - Levitt, M. A., & Peña, A. (2017). Anorectal malformations. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 12, 33. <https://doi.org/10.1186/s13023-017-0580-3>
 - Levitt, M. A., Dickie, B., Peña, A., & Shawyer, A. (2020). The management of functional bowel complications following surgery for anorectal malformations. *Seminars in Pediatric Surgery*, 29(2), 150-156. <https://doi.org/10.1053/j.sempedsurg.2020.1509>
 - Lew, L. A., Ethier, T. S., & Pyke, K. E. (2022). The impact of exercise training on endothelial function in postmenopausal women: a systematic review. *Experimental physiology*, 107(12), 1388-1421. <https://doi.org/10.1113/EP090702>
 - Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado, nº 280, de 22/11/2003, páginas 41442-41458. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-21340>
 - Leysen, L., Beckwée, D., Nijs, J., Pas, R., Bilterys, T., Vermeir, S., & Adriaenssens, N. (2017). Risk factors of pain in breast cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 25(12), 3607-3643.
 - Li, X., Hao, X., Liu, J. H., & Huang, J. P. (2024). Efficacy of non-pharmacological interventions for primary dysmenorrhoea: A systematic review and Bayesian network meta-analysis. *BMJ Evidence-Based Medicine*, 29(3), 162-170. <https://doi.org/10.1136/bmjebm-2023-112434>
 - Li, Xia et al. (2024). Manual Therapy in Primary Dysmenorrhea: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Pain Research* 17(May): 1663-81.

- Li, Y., Lu, H., Zhang, L., Ren, Y., Dai, X., & Lin, L. (2025). Pilates exercise in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *BMC sports science, medicine & rehabilitation*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/S13102-025-01067-9>
- Li, Ying et al. (2023). Exercise intervention for patients with chronic low back pain: a systematic review and network meta-analysis. *Frontiers in Public Health* 11(November): 1-12.
- Lialy, H. E., Mohamed, M. A., AbdAllatif, L. A., Khalid, M., & Elhelbawy, A. (2023). Effects of different physiotherapy modalities on insomnia and depression in perimenopausal, menopausal, and post-menopausal women: a systematic review. *BMC women's health*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/S12905-023-02515-9>
- Liang, M., Chen, Q., Peng, K., Deng, L., He, L., Hou, Y., Zhang, Y., Guo, J., Mei, Z., & Li, L. (2020). Manual lymphatic drainage for lymphedema in patients after breast cancer surgery: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Medicine*, 99(49), e23192. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000023192>
- Liddle, S. D., & Pennick, V. (2015). Interventions for preventing and treating low-back and pelvic pain during pregnancy. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2015(9). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001139.PUB4>
- Lightner, D. J., Gomelsky, A., Souter, L., & Vasavada, S. P. (2019). Diagnosis and Treatment of Overactive Bladder (Non-Neurogenic) in Adults: AUA/SUFU Guideline Amendment 2019. *The Journal of Urology*, 202(3), 558–563. <https://doi.org/10.1097/JU.0000000000000309>
- Liguori, F., Saraiello, E., & Calella, P. (2023). Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder's Impact on Quality of Life, and the Role of Physical Activity. *Medicina*, 59(11), 2044. <https://doi.org/10.3390/MEDICINA59112044>
- Lin, Ivan et al. (2020). What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: Systematic review. *British Journal of Sports Medicine* 54(2): 79-86.
- Lin, W. L., Wang, R. H., Chou, F. H., Feng, I. J., Fang, C. J., & Wang, H. H. (2021). The effects of exercise on chemotherapy-induced peripheral neuropathy symptoms in cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 29(9), 5303–5311.
- Lin, Y., Yang, Y., Zhang, X., Li, W., Li, H., & Mu, D. (2022). Manual Lymphatic Drainage for Breast Cancer-related Lymphedema: A Systematic Review and

- Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Clinical breast cancer*, 22(5). <https://doi.org/10.1016/j.clbc.2022.01.013>
- Linhares, D. G., Borba-Pinheiro, C. J., Castro, J. B. P. de, Santos, A. O. B. dos, Santos, L. L. dos, Cordeiro, L. de S., Drigo, A. J., Nunes, R. de A. M., & Vale, R. G. de S. (2022). Effects of Multicomponent Exercise Training on the Health of Older Women with Osteoporosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 19(21). <https://doi.org/10.3390/IJERPH192114195>
 - Lippi, L., de Sire, A., Losco, L., Mezian, K., Folli, A., Ivanova, M., Zattoni, L., Moalli, S., Ammendolia, A., Alfano, C., Fusco, N., & Invernizzi, M. (2022). Axillary web syndrome in breast cancer women: What is the optimal rehabilitation strategy after surgery? *Journal of Clinical Medicine*, 11(13), 3839. <https://doi.org/10.3390/jcm11133839>
 - Liu, N., Gou, W. hui, Wang, J., Chen, D. dan, Sun, W. jia, Guo, P. ping, Zhang, X. hui, & Zhang, W. (2019). Effects of exercise on pregnant women's quality of life: A systematic review. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 242, 170-177. <https://doi.org/10.1016/J.EJOGRB.2019.03.009>
 - Liu, N., Wang, J., Chen, D. dan, Sun, W. jia, Li, P., & Zhang, W. (2020). Effects of exercise on pregnancy and postpartum fatigue: A systematic review and meta-analysis. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 253, 285-295. <https://doi.org/10.1016/J.EJOGRB.2020.08.013>
 - Liu, T., Chan, A., Liu, Y., & Taylor-Piliae, R. (2018). Effects of Tai Chi-based cardiac rehabilitation on aerobic endurance, psychosocial well-being, and cardiovascular risk reduction among patients with coronary heart disease: A systematic review and meta-analysis. *European journal of cardiovascular nursing*, 17(4). <https://doi.org/10.1177/1474515117749592>
 - Liu, T., Chen, S., Mielke, G. I., McCarthy, A. L., & Bailey, T. G. (2022). Effects of exercise on vasomotor symptoms in menopausal women: a systematic review and meta-analysis. *Climacteric : the journal of the International Menopause Society*, 25(6), 552-561. <https://doi.org/10.1080/13697137.2022.2097865>
 - Liu, X., Jiang, C., Fan, R., Liu, T., Li, Y., Zhong, D., Zhou, L., Liu, T., Li, J., & Jin, R. (2022). The effect and safety of Tai Chi on bone health in postmenopausal women: A meta-analysis and trial sequential analysis. *Frontiers in aging neuroscience*, 14. <https://doi.org/10.3389/FNAGI.2022.935326>
 - Loaiza-Betancur, A. F., Chulvi-Medrano, I., Díaz-López, V. A., & Gómez-Tomás, C. (2021). The effect of exercise training on blood pressure in menopause and postmenopausal women: A systematic review of randomized controlled trials. *Maturitas*, 149, 40-55. <https://doi.org/10.1016/J.MATURITAS.2021.05.005>

- López-Campos, E., Soto-González, M., Alonso-Calvete, A., & Da Cuña-Carrera, I. (2024). Effects of transcutaneous electric nerve stimulation on pain after episiotomy: A systematic review and meta-analysis. *Heliyon*, 11(1), e41577. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e41577>
- López-Liria, Remedios et al. 2021. «Efficacy of physiotherapy treatment in primary dysmenorrhea: A systematic review and meta-analysis». *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18(15).
- Loprinzi, C. L., Lacchetti, C., Bleeker, J., Cavaletti, G., Chauhan, C., Hertz, D. L., Kelley, M. R., Lavino, A., Lustberg, M. B., Paice, J. A., Schneider, B. P., Lavoie Smith, E. M., Smith, M. L., Smith, T. J., Wagner-Johnston, N., & Hershman, D. L. (2020). Prevention and Management of Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy in Survivors of Adult Cancers: ASCO Guideline Update. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 38(28), 3325–3348.
- Lorenzo-Gallego, L., Arranz-Martín, B., Romay-Barrero, H., Prieto-Gómez, V., Lluch, E., & Torres-Lacomba, M. (2022). Changes in Pain Sensitivity in Treatment for Breast Cancer: A 12-Month Follow-Up Case Series. *International journal of environmental research and public health*, 19(7), 4055.
- Lozano Sánchez, F., Carrasco Carrasco, E, Díaz Sánchez, S, Escudero Rodríguez, JR, Marinello Roura, J, Sánchez Nevarez, I. (2013). Determinantes de la gravedad en la insuficiencia venosa crónica. Estudio C-VIVES. *Angiología*, 65(1), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.angio.2012.04.004>
- Luber, K. M., Boero, S., & Choe, J. Y. (2001). The demographics of pelvic floor disorders: Current observations and future projections. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 184(7), 1496–1503. <https://doi.org/10.1067/mob.2001.114868>
- Lumsden, M. A., Davies, M., Sarri, G., Aspray, T., Holloway, D., Hope, S., Neale, P., Panay, N., Parsons, A., Shaw, I., West, C., Bowring, C., Keatley, D., Moger, S., Coles, C., Collins, P., Hardy, R., Harnett, A., & Hunter, M. (2016). Diagnosis and Management of Menopause: The National Institute of Health and Care Excellence (NICE) Guideline. *JAMA internal medicine*, 176(8), 1205-1206. <https://doi.org/10.1001/JAMAINTERNMED.2016.2761>
- Lurie, F., Passman, M., Meisner, M., Dalsing, M., Masuda, E., Welch, H., Wakefield, T. (2020). The 2020 update of the CEAP classification system and reporting standards. *Journal of vascular surgery. Venous and lymphatic disorders*, 8(3). <https://doi.org/10.1016/j.jvsv.2019.12.075>
- Lyon, A. R., López-Fernández, T., Couch, L. S., Asteggiano, R., Aznar, M. C., Bergler-Klein, J., Boriani, G., Cardinale, D., Cordoba, R., Cosyns, B., Cutter, D. J., de Azambuja, E., de Boer, R. A., Dent, S. F., Farmakis, D., Gevaert, S. A., Gorog, D. A., Herrmann, J., Lenihan, D., Moslehi, J. ESC Scientific Document

- Group (2022). 2022 ESC Guidelines on cardio-oncology developed in collaboration with the European Hematology Association (EHA), the European Society for Therapeutic Radiology and Oncology (ESTRO) and the International Cardio-Oncology Society (IC-OS). *European heart journal*, 43(41), 4229–4361.
- Macfarlane, G. J. et al. 2017. «EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia». *Annals of the Rheumatic Diseases* 76(2): 318-28.
 - MacLennan, A. H., Taylor, A. W., Wilson, D. H., & Wilson, D. (2000). The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. *Br J Obstet Gynaecol*, 107, 1460–70.
 - Madanchi, M., & Itin, P. (2024). Lymphatic filariasis. *The New England Journal of Medicine*, 390(18), e43. <https://doi.org/10.1056/NEJMicm2313316>
 - Maixner W, Fillingim RB, Williams DA, Smith SB, Slade GD. Overlapping Chronic Pain Conditions: Implications for Diagnosis and Classification. *J Pain*. 2016 Sep;17(9 Suppl):T93-T107. doi: 10.1016/j.jpain.2016.06.002
 - Mamataz, T., Ghisi, G., Pakosh, M., & Grace, S. (2021). Nature, availability, and utilization of women-focused cardiac rehabilitation: a systematic review. *BMC cardiovascular disorders*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12872-021-02267-0>
 - Mamataz, T., Ghisi, G., Pakosh, M., & Grace, S. (2022). Outcomes and cost of women-focused cardiac rehabilitation: A systematic review and meta-analysis. *Maturitas*, 160. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2022.01.008>
 - Manaila AI, Roman NA, Baseanu ICC, Minzatanu D, Tuchel VI, Basalic EB & Miclaus RS. (2024) The Efficiency of Rehabilitation Therapy in Patients Diagnosed with Neurogenic Bladder: A Systematic Review. *Medicina (Kaunas)*, 60(7):1152. <https://doi.org/10.3390/medicina60071152>
 - Manchikanti, Laxmaiah et al. (2014). Epidemiology of low back pain in Adults. *Neuromodulation* 17(S2): 3-10. <https://doi.org/10.1111/ner.12018>.
 - Mantilla Toloza, S. C., Villareal Cogollo, A. F., & Peña García, K. M. (2024). Pelvic floor training to prevent stress urinary incontinence: A systematic review. *Actas urológicas españolas*, 48(4), 319-327. <https://doi.org/10.1016/J.ACURIOE.2024.01.007>
 - Marcellou, E. G., Stasi, S., Giannopapas, V., Bø, K., Bakalidou, D., Konstadoulakis, M., & Papathanasiou, G. (2025). Effect of pelvic floor muscle training on urinary incontinence symptoms in postmenopausal women: A systematic review and meta-analysis. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 304, 134-140. <https://doi.org/10.1016/J.EJGRB.2024.11.040>
 - Marconcin, P., Peralta, M., Gouveia, É. R., Ferrari, G., Carraça, E., Ihle, A., & Marques, A. (2021). Effects of Exercise during Pregnancy on Postpartum

- Depression: A Systematic Review of Meta-Analyses. *Biology*, 10(12). <https://doi.org/10.3390/BIOLOGY10121331>
- Marques, Amelia Pasqual et al. (2017). Prevalence of fibromyalgia: literature review update. *Revista Brasileira de Reumatologia (English Edition)* 57(4): 356-63.
 - Martín Jiménez, A., Ortega Niet, o. C., Lista, S., Santos-Lozano, A., Figueroa, A., Sánchez Jiménez, E., Menéndez Alegre, H. (2025). Effectiveness of the different components of complex decongestive therapy in patients with chronic venous insufficiency: A systematic review. *Phlebology*. <https://doi.org/10.1177/02683555251333000>
 - Martínez, J., & Ruiz, S. (2024). Contabilidad de gestión y costes sanitarios: ratio de retorno de la Fisioterapia especializada. *Revista Española de Gestión Sanitaria*, 18(2), 45–58.
 - Marzolini, S., PI, O., Thomas, S., & Goodman, J. (2008). Aerobic and resistance training in coronary disease: single versus multiple sets. *Medicine and science in sports and exercise*, 40(9). <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e318177eb7f>
 - Mathisen, T. F., Rosenvinge, J. H., Friberg, O., Vrabel, K., Bratland-Sanda, S., Pettersen, G. & Sundgot-Borgen, J. (2020). Is physical exercise and dietary therapy a feasible alternative to cognitive behavior therapy in treatment of eating disorders? A randomized controlled trial of two group therapies. *International Journal of Eating Disorders*, 53(4), 574–585. <https://doi.org/10.1002/eat.23228>
 - Mauvais-Jarvis, F., Merz, N. B., Barnes, P. J., et al. (2020). Sex and gender: Modifiers of health, disease, and medicine. *The Lancet*, 396(10250), 565–582. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31561-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31561-0)
 - Maxwell, M., Berry, K., Wane, S., et al. (2020). Pelvic floor muscle training for women with pelvic organ prolapse: The PROPEL realist evaluation. *NIHR Journals Library*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565832/>
 - Mazzoleni MG, Maffulli N, Bardazzi T, Memminger M, Bertini FA & Migliorini F. (2025) Management of coccygodynia: talking points from a systematic review of recent clinical trials. *Ann Jt.*, 10:9. doi: 10.21037/aoj-24-40. PMID: 39981432; PMCID: PMC11836747.
 - McCarthy, M., Houghton, C., & Matvienko-Sikar, K. (2021). Women's experiences and perceptions of anxiety and stress during the perinatal period: a systematic review and qualitative evidence synthesis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/S12884-021-04271-W/TABLES/3>
 - McClurg, D., Hagen, S., & Dickinson, L. (2011). Abdominal massage for the treatment of constipation (Protocol). *Cochrane Database Syst Rev*, (4), 1–7.

- McGovern, Christina E., y Corjena Cheung. 2018. «Yoga and Quality of Life in Women with Primary Dysmenorrhea: A Systematic Review». *Journal of Midwifery and Women's Health* 63(4): 470-82.
- McLaughlin, S. A., Bagaria, S., Gibson, T., et al. (2013). Effectiveness of early physiotherapy to prevent lymphoedema after surgery for breast cancer: A randomized, single-blinded, clinical trial. *BMJ*, 340, b5396. <https://doi.org/10.1136/bmj.b5396>
- McLeod, D. R., Hoehn-Saric, R. & Stefan, R. L. (1986). Somatic symptoms of anxiety: Comparison of self-report and physiological measures. *Biological Psychiatry*, 21(3), 301–310. [https://doi.org/10.1016/0006-3223\(86\)90051-X](https://doi.org/10.1016/0006-3223(86)90051-X)
- McNeely, M. L., Peddle, C. J., Yurick, J. L., Dayes, I. S., & Mackey, J. R. (2011). Conservative and dietary interventions for cancer-related lymphedema: a systematic review and meta-analysis. *Cancer*, 117(6), 1136-1148. <https://doi.org/10.1002/cncr.25513>
- McNeely, M., Magee, D., Lees, A., Bagnall, K., Haykowsky, M., & Hanson, J. (2004). The addition of manual lymph drainage to compression therapy for breast cancer related lymphedema: a randomized controlled trial. *Breast cancer research and treatment*, 86(2). <https://doi.org/10.1023/B:BREA.0000032978.67677.9f>
- Meattini, I., Guenzi, M., Fozza, A., Vidali, C., Rovea, P., Meacci, F., & Livi, L. (2017). Overview on cardiac, pulmonary and cutaneous toxicity in patients treated with adjuvant radiotherapy for breast cancer. *Breast cancer (Tokyo, Japan)*, 24(1), 52–62.
- Mehrnoush, V., Darsareh, F., Roozbeh, N., & Ziraeie, A. (2021). Efficacy of the Complementary and Alternative Therapies for the Management of Psychological Symptoms of Menopause: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Journal of menopausal medicine*, 27(3), 115. <https://doi.org/10.6118/JMM.21022>
- Mendonça, A. E. A., Aquino, D. D., Horbilon, J. A. M., & da Rocha Sobrinho, H. M. (2020). Sexual disorders in male with spinal cord injury: systematic review. *Rev Med (São Paulo)*, 99(3), 286-90.
- Merskey, H, y N Bogduk. 1994. *Classification of Chronic Pain*. 2a ed. Seattle: IASP Press.
- Merz, C. N. B., & Bairey, S. M. (2011). The “Yentl syndrome” is alive and well. *European Heart Journal*, 32(2), 151–153. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehq394>
- Midence, L., Mola, A., Terzic, C., Thomas, R., & Grace, S. (2014). Ethnocultural diversity in cardiac rehabilitation. *Journal of cardiopulmonary rehabilitation and prevention*, 34(6). <https://doi.org/10.1097/HCR.0000000000000089>
- Milsom I, Altman D, Cartwright R, Lapitan MC, Nelson R, Sjostrom S, et al. Epidemiology of urinary incontinence (UI) and other lower urinary tract

- symptoms (LUTS), pelvic organ prolapse (POP) and anal incontinence (AI). In: Cardozo L, Rovner E, Wagg A, Wein A, Abrams P, editors(s). Incontinence. 7th edition. Bristol (UK): International Continence Society (ICS) and International Consultation on Urological Diseases (ICUD), 2023:13-30. [ISBN: 978-0-9569607-4-0]
- Minano-Garrido, E., Catalan-Matamoros, D. & Gómez-Conesa, A. (2022). Physical Therapy Interventions in Patients with Anorexia Nervosa: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(21), 13921. <https://doi.org/10.3390/ijerph192113921>
 - Ministerio de Igualdad; Secretaría de Estado de Igualdad y Contra la Violencia de Género. (2020). *Resumen ejecutivo de la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2019*. <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/Macroencuesta2019/home.htm>
 - Ministerio de Sanidad - Prensa y comunicación - Noticias. (s. f.). Recuperado 14 de abril de 2025, de <https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=5944>
 - Ministerio de Sanidad. (2021). *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2021–2025*. Madrid: Gobierno de España.
 - Ministerio de Sanidad. (2021). *Plan de Igualdad de Oportunidades en Salud 2021–2025*. Madrid: Gobierno de España.
 - Ministerio de Sanidad. (2025). *Creación del primer Centro de Referencia Nacional en Salud para Personas Trans*. Nota de prensa, julio 2025.
 - Miquelutti, M. A., Cecatti, J. G., & Makuch, M. Y. (2013). Evaluation of a birth preparation program on lumbopelvic pain, urinary incontinence, anxiety and exercise: a randomized controlled trial. *BMC pregnancy and childbirth*, 13. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-154>
 - Misra, M. & Klibanski, A. (2014). Endocrine consequences of anorexia nervosa. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 2(7), 581–592. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(13\)70180-3](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(13)70180-3)
 - Mo, J., Ning, Z., Wang, X., Lv, F., Feng, J., & Pan, L. (2022). Association between perinatal pain and postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 312, 92-99. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2022.06.010>
 - Mogil, Jeffrey S., y Mona Lisa Chanda. 2005. «The case for the inclusion of female subjects in basic science studies of pain». *Pain* 117(1-2): 1-5.
 - Mohamed, W., Badr, NM, Fouad, BE, et al. (2020). Efficacy of intermittent pneumatic compression on blood flow in patient with varicose veins. *Arch Pharm Pract*, 11(2), 149-153.
 - Mohebbi, R., Shojaa, M., Kohl, M., von Stengel, S., Jakob, F., Kerschanschindl, K., Lange, U., Peters, S., Thomasius, F., Uder, M., & Kemmler, W.

- (2023). Exercise training and bone mineral density in postmenopausal women: an updated systematic review and meta-analysis of intervention studies with emphasis on potential moderators. *Osteoporosis international : a journal established as result of cooperation between the European Foundation for Osteoporosis and the National Osteoporosis Foundation of the USA*, 34(7), 1145-1178. <https://doi.org/10.1007/S00198-023-06682-1>
- Molina-Torres, G., Moreno-Muñoz, M., Rebullido, T. R., Castellote-Caballero, Y., Bergamin, M., Gobbo, S., Hita-Contreras, F., & Cruz-Díaz, D. (2023). The effects of an 8-week hypopressive exercise training program on urinary incontinence and pelvic floor muscle activation: A randomized controlled trial. *Neurourology and Urodynamics*, 42(2), 500–509. 10.1002/nau.25110
 - Molski, P., Ossowski, R., Hagner, W., & Molski, S. (2009). Patients with venous disease benefit from manual lymphatic drainage. *International angiology : a journal of the International Union of Angiology*, 28(2).
 - Moore, D., & Young, C. J. (2020). A systematic review and meta-analysis of biofeedback therapy for dyssynergic defaecation in adults. *Techniques in Coloproctology*, 24(9), 909–918. <https://doi.org/10.1007/s10151-020-02230-9>
 - Moore, S., & Kramer, F. (1996). Women's and men's preferences for cardiac rehabilitation program features. *Journal of cardiopulmonary rehabilitation*, 16(3). <https://doi.org/10.1097/00008483-199605000-00003>
 - Morin, M.; Carroll, M.; Bergeron, S. (2017) Systematic Review of the Effectiveness of Physical Therapy Modalities in Women With Provoked Vestibulodynia. *Sex. Med. Rev.*, 5, 295–322. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2017.02.003>.
 - Morin, M.; Dumoulin, C.; Bergeron, S.; Mayrand, M.; Khalifé, S.; Waddell, G. & Dubois, M. (2021) PVD Study Group Multimodal physical therapy versus topical lidocaine for provoked vestibulodynia: A multicenter, randomized trial. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 224, 189.e1–189.e12. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.08.038>.
 - Morino, S., Ishihara, M., Umezaki, F., Hatanaka, H., Yamashita, M., & Aoyama, T. (2024). History of pain around the lumbopelvic region during perinatal period: a prospective cohort study. *European spine journal : official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society*, 33(4), 1440-1446. <https://doi.org/10.1007/S00586-024-08193-X>
 - Mortimer, P. S. (1998). The pathophysiology of lymphedema. *Cancer*, 83(12 Suppl American), 2798-2802.
 - Mosca, L., Benjamin, E., Berra, K., Bezanson, J., Dolor, R., Lloyd-Jones, D.,...Wenger, N. (2011). Effectiveness-based guidelines for the prevention of cardiovascular disease in women--2011 update: a guideline from the

- american heart association. *Circulation*, 123(11).
<https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e31820faaf8>
- Mosti, G., Picerni, P., & Partsch, H. (2012). Compression stockings with moderate pressure are able to reduce chronic leg oedema. *Phlebology*, 27(6).
<https://doi.org/10.1258/phleb.2011.011038>
 - Mosti, G., & Partsch, H. (2013). Occupational leg oedema is more reduced by antigraduated than by graduated stockings. *European journal of vascular and endovascular surgery: the official journal of the European Society for Vascular Surgery*, 45(5). <https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2013.01.032>
 - Mosti, G., Cavezzi, A., Partsch, H., Urso, S., & Campana, F. (2015). Adjustable Velcro Compression Devices are More Effective than Inelastic Bandages in Reducing Venous Edema in the Initial Treatment Phase: A Randomized Controlled Trial. *European journal of vascular and endovascular surgery: the official journal of the European Society for Vascular Surgery*, 50(3).
<https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2015.05.014>
 - Mosti, G., Mancini, S., Bruni, S., Serantoni, S., Gazzabin, L., Bucalossi, M., Partsch, H. (2020). Adjustable compression wrap devices are cheaper and more effective than inelastic bandages for venous leg ulcer healing. A Multicentric Italian Randomized Clinical Experience. *Phlebology*, 35(2).
<https://doi.org/10.1177/0268355519858439>
 - Mota PG, Pascoal AG, Carita AI, Bø K. (2015). Prevalence and risk factors of diastasis recti abdominis from late pregnancy to 6 months postpartum, and relationship with lumbo-pelvic pain. *Man Ther.*;20(1):200–205.
 - Mota PG, Pascoal AG, Carita AI, Bø K. (2018) Normal width of the inter-recti distance in pregnant and primiparous women. *Musculoskeletal Sci Pract*;35:34-37.
 - Mottola, M. F., Davenport, M. H., Ruchat, S. M., Davies, G. A., Poitras, V. J., Gray, C. E., Jaramillo Garcia, A., Barrowman, N., Adamo, K. B., Duggan, M., Barakat, R., Chilibeck, P., Fleming, K., Forte, M., Korolnek, J., Nagpal, T., Slater, L. G., Stirling, D., & Zehr, L. (2018). 2019 Canadian guideline for physical activity throughout pregnancy. *British journal of sports medicine*, 52(21), 1339-1346. <https://doi.org/10.1136/BJSPORTS-2018-100056>
 - Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V. & Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *The Lancet*, 370(9590), 851–858.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61415-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61415-9)
 - Mullins, E., Sharma, S., & McGregor, A. H. (2021). Postnatal exercise interventions: a systematic review of adherence and effect. *BMJ open*, 11(9).
<https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2020-044567>
 - Mungovan, S. F., Carlsson, S. V., Gass, G. C., Graham, P. L., Sandhu, J. S., Akin, O., Scardino, P. T., Eastham, J. A., & Patel, M. I. (2021). Preoperative exercise

- interventions to optimize continence outcomes following radical prostatectomy. *Nature Reviews Urology*, 18(5), 259–281.
- Mungovan, S. F., Grimes, C., & Aagaard, K. (2017). Pelvic floor muscle training following radical prostatectomy: A meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Urology*, 17(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12894-017-0212-2>
 - Mungovan, S. F., McGregor, C., Lauruschkus, K., & Frawley, H. C. (2021). Development, implementation and evaluation of an advanced practice in continence and women's health physiotherapy model of care. *Australian Health Review*, 45(3), 275–283. <https://doi.org/10.1071/AH20088>
 - Muñoz-Alcaraz, M., Jiménez-Vílchez, A., Pérula-de Torres, L., Serrano-Merino, J., García-Bustillo, Á., Pardo-Hernández, R.,...González-Santos, J. (2023). Effect of Conservative Rehabilitation Interventions on Health-Related Quality of Life in Women with Upper Limb Lymphedema Secondary to Breast Cancer: A Systematic Review. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 11(18). <https://doi.org/10.3390/healthcare11182568>
 - Muñoz-Pastor, S., Arranz-Martín, B. & Torres-Lacomba, M. (2021). Percepción del suelo pélvico en mujeres supervivientes de violencia sexual. Estudio cualitativo. *Fisioterapia*, 43(6), 317–325. <https://doi.org/10.1016/j.ft.2021.03.006>
 - Muñoz-Yagüe, T., Solís-Muñoz, P., Ciriza de los Ríos, C., Muñoz-Garrido, F., Vara, J., & Solís-Herruzo, J. A. (2014). Fecal incontinence in men: causes and clinical and manometric features. *World Journal of Gastroenterology*, 20(24), 7933–7940. <https://doi.org/10.3748/wjg.v20.i24.7933>
 - Murphy, B., Zaman, S., Tucker, K., Alvarenga, M., Morrison-Jack, J., Higgins, R., Jackson, A. (2021). Enhancing the appeal of cardiac rehabilitation for women: development and pilot testing of a women-only yoga cardiac rehabilitation programme. *European journal of cardiovascular nursing*, 20(7). <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvab008>
 - Musekamp, G. et al. 2019. Evaluation of a self-management patient education programme for fibromyalgia - results of a cluster-RCT in inpatient rehabilitation. *Health Education Research* 34(2): 209-22.
 - Myers C & Smith M. (2019) Pelvic floor muscle training improves erectile dysfunction and premature ejaculation: a systematic review. *Physiotherapy*, 105: 235–243.
 - Naciones Unidas. (2018). *Igualdad de género en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. ONU Mujeres.
 - Naciones Unidas. (2023). *Objetivos de Desarrollo Sostenible: Igualdad de género (ODS 5)*. <https://sdgs.un.org/goals/goal5>
 - Nagy, H, K Carlson, y MA Khan. 2025. *Dysmenorrhea*. 1.ª ed. Treasure Island: StatPearls Publishing.

- Naik, M., Mayak, P, Kumar, KD. (2021). Effect of Physiotherapy in the Prevention and Relief of Secondary Lymphoedema in Subjects with Postoperative Breast Cancer- A Systematic Review of Randomised Controlled Trials. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 15(5), YE01-YE05. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2021/45745.14815>
- Nathanail, S., Gyenes, G., Van Damme, A., Meyer, T., Parent, E., & Kennedy, M. (2021). Participant Exercise-Session Attendance in Community-Based, Bridging, and Hospital-Based Cardiac Rehabilitation: A Retrospective Case-Control Study. *CJC open*, 4(4). <https://doi.org/10.1016/j.cjco.2021.12.001>
- National Comprehensive Cancer Network. (2023). Cancer-related fatigue (Version 2.2023). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2019). Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management (NICE guideline NG123). NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng123>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2021). Pelvic floor dysfunction: prevention and non-surgical management (NICE guideline NG210). NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng210>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2018). *NG94: Enhanced inpatient access to physiotherapy and occupational therapy – Evidence Review*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng94>
- National Institute for Health and Care Excellence. 2020. Low back pain and sciatica in over 16s. *Nice Guideline [NG59]* (July 2017).
- Navarro-Brazález, B., Prieto-Gómez, V., Prieto-Merino, D., Sánchez-Sánchez, B., McLean, L., & Torres-Lacomba, M. (2020). Effectiveness of Hypopressive Exercises in Women with Pelvic Floor Dysfunction: A Randomised Controlled Trial. *J. Clin. Med.*, 9, 1149.
- Nederlandse Vereniging voor Bekkenfysiotherapie. (2023). Beroepsprofiel Bekkenfysiotherapeut. https://www.kngf.nl/app/uploads/2023/07/beroepsprofiel_bekkenfysiotherapeut.pdf
- Ng, K., Sivakumaran, Y., Nassar, N., & Gladman, M. A. (2015). Fecal Incontinence: Community Prevalence and Associated Factors--A Systematic Review. *Diseases of the Colon and Rectum*, 58(12), 1194–1209. <https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000000514>
- Nguyen, T. M., Do, T. T. T., Tran, T. N., & Kim, J. H. (2020a). Exercise and Quality of Life in Women with Menopausal Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 7049. doi: 10.3390/ijerph17197049. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197049>
- Nguyen, T. M., Do, T. T. T., Tran, T. N., & Kim, J. H. (2020b). Exercise and Quality of Life in Women with Menopausal Symptoms: A Systematic Review and

- Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *International journal of environmental research and public health*, 17(19), 1-20.
<https://doi.org/10.3390/IJERPH17197049>
- Nguyen, T. T. B., Hsu, Y. Y., & Sari, Y. P. (2024). The Effect of Pelvic Floor Muscle Training on Health-Related Quality of Life in Postmenopausal Women With Genitourinary Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The journal of nursing research : JNR*, 32(1), E316.
<https://doi.org/10.1097/JNR.0000000000000597>
 - NHS England. (2023a). *Service specification: Perinatal Pelvic Health Services (PRN00147)*. <https://www.england.nhs.uk/ourwork/psu/nhs-standard-contract/>
 - NHS England. (2023b). *Implementation guidance: Perinatal Pelvic Health Services (PRN00148)*. <https://www.england.nhs.uk/ourwork/psu/nhs-standard-contract/>
 - NICE Guidance - Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management: © NICE (2019) Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management. (2019). *BJU international*, 123(5), 777-803.
<https://doi.org/10.1111/BJU.14763>
 - NICE. 2021. Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain. *NICE Guidelines* (April): NICE guideline [NG193].
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng193/resources/chronic-pain-primary-and-secondary-in-over-16s-assessment-of-all-chronic-pain-and-management-of-chronic-primary-pain-pdf-66142080468421>.
 - NICE. (2021). *Guide to the Methods of Technology Appraisal 2021*. National Institute for Health and Care Excellence.
<https://www.nice.org.uk/process/pmg9/resources/guide-to-the-methods-of-technology-appraisal-2021-pdf-87797761402053>
 - Nieuwhof-Leppink, A. J., Schroeder, R. P. J., van de Putte, E. M., de Jong, T. P. V. M., & Schappin, R. (2019). Daytime urinary incontinence in children and adolescents. *The Lancet. Child & adolescent health*, 3(7), 492–501.
[https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(19\)30113-0](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30113-0)
 - Nijs, J., Lahousse, A., Fernández-de-Las-Peñas, C., Madeleine, P., Fontaine, C., Nishigami, T., Desmedt, C., Vanhoeij, M., Mostaqim, K., Cuesta-Vargas, A. I., Kapreli, E., Bilika, P., Polli, A., Leysen, L., Elma, Ö., Roose, E., Rheel, E., Yilmaz, S. T., De Baets, L., Huysmans, E., ... Saraçoğlu, İ. (2023). Towards precision pain medicine for pain after cancer: the Cancer Pain Phenotyping Network multidisciplinary international guidelines for pain phenotyping using nociplastic pain criteria. *British journal of anaesthesia*, 130(5), 611–621.

- Norton, C., & Cody, J. D. (2012). Biofeedback and/or sphincter exercises for the treatment of faecal incontinence in adults (Review). *Cochrane Database Syst Rev*, (7. Art. No.: CD002111), 1–61.
- Nyhof, C., Witzke, J., & Habib, R. (2020). Delayed access to pelvic floor physiotherapy: Implications for surgical intervention rates. *Neurourology and Urodynamics*, 39(3), 935–943. <https://doi.org/10.1002/nau.24308>
- Nzinga, A.-M., De Andrade Castanheira, S., Hermann, J., Feipel, V., Kipula, A. J. & Bertuit, J. (2021). Consequences of Female Genital Mutilation on Women's Sexual Health – Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Sexual Medicine*, 18(4), 750–760. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.01.173>
- Observatorio de Salud de la Mujer. (2009). *Mujer y salud 2009*. Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Olsson A, Kiwanuka O, Wilhelmsson S, Sandblom G, Stackelberg O. (2019). Cohort study of the effect of surgical repair of symptomatic diastasis recti abdominis on abdominal trunk function and quality of life. *BJS Open*. 3(6): 750-758.
- Olsson Möller, U., Beck, I., Rydén, L., & Malmström, M. (2019). A comprehensive approach to rehabilitation interventions following breast cancer treatment: A systematic review of systematic reviews. *BMC Cancer*, 19(1), 472. <https://doi.org/10.1186/s12885-019-5648-7>
- Omarini, C., Thanopoulou, E., & Johnston, S. R. D. (2014). Pneumonitis and pulmonary fibrosis associated with breast cancer treatments. *Breast Cancer Research and Treatment*, 146(2), 245–258.
- O'Meara, S., Cullum, N., Nelson, E., & Dumville, J. (2012). Compression for venous leg ulcers. *The Cochrane database of systematic reviews*, 11(11). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000265.pub3>
- OMS. (2016). *Quality Standards for Sexual and Reproductive Health Services*. <https://www.who.int>
- ONU. (2015). *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Naciones Unidas.
- Oosenbrug, E., Marinho, R. P., Zhang, J., Marzolini, S., Colella, T. J., Pakosh, M., & Grace, S. L. (2016). Sex differences in cardiac rehabilitation adherence: A meta-analysis. *Canadian Journal of Cardiology*, 32(11), 1316–1324. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2016.01.036>
- Ordem dos Fisioterapeutas. (2023). *Protocolos de colaboração institucional*. <https://ordemdosfisioterapeutas.pt/pt/protocolos>
- Oremus, M., Dayes, I., Walker, K., & Raina, P. (2012). Systematic review: conservative treatments for secondary lymphedema. *BMC cancer*, 12. <https://doi.org/10.1186/1471-2407-12-6>
- Organización Mundial de la Salud. (n.d.). *Trastornos mentales*.

- Osborne, N. R., & Davis, K. D. (2022). Sex and gender differences in pain. *International Review of Neurobiology*, 164, 277–307. <https://doi.org/10.1016/bs.irn.2022.06.013>
- Ouriel, K. (2018). Central Venous Pathologies: Treatments and Economic Impact. *Methodist DeBakey cardiovascular journal*, 14(3). <https://doi.org/10.14797/mdcj-14-3-166>
- Padberg, F., Johnston, M., & Sisto, S. (2004). Structured exercise improves calf muscle pump function in chronic venous insufficiency: a randomized trial. *Journal of vascular surgery*, 39(1). <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2003.09.036>
- Pak, S., Ghaderi, F., Soltani Somee, A., Mirghafourvand, M., Kamalifard, M., & Maghalian, M. (2023). The effects of interferential electrical stimulation current on labor pain and duration of active phase of labor in primiparous women: A randomized controlled trial. *Physiotherapy theory and practice*, 39(6), 1133-1140. <https://doi.org/10.1080/09593985.2022.2035035>
- Palmer LS. (2010) Biofeedback in the management of urinary continence in children. *Curr Urol Rep*;11:122–7.
- Panman, C. M., Wiegersma, M., Kollen, B. J., Burger, H., Berger, M. Y., & Dekker, J. H. (2017). Pelvic floor muscle training versus watchful waiting for pelvic organ prolapse: A randomised controlled trial. *The Lancet*, 389(10067), 393–402. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31558-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31558-6)
- Pantazi, D., & Tselepis, A. D. (2022). Cardiovascular toxic effects of antitumor agents: Pathogenetic mechanisms. *Thrombosis Research*, 213, S95–S102.
- Parker M, Millar LA, Dugan SA. (2009). Diastasis rectus abdominis and lumbopelvic pain and dysfunction: are they related? *J Womens Health Phys Therap*.;33:15–22.
- Parry, M., & Watt-Watson, J. (2010). Peer support intervention trials for individuals with heart disease: a systematic review. *European journal of cardiovascular nursing*, 9(1). <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2009.10.002>
- Passman, M., McLafferty, R., Lentz, M., Nagre, S., Iafrati, M., Bohannon, W.,...Caprini, J. (2011). Validation of Venous Clinical Severity Score (VCSS) with other venous severity assessment tools from the American Venous Forum, National Venous Screening Program. *Journal of vascular surgery*, 54(6 Suppl). <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2011.05.117>
- Patnaik, J. L., Byers, T., DiGuseppi, C., Dabelea, D., & Denberg, T. D. (2011). Cardiovascular disease competes with breast cancer as the leading cause of death for older females diagnosed with breast cancer: A retrospective cohort study. *Breast Cancer Research*, 13(3), R64.
- Paúles Cuesta, I. M., Sánchez Molina, M. P., Lahoz Gimeno, M., & Montoro Huguet, M. (2021). Prevalencia de sobrepeso y obesidad en embarazadas de una zona básica de salud de Huesca. *Med. clin.pract.*, 4(1), 100152. <https://doi.org/10.1016/J.MCPSP.2020.100152>

- Paulsen, C. P., Bandak, E., Edemann-Callesen, H., Juhl, C. B., & Händel, M. N. (2023). The Effects of Exercise during Pregnancy on Gestational Diabetes Mellitus, Preeclampsia, and Spontaneous Abortion among Healthy Women- A Systematic Review and Meta-Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 20(12). <https://doi.org/10.3390/IJERPH20126069>
- Paz-Pascual, C., Artieta-Pinedo, I., Bully, P., Garcia-Alvarez, A., & Espinosa, M. (2024). Anxiety and depression in pregnancy: associated variables during the COVID-19 pandemic period. *Enfermería Clínica (English Edition)*, 34(1), 23-33. <https://doi.org/10.1016/J.ENFCLE.2024.01.003>
- Pearce, E., Jolly, K., Jones, L. L., Matthewman, G., Zanganeh, M., & Daley, A. (2020). Exercise for premenstrual syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BJGP open*, 4(3). <https://doi.org/10.3399/BJGPOPEN20X101032>
- Pedrero-Leal, C., Yuste-Sánchez, M. J., & Arranz-Martín, B. (2019). Efecto de la espirometría incentiva y máscara PEP en la función pulmonar de mujeres tratadas de cáncer de mama con radioterapia: Estudio de caso. *Fisioterapia*, 41(6), 337–341.
- Peinado-Molina, R. A., Hernández-Martínez, A., Martínez-Vázquez, S., Rodríguez-Almagro, J., & Martínez-Galiano, J. M. (2023). Pelvic floor dysfunction: prevalence and associated factors. *BMC public health*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/S12889-023-16901-3>
- Peng, L., Fu, C., Xiong, F., Zhang, Q., Liang, Z., Chen, L., He, C., & Wei, Q. (2020). Effects of repetitive transcranial magnetic stimulation on depression symptoms and cognitive function in treating patients with postpartum depression: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychiatry research*, 290. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2020.113124>
- Pérez-Hernández, C., & Sánchez-Martínez, N. (2021). Abordaje multidisciplinar del dolor neuropático en el paciente oncológico. Madrid: Grünenthal Pharma S.A.
- Perspective for Its Adaptation. *Oncologie*, 24(1), 25-33. <https://doi.org/https://doi.org/10.32604/oncologie.2022.018110>
- Pescador-Cuenca, I., Martín-Espinosa, N. M., & Sampietro-Crespo, A. (2023). Sexual dysfunction in Spanish women with breast cancer: Prevalence and risk factors. *PLOS ONE*, 18(8), e0203151. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203151>
- Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period: ACOG Committee Opinion, Number 804. (2020). *Obstetrics and gynecology*, 135(4), E178-E188. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003772>

- Physiotherapie Ulrike Keller. (2025). Behandlungsangebote und Zuzahlung. <https://www.physiotherapiepraxis-ulrike-keller.de/behandlungsangebote/>
- Pinto M, Jacobsohn L, Florindo-Silva F & Costa E Silva L. (2024) Physiotherapy intervention on monosymptomatic nocturnal enuresis: a systematic review. *Eur J Phys Rehabil Med.*, 60(6):1051-1059. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.24.08483-1>
- Pinto, C. F. C. S., Oliveira, P. d. C. M., Fernandes, Olga Maria Freitas Simões de Oliveira, Padilha, J. M. D. S. C., Machado, P. A. P., Ribeiro, A. L. A., & Ramos, J. L. N. (2020). Nonpharmacological Clinical Effective Interventions in Constipation: A Systematic Review. *Journal of Nursing Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 52(3), 261–269. <https://doi.org/10.1111/jnu.12555>
- Pires, T. F., Costa, R. D., & Viana, R. (2020). Effects of pelvic floor muscle training in pregnant women. *Porto Biomedical Journal*, 5(5), e077. <https://doi.org/10.1097/j.pbj.000000000000108>
- POGP. (2020). Pelvic, Obstetric and Gynaecological Physiotherapy: Professional Standards. <https://pogp.csp.org.uk>
- Portman, D. J., & Gass, M. L. S. (2014). Genitourinary syndrome of menopause: New terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and the North American Menopause Society. *Menopause*, 21(10), 1063–1068.
- Poświata, A., Socha, T., & Opara, J. (2014). Prevalence of Stress Urinary Incontinence in Elite Female Endurance Athletes. *Journal of Human Kinetics*, 44(1), 91. 10.2478/hukin-2014-0114
- Price, K., Gordon, B., Bird, S., & Benson, A. (2016). A review of guidelines for cardiac rehabilitation exercise programmes: Is there an international consensus? *European journal of preventive cardiology*, 23(16). <https://doi.org/10.1177/2047487316657669>
- Prieto-Gómez, V., Yuste-Sánchez, M. J., Bailón-Cerezo, J., Romay-Barrero, H., de la Rosa-Díaz, I., Lirio-Romero, C., & Torres-Lacomba, M. (2022). Effectiveness of therapeutic exercise and patient education on cancer-related fatigue in breast cancer survivors: A randomised, single-blind, controlled trial with a 6-month follow-up. *Journal of Clinical Medicine*, 11(1), 269.
- Prince, S. A., Roberts, K. C., Melvin, A., Butler, G. P., & Thompson, W. (2020). Gender and education differences in sedentary behaviour in Canada: an analysis of national cross-sectional surveys. *BMC public health*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/S12889-020-09234-Y>
- Prince, S., Reed, J., Martinello, N., Adamo, K., Fodor, J., Hiremath, S.,...Reid, R. (2016). Why are adult women physically active? A systematic review of prospective cohort studies to identify intrapersonal, social environmental

- and physical environmental determinants. Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity, 17(10). <https://doi.org/10.1111/obr.12432>
- Pritchett, R. V., Daley, A. J., & Jolly, K. (2017). Does aerobic exercise reduce postpartum depressive symptoms? a systematic review and meta-analysis. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 67(663), e684-e691. <https://doi.org/10.3399/BJGP17X692525>
 - Proctor, M. L., Murphy, P. A., Pattison, H. M., Suckling, J. A., & Farquhar, C. M. (2007). Behavioural interventions for dysmenorrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10), Article CD002248. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002248.pub3>
 - Proctor, M. L., Smith, C. A., Farquhar, C. M., & Stones, R. W. (2002). Transcutaneous electrical nerve stimulation and acupuncture for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), Article CD002123. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002123>
 - Proctor, M. L., Hing, W., Johnson, T. C., & Murphy, P. A. (2001). Spinal manipulation for primary and secondary dysmenorrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), CD002119. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002119>
 - Qian, J., Sun, S., Wang, M., Sun, Y., Sun, X., Jevitt, C., & Yu, X. (2023). The effect of exercise intervention on improving sleep in menopausal women: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Medicine*, 10, 1092294. <https://doi.org/10.3389/FMED.2023.1092294/FULL>
 - Rabe, E., & Pannier, F. (2012). Clinical, aetiological, anatomical and pathological classification (CEAP): gold standard and limits. *Phlebology*, 27 Suppl 1. <https://doi.org/10.1258/phleb.2012.012s19>
 - Radmayr, C., G. Bogaert, A. Bujons, B. Burgu, M. Castagnetti, L.A. 't Hoen, F. O'Kelly, N.A. Pakkasjärvi, J. Quaedackers, Y.F.H. Rawashdeh, M.S. Silay Guidelines Associates: U.K. Kennedy, M. Gnech, M. Skott, A. van Uitert & J.A. Darraugh (2025). EAU Guideliness on Pediatric Urology. 1-204. <https://d56bochluxqnz.cloudfront.net/documents/full-guideline/EAU-Guidelines-on-Paediatric-Urology-2025.pdf>
 - Rafn, B. S., Christensen, J., Larsen, A., & Bloomquist, K. (2022). Prospective surveillance for breast cancer-related arm lymphedema: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Oncology*, 40(9), 1009–1026. <https://doi.org/10.1200/JCO.21.01681>
 - Ramaseshan, A. S., Felton, J., Roque, D., Rao, G., Shipper, A. G., & Sanses, T. V. D. (2018). Pelvic floor disorders in women with gynecologic malignancies: A systematic review. *International Urogynecology Journal*, 29(4), 459–76.

- Rangon, F. B., Koga Ferreira, V. T., Rezende, M. S., Apolinário, A., Ferro, A. P., & Guirro, E. C. O. (2018). Ischemic compression and kinesiotherapy on chronic myofascial pain in breast cancer survivors. *Journal of bodywork and movement therapies*, 22(1), 69–75.
- Rangon, F., da Silva, J., Dibai-Filho, A., Guirro, R., & Guirro, E. (2022). Effects of Complex Physical Therapy and Multimodal Approaches on Lymphedema Secondary to Breast Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 103(2). <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2021.06.027>
- Rathert, C., Wyrwich, M., & Boren, S. (2013). Patient-centered care and outcomes: a systematic review of the literature. *Medical care research and review: MCRR*, 70(4). <https://doi.org/10.1177/1077558712465774>
- Ravichandran, H., & Janakiraman, B. (2022). Effect of Aerobic Exercises in Improving Premenstrual Symptoms Among Healthy Women: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *International journal of women's health*, 14, 1105-1114. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S371193>
- Real Decreto 589/2022, de 19 de julio, por el que se regulan la formación transversal de las especialidades en Ciencias de la Salud. *Boletín Oficial del Estado*. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2022-12015>
- Real Decreto 589/2022, de 19 de julio, por el que se regulan las especialidades en Ciencias de la Salud y se establecen normas para la creación de nuevos títulos de especialista. *Boletín Oficial del Estado*, nº 174, 21 julio 2022, p. 105411–105455. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2008-3176>
- Red Española de Registros de Cáncer. (2025). Estimaciones de la incidencia del cáncer en España, 2025. REDECAN.
- Reed, J., Harris, J., Midence, L., Yee, E., & Grace, S. (2016). Evaluating the Heart Wise Exercise™ program: a model for safe community exercise programming. *BMC public health*, 16. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2866-7>
- Regidor, E., García-Esquinas, E., & Artazcoz, L. (2021). Self-rated health inequalities in Spain: A gender and socioeconomic perspective. *International Journal for Equity in Health*, 20, 86. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01433-0>
- Reid, R., Wooding, E., Blanchard, C., Moghei, M., Harris, J., Proulx, G.,...Grace, S. (2021). A Randomized Controlled Trial of an Exercise Maintenance Intervention in Men and Women After Cardiac Rehabilitation (ECO-PCR Trial). *The Canadian journal of cardiology*, 37(5). <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2020.10.015>
- Reinpold W, Köckerling F, Bittner R, Conze J, Fortelny R, Koch A, Kukleta J, Kuthe A, Lorenz R, Stechemesser B. (2019). Classification of Rectus

- Diastasis-A Proposal by the German Hernia Society (DHG) and the International Endohernia Society (IEHS). *Front Surg*. 28 (6): 1-6.
- *Research on the menopause in the 1990s. Report of a WHO Scientific Group PubMed*. (s. f.). Recuperado 11 de abril de 2025, de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8942292/>
 - Resurrección, D., Motrico, E., Rigabert, A., Rubio-Valera, M., Conejo-Cerón, S., Pastor, L., & Moreno-Peral, P. (2017). Barriers for Nonparticipation and Dropout of Women in Cardiac Rehabilitation Programs: A Systematic Review. *Journal of women's health* (2002), 26(8). <https://doi.org/10.1089/jwh.2016.6249>
 - Revista FT. (2024). Atuação do fisioterapeuta na sala de parto. *Fisioterapia Brasil*, 16(1), 4–7.
 - Reynolds, W. S., & Dmochowski, R. R. (2018). Male pelvic floor dysfunction: Evolving role of physical therapy. *Current Bladder Dysfunction Reports*, 13(1), 28–34. <https://doi.org/10.1007/s11884-018-0485-2>
 - Rial-Vázquez, J., Vila-Farinas, A., Varela-Lema, L., Santiago-Pérez, M. I., Rey-Brandariz, J., Candal-Pedreira, C., & Pérez-Ríos, M. (2023). [Physical activity during pregnancy and postpartum: prevalence and healthcare professionals recommendations]. *Atencion primaria*, 55(5). <https://doi.org/10.1016/J.APRIM.2023.102607>
 - Ribeiro, A. M., Ferreira, M. N., dos Santos Ribeiro, J., Pandochi, H. & Brito, L. G. O. (2015). Physical therapy at anal incontinence secondary to sexual abuse. *International Journal of Colorectal Disease*, 30(5), 715–716. <https://doi.org/10.1007/s00384-014-2044-2>
 - Ribeiro, A. M., Ferreira, M. N., dos Santos Ribeiro, J., Pandochi, H. & Brito, L. G. O. (2015). Physical therapy at anal incontinence secondary to sexual abuse. *International Journal of Colorectal Disease*, 30(5), 715–716. <https://doi.org/10.1007/s00384-014-2044-2>
 - Ribeiro, M. M., Andrade, A., & Nunes, I. (2021). Physical exercise in pregnancy: benefits, risks and prescription. *Journal of perinatal medicine*, 50(1), 4-17. <https://doi.org/10.1515/JPM-2021-0315>
 - Richards, Emma, Gisela Van Kessel, Rosa Virgara, y Paula Harris. 2012. «Does antenatal physical therapy for pregnant women with low back pain or pelvic pain improve functional outcomes? A systematic review». *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 91(9): 1038-45.
 - Riecher-Rössler, A. (2017). Sex and gender differences in mental disorders. *The Lancet Psychiatry*, 4(1), 8–9. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30348-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30348-0)
 - Rigal, Philippine et al. (2025). Therapeutic Physical Exercise for Dysmenorrhea: A Scoping Review. *Journal of Functional Morphology and Kinesiology* 10(1): 1-15.

- Rodrigues, M. de L., Carrijo, V. H. V., Amaral, A. L., Cunha, A. C. R., Tavares, J. B., Costa, J. G., Gonçalves, L. F., de Souza, T. C. F., Mariano, I. M., & Puga, G. M. (2023). Acute effect of interval step exercise versus continuous walk exercise on cardiovascular parameters in hypertensive postmenopausal women: A clinical, controlled, and randomized study. *Journal of bodywork and movement therapies*, 35, 124-129. <https://doi.org/10.1016/J.JBMT.2023.04.058>
- Rodríguez-Almagro, Daniel et al. (2023). Optimal dose and type of exercise to reduce pain, anxiety and increase quality of life in patients with fibromyalgia. A systematic review with meta-analysis. *Frontiers in Physiology* 14(April): 1-17.
- Rodríguez-Almagro, J., Hernández Martínez, A., Martínez-Vázquez, S., Peinado Molina, R. A., Bermejo-Cantarero, A., & Martínez-Galiano, J. M. (2024). A qualitative exploration of the perceptions of women living with pelvic floor disorders and factors related to quality of life. *Journal of Clinical Medicine*, 13(7), 1896.
- Rodríguez-Davila, N. & Soto-González, M. (2017). El papel de la Fisioterapia en los trastornos de la conducta alimentaria, una revisión sistemática. *Fisioterapia*, 39(6), 257–268. <https://doi.org/10.1016/j.ft.2017.07.001>
- Rodríguez-Domínguez, Álvaro José et al. (2024). Clinical relevance of resistance training in women with fibromyalgia: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Pain (United Kingdom)* 28(1): 21-36.
- Rolfe, D., Sutton, E., Landry, M., Sternberg, L., & Price, J. (2010). Women's experiences accessing a women-centered cardiac rehabilitation program: a qualitative study. *The Journal of cardiovascular nursing*, 25(4). <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e3181c83f6b>
- Romay Barrero, H., & Torres Lacomba, M. (2022). Procesos oncológicos y Fisioterapia pelviperineal. En M. Blanco Díaz (coord.), *Libro blanco de la Fisioterapia pelviperineal* (pp. 200–215). Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España.
- Rortveit, G., Hannestad, Y. S., Kjersti-Daltveit, A., & Hunskaar, S. (2001). Age- and Type-Dependent effects of parity on urinary incontinence: The Norwegian EPICONT Study. *Obstet.Gynecol.*, 98, 1004–1010.
- Rosen, N. O., Dawson, S. J., Binik, Y. M., Pierce, M., Brooks, M., Pukall, C., Chorney, J., Snelgrove-Clarke, E., & George, R. (2022). Trajectories of Dyspareunia from Pregnancy to 24 Months Postpartum. *Obstetrics and gynecology*, 139(3), 391-399. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004662>
- Rosenbaum TY. Pelvic floor involvement in male and female sexual dysfunction and the role of pelvic floor rehabilitation in treatment: A literature review. *J Sex Med* 2007;4:4–13.

- Rosenbaum, T. Y. & Owens, A. (2008). Continuing Medical Education: The Role of Pelvic Floor Physical Therapy in the Treatment of Pelvic and Genital Pain-Related Sexual Dysfunction (CME). *The Journal of Sexual Medicine*, 5(3), 513–523. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00761.x>
- Rossetini, Giacomo et al. 2020. «Context matters: the psychoneurobiological determinants of placebo, nocebo and context-related effects in physiotherapy». *Archives of Physiotherapy* 10(1): 1-12.
- Ruano-Ravina, A., Pena-Gil, C., Abu-Assi, E., Raposeiras, S., van 't Hof, A., Meindersma, E.,...González-Juanatey, J. (2016). Participation and adherence to cardiac rehabilitation programs. A systematic review. *International journal of cardiology*, 223. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2016.08.120>
- Ruiz Blanco, S., Navarro Brazález, B., Prieto Gómez, V., & Yuste Sánchez, M. J. (2018). Efecto del tratamiento de radioterapia en el hombro homolateral en mujeres intervenidas de cáncer de mama. *Fisioterapia*, 40(1), 19–25. <https://doi.org/10.1016/j.ft.2017.09.001>
- Ryhtä, I., Axelin, A., Parisod, H., Holopainen, A., & Hamari, L. (2023). Effectiveness of exercise interventions on urinary incontinence and pelvic organ prolapse in pregnant and postpartum women: umbrella review and clinical guideline development. *JB I evidence implementation*, 21(4), 394-408. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000391>
- Ryu, A., & Kim, T. H. (2015). Premenstrual syndrome: A mini review. *Maturitas*, 82(4), 436-440. <https://doi.org/10.1016/J.MATURITAS.2015.08.010>
- Šabec, Larisa, Iva Golob, y Žiga Kozinc. 2024. «The effects of taping in the management of primary dysmenorrhoea: A systematic review with meta-analysis». *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 296(March): 148-57.
- Salari, N., Mohammadi, A., Hemmati, M., Hasheminezhad, R., Kani, S., Shohaimi, S., & Mohammadi, M. (2023). The global prevalence of low back pain in pregnancy: a comprehensive systematic review and meta-analysis. *BMC pregnancy and childbirth*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/S12884-023-06151-X>
- Salazar-Méndez, Joaquín et al. 2024. «Optimal days of application of kinesiotaping for the treatment of lumbo-pelvic pain during pregnancy. A systematic review and dose-response meta-analysis». *Physiotherapy* 125: 101418. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2024.101418>.
- Salim, S., Machin, M., Patterson, B., Onida, S., & Davies, A. (2021). Global Epidemiology of Chronic Venous Disease: A Systematic Review With Pooled Prevalence Analysis. *Annals of surgery*, 274(6). <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000004631>

- Salinas Casado, J., Díaz Rodríguez, A., Brenes Bermúdez, F., Cancelo Hidalgo, M., Cuenllas Díaz, A., & Verdejo Bravo, C. (2010). Prevalencia de la Incontinencia Urinaria en España. *Urod A.*, 23(1), 52–66.
- Salonia, A., Bettocchi, C., Boeri, L., Capogrosso, P., Carvalho, J., Cilesiz, N. C., Cocci, A., Corona, G., Dimitropoulos, K., Gül, M., Hatzichristodoulou, G., Jones, T. H., Kadioglu, A., Martínez Salamanca, J. I., Milenkovic, U., Modgil, V., Russo, G. I., Serefoglu, E. C., Tharakan, T., Verze, P., ... EAU Working Group on Male Sexual and Reproductive Health (2021). European Association of Urology Guidelines on Sexual and Reproductive Health-2021 Update: Male Sexual Dysfunction. *European urology*, 80(3), 333–357. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2021.06.007>
- Samulowitz, A., Gremyr, I., Eriksson, E., & Hensing, G. (2018). “Brave men” and “emotional women”: A theory-guided literature review on gender bias in chronic pain. *Pain Research & Management*, 2018, 6358624. <https://doi.org/10.1155/2018/6358624>
- Sánchez-Barroso, L. (2017). Identificación de factores fisiopatológicos asociados a la neuropatía periférica inducida por paclitaxel [Tesis Doctoral, Universidad Rey Juan Carlos].
- Sánchez-García, J. C., López Hernández, D., Piqueras-Sola, B., Cortés-Martín, J., Reinoso-Cobo, A., Menor-Rodríguez, M. J., & Rodríguez-Blanke, R. (2023). Physical Exercise and Dietary Supplementation in Middle-Aged and Older Women: A Systematic Review. *Journal of clinical medicine*, 12(23). <https://doi.org/10.3390/JCM12237271>
- Sánchez-Polán, M., Adamo, K., Silva-Jose, C., Zhang, D., Refoyo, I., & Barakat, R. (2023). Physical Activity and Self-Perception of Mental and Physical Quality of Life during Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 12(17), 5549. <https://doi.org/10.3390/JCM12175549>
- Santana, L. S., Gallo, R. B. S., Ferreira, C. H. J., Duarte, G., Quintana, S. M., & Marcolin, A. C. (2016). Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) reduces pain and postpones the need for pharmacological analgesia during labour: a randomised trial. *Journal of physiotherapy*, 62(1), 29-34. <https://doi.org/10.1016/J.JPHYS.2015.11.002>
- Santiago de Araújo Pio, C., Beckie, T., Varnfield, M., Sarrafzadegan, N., Babu, A., Baidya, S.,...Grace, S. (2020). Promoting Patient Utilization of Outpatient Cardiac Rehabilitation: A JOINT INTERNATIONAL COUNCIL AND CANADIAN ASSOCIATION OF CARDIOVASCULAR PREVENTION AND REHABILITATION POSITION STATEMENT. *Journal of cardiopulmonary rehabilitation and prevention*, 40(2). <https://doi.org/10.1097/HCR.0000000000000474>
- Santiago de Araújo Pio, C., Chaves, G., Davies, P., Taylor, R., & Grace, S. (2019). Interventions to promote patient utilisation of cardiac rehabilitation.

- The Cochrane database of systematic reviews, 2(2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007131.pub4>
- Santos, F. F., Lourenço, B. M., Souza, M. B., Maia, L. B., Oliveira, V. C., & Oliveira, M. X. (2023). Prevention of low back and pelvic girdle pain during pregnancy: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials with GRADE recommendations. *Physiotherapy*, 118, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.PHYSIO.2022.09.004>
 - Saracoglu, I, E Akin, y GB Aydin Dincer. 2022. «Efficacy of adding pain neuroscience education to a multimodal treatment in fibromyalgia: A systematic review and meta-analysis». *Int J Rheum Dis* 25(4): 394-404.
 - Save the Children España. (2017). *Ojos que no quieren ver*. <https://www.savethechildren.es/publicaciones/ojos-que-no-quieren-ver>
 - Sawan, M., Calhoun, A., Fatade, Y., & Wenger, N. (2022). Cardiac rehabilitation in women, challenges and opportunities. Progress in cardiovascular diseases, 70. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2022.01.007>
 - Schalk, T., Oliero, J., Fedele, E., Trouset, V. & Lefèvre, T. (2023). Evaluation of Multidimensional Functional Impairment in Adult Sexual Assault Survivors, with a Focus on Its Psychological, Physical, and Social Dimensions, Based on Validated Measurements: A PRISMA Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(14), 6373. <https://doi.org/10.3390/ijerph20146373>
 - Schmitz, K. H., Courneya, K. S., Matthews, C., Demark-Wahnefried, W., Galvão, D. A., Pinto, B. M., & Schwartz, A. L. (2010). American College of Sports Medicine roundtable on exercise guidelines for cancer survivors. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 42(7), 1409–1426.
 - Schrey-Petersen, S., Tauscher, A., Dathan-Stumpf, A., & Stepan, H. (2021). Diseases and complications of the puerperium. *Deutsches Arzteblatt international*, 118(Forthcoming), 436-446. <https://doi.org/10.3238/ARZTEBL.M2021.0168>
 - Scott, J. M., Zabor, E. C., Schwitzer, E., Koelwyn, G. J., Adams, S. C., Nilsen, T. S., Moskowitz, C. S., Matsoukas, K., Iyengar, N. M., Dang, C. T., & Jones, L. W. (2018). Efficacy of Exercise Therapy on Cardiorespiratory Fitness in Patients with Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 36(22), 2297–2305.
 - Scott, L., Ben-Or, K., & Allen, J. (2002). Why are women missing from outpatient cardiac rehabilitation programs? A review of multilevel factors affecting referral, enrolment, and completion. *Journal of women's health* (2002), 11(9). <https://doi.org/10.1089/15409990260430927>

- Sengupta, A., Beckie, T., Dutta, K., Dey, A., & Chellappan, S. (2020). A Mobile Health Intervention System for Women with Coronary Heart Disease: Usability Study. *JMIR formative research*, 4(6). <https://doi.org/10.2196/16420>
- Serra-Añó, P., Inglés, M., Bou-Catalá, C., Iraola-Lliso, A., & Espí-López, G. V. (2019). Effectiveness of myofascial release after breast cancer surgery in women undergoing conservative surgery and radiotherapy: a randomized controlled trial. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 27(7), 2633–2641.
- Servicio Andaluz de Salud. (2021). Análisis de coste-efectividad de programas de salud pélvica. Junta de Andalucía.
- Servicio Aragonés de Salud. (2021). Impacto económico de la Fisioterapia especializada en el sistema sanitario público. Gobierno de Aragón.
- Shanshan, Hong et al. 2024. «Prevalence of lumbopelvic pain during pregnancy: A systematic review and meta-analysis of cross-sectional studies. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 103(2): 225-40.
- Sharifi, M., Bay, R., Karandish, K., Emrani, F., Snyder, R., & D'Silva, S. (2021). The randomized, controlled ATLANTIS trial of aquatic therapy for chronic venous insufficiency. *Journal of vascular surgery. Venous and lymphatic disorders*, 9(4). <https://doi.org/10.1016/j.jvsv.2020.10.016>
- Shei Dei Yang S & Wang CC. (2005) Outpatient biofeedback relaxation of the pelvic floor in treating pediatric dysfunctional voiding: A short-course program is effective. *Urol Int* 2005;74:118–22.
- Shi, L., Xu, X., Xiang, G., & Duan, S. (2022). Anti-osteoporosis treatments changed body composition in postmenopausal women: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 101(36), E30522. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000030522>
- Shi, W., Ghisi, G., Zhang, L., Hyun, K., Pakosh, M., & Gallagher, R. (2022). A systematic review, meta-analysis, and meta-regression of patient education for secondary prevention in patients with coronary heart disease: impact on psychological outcomes. *European journal of cardiovascular nursing*, 21(7). <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvac001>
- Shojaa, M., von Stengel, S., Kohl, M., Schoene, D., & Kemmler, W. (2020). Effects of dynamic resistance exercise on bone mineral density in postmenopausal women: a systematic review and meta-analysis with special emphasis on exercise parameters. *Osteoporosis international: a journal established as result of cooperation between the European Foundation for Osteoporosis and the National Osteoporosis Foundation of the USA*, 31(8), 1427-1444. <https://doi.org/10.1007/S00198-020-05441-W>
- Siegel AL. (2014). Pelvic Floor Muscle Training in Males: Practical Applications, *Urology*, 84: 1-7.

- Silén, Y. & Keski-Rahkonen, A. (2022). Worldwide prevalence of DSM-5 eating disorders among young people. *Current Opinion in Psychiatry*, 35(6), 362–371. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000818>
- Silva AB, Sousa N, Azevedo LF & Martins C. (2016) Physical activity and exercise for erectile dysfunction: systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med* 2016;0:1–7.
- Silva, C. A., & Motta, M. E. (2013). The use of abdominal muscle training, breathing exercises and abdominal massage to treat paediatric chronic functional constipation. *Colorectal disease: the official journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*, 15(5), e250–e255. <https://doi.org/10.1111/codi.12160>
- Silva-Jose, C., May, L., Sánchez-Polán, M., Zhang, D., Barrera-Garcimartín, A., Refoyo, I., & Barakat, R. (2023). Influence of Physical Activity during Pregnancy on Neonatal Complications: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of personalized medicine*, 14(1). <https://doi.org/10.3390/JPM14010006>
- Singh, F., Newton, R. U., Taaffe, D. R., Lopez, P., Thavaseelan, J., Brown, M., Ooi, E., Nosaka, K., Hayne, D., & Galvão, D. A. (2023). Prehabilitative versus rehabilitative exercise in prostate cancer patients undergoing prostatectomy. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 149(18), 16563–16573.
- Siracusa, R., Paola, D. R., Cuzzocrea, S., & Impellizzeri, D. (2021). Fibromyalgia: Pathogenesis, mechanisms, diagnosis and treatment options update. *International Journal of Molecular Sciences*, 22(8), 3891. <https://doi.org/10.3390/ijms22083891>
- Slieker-ten Hove, M., Pool-Goudzwaard, A., Eijkemans, M., Steegers-Theunissen, R., Burger, C., & Vierhout, M. (2010). Pelvic floor muscle function in a general population of women with and without pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J*, 21, 311–319.
- Smith, C. A., Levett, K. M., Collins, C. T., Dahlen, H. G., Ee, C. C., & Suganuma, M. (2018). Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *The Cochrane database of systematic reviews*, 3(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009290.PUB3>
- Smith, E. M., Bridges, C. M., Kanzawa, G., Knoerl, R., Kelly, J. P., 4th, Berezovsky, A., & Woo, C. (2014). Cancer treatment-related neuropathic pain syndromes--epidemiology and treatment: an update. *Current pain and headache reports*, 18(11), 459.
- Smith, J. A., Brown, K., & Lee, C. (2019). Physical therapy interventions for chronic pelvic pain: A systematic review. *Journal of Women's Health Physical Therapy*, 43(2), 79–91. <https://doi.org/10.1097/JWH.0000000000000112>
- Smith, J., Thomas, R., Bonikowske, A., Hammer, S., & Olson, T. (2022). Sex Differences in Cardiac Rehabilitation Outcomes. *Circulation research*, 130(4). <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.121.319894>

- Smoot, B., Wong, J., Cooper, B., Wanek, L., Topp, K., Byl, N., & Dodd, M. (2010). Upper extremity impairments in women with or without lymphedema following breast cancer treatment. *Journal of cancer survivorship : research and practice*, 4(2), 167–178.
- SNS Portugal. (2023). Rede de cuidados integrados e protocolos clínicos no SNS. <https://sns.gov.pt/rede-cuidados-integrados>
- Sociedad Española de Oncología Médica & Red Española de Registros de Cáncer. (2025). Las cifras del cáncer en España 2025. SEOM/REDECAN.
- SOMT University of Physiotherapy. (s.f.). Master of Pelvic Physical Therapy. <https://somt.nl/onderwijs/master-bekkenfysiotherapie/>
- Sorge, Robert E., y Stacie K. Totsch. (2017). Sex Differences in Pain. *Journal of Neuroscience Research* 95(6): 1271-81.
- Soriano, L., González-Millán, C., Álvarez Sáez, M. M., Curbelo, R., & Carmona, L. (2020). Effect of an abdominal hypopressive technique programme on pelvic floor muscle tone and urinary incontinence in women: a randomised crossover trial. *Physiotherapy*, 108, 37–44.
- Souza, M. M. F. V., & Vieira, M. D. G. (2024). Atuação da Fisioterapia na atenção primária à saúde em prevenção materno-infantil. *Ciências da Saúde*, 28(135).
- Sperstad, J. B., Tennfjord, M. K., Hilde, G., Ellström-Eng, M., & Bø, K. (2016). Diastasis recti abdominis during pregnancy and 12 months after childbirth: prevalence, risk factors and report of lumbopelvic pain. *British journal of sports medicine*, 50(17), 1092-1096. <https://doi.org/10.1136/BJSPORTS-2016-096065>
- Spitznagle TM, Leong FC, Van Dillen LR. (2007). Prevalence of diastasis recti abdominis in a urogynecological patient population. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.*; 18: 321-328.
- Squires, R., Kaminsky, L., Porcari, J., Ruff, J., Savage, P., & Williams, M. (2018). Progression of Exercise Training in Early Outpatient Cardiac Rehabilitation: AN OFFICIAL STATEMENT FROM THE AMERICAN ASSOCIATION OF CARDIOVASCULAR AND PULMONARY REHABILITATION. *Journal of cardiopulmonary rehabilitation and prevention*, 38(3). <https://doi.org/10.1097/HCR.0000000000000337>
- Stafne, S. N., Dalbye, R., Kristiansen, O. M., Hjelle, Y. E., Salvesen, K. Å., Mørkved, S., & Johannessen, H. H. (2022). Antenatal pelvic floor muscle training and urinary incontinence: a randomized controlled 7-year follow-up study. *International urogynecology journal*, 33(6), 1557-1565. <https://doi.org/10.1007/S00192-021-05028-X>
- Starzec-Proserpio, M.; Frawley, H.; Bø, K.; Morin, M. Effectiveness of nonpharmacological conservative therapies for chronic pelvic pain in

- women: A systematic review and meta-analysis. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2025, 232, 42–71. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2024.08.006>.
- Steenstrup, B., Cartier, M., Nouhaud, F. X., Kerdelhue, G., & Gilliaux, M. (2022). A systematic review of supervised comprehensive functional physiotherapy after radical prostatectomy. *Progres En Urologie : Journal De l'Association Francaise D'urologie Et De La Societe Francaise D'urologie*, 32(7), 525–539. 10.1016/j.purol.2022.04.008
 - Stewart, D., Abbey, S., Shnek, Z., Irvine, J., & Grace, S. (2004). Gender differences in health information needs and decisional preferences in patients recovering from an acute ischemic coronary event. *Psychosomatic medicine*, 66(1). <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000107006.83260.12>
 - Stewart, F., Berghmans, B., Bø, K., & Glazener, C. M. (2017). Electrical stimulation with non-implanted devices for stress urinary incontinence in women. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12(12), CD012390. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012390.pub2>
 - Stewart, F., Gameiro, O. L. F., El Dib, R., Gameiro, M. O., Kapoor, A., & Amaro, J. L. (2016). Electrical stimulation with non-implanted electrodes for overactive bladder in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD010098. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010098.pub3>
 - Stout, N. L., Binkley, J. M., Schmitz, K. H., Andrews, K., Hayes, S. C., Campbell, K. L., ... & McNeely, M. L. (2012). A prospective surveillance model for rehabilitation for women with breast cancer. *Cancer*, 118(S8), 2191–2200. <https://doi.org/10.1002/cncr.27476>
 - Stout, N. L., Ibrahim, M., Armer, J., Vargo, M., Rodrick, J., Nourse, J., McKeown, B., Griffin, J. C., & Aldrich, M. B. (2024). Consensus statement on non-cancer-related risk factors for development of secondary lymphedema. *Medical Oncology*, 41(11), 284. <https://doi.org/10.1007/s12032-024-02457-8>
 - Stout, N. L., Pfalzer, L. A., Springer, B., et al. (2012). Breast cancer-related lymphedema: Comparing direct costs of a prospective surveillance model and a traditional model of care. *Physical Therapy*, 92(1), 152–163. <https://doi.org/10.2522/ptj.20100167>
 - Stout, N., Brantus, P., & Moffatt, C. (2012). Lymphoedema management: an international intersect between developed and developing countries. Similarities, differences and challenges. *Global public health*, 7(2). <https://doi.org/10.1080/17441692.2010.549140>
 - Sultan, A. H., Monga, A., Lee, J., Emmanuel, A., Norton, C., Santoro, G., Hull, T., Berghmans, B., Brody, S., & Haylen, B. T. (2017). An International Urogynecological Association (IUGA)/ International Continence Society (ICS) Joint Report on the Terminology for Female Anorectal Dysfunction. *Neurourol Urodyn*, 36(1), 10–34.

- Sun, W., Han, Y., & Gu, S. (2024). Effects of five types of exercise on vascular function in postmenopausal women: a network meta-analysis and systematic review of 32 randomized controlled trials. *PeerJ*, 12(7). <https://doi.org/10.7717/PEERJ.17621>
- Sung, V. W., & Hampton, B. S. (2009). Epidemiology of pelvic floor dysfunction. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 36(3), 421–443. 10.1016/j.ogc.2009.08.002
- Supervía, M., Medina-Inojosa, J., Yeung, C., Lopez-Jimenez, F., Squires, R., Pérez-Terzic, C.,...Thomas, R. (2017). Cardiac Rehabilitation for Women: A Systematic Review of Barriers and Solutions. *Mayo Clinic proceedings*. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2017.01.002>
- Suso-Ribera C, Martínez-Borba V, Martín-Brufau R, Suso-Vergara S, García-Palacios A. Individual differences and health in chronic pain: are sex-differences relevant? *Health Qual Life Outcomes*. 2019 Jul 22;17(1):128. doi: 10.1186/s12955-019-1182-1.
- Sutton, E., Rolfe, D., Landry, M., Sternberg, L., & Price, J. (2012). Cardiac rehabilitation and the therapeutic environment: the importance of physical, social, and symbolic safety for programme participation among women. *Journal of advanced nursing*, 68(8). <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06041.x>
- Swinkels, I. C. S., et al. (2014). Patient self-referral to physical therapy in the Netherlands: A descriptive study of characteristics and outcomes. *Physical Therapy*, 94(12), 1785–1794. <https://doi.org/10.2522/ptj.20120308>
- Szalewska, D., & Skrzypkowska, M. (2016). Physical activity patterns, depressive symptoms and awareness of cardiovascular risk factors in postpartum women. *Annals of agricultural and environmental medicine : AAEM*, 23(3), 502-505. <https://doi.org/10.5604/12321966.1219195>
- Tabbers, M. M., Di Lorenzo, C., Berger, M. Y., Faure, C., Langendam, M., Nurko, S., Staiano, A., Vandenplas, Y., & Benninga, M. A. (2023). Evaluation and treatment of functional constipation in infants and children: Evidence-based recommendations from ESPGHAN and NASPGHAN. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 76(2), 278-314. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000003825>
- Taghian, N. R., Miller, C. L., Jammallo, L. S., O'Toole, J., & Skolny, M. N. (2014). Lymphedema following breast cancer treatment and impact on quality of life: a review. *Crit Rev Oncol Hematol*, 92(3), 227-234. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2014.06.004>
- Taherzadeh, G., Filippo, D., Kelly, S., van Engen-Verheul, M., Peek, N., Oh, P., & Grace, S. (2016). Patient-Reported Outcomes in Cardiac Rehabilitation: WHAT DO WE KNOW ABOUT PROGRAM SATISFACTION? A REVIEW. *Journal*

- of cardiopulmonary rehabilitation and prevention, 36(4).
<https://doi.org/10.1097/HCR.0000000000000142>
- Talaulikar, V. (2022). Menopause transition: Physiology and symptoms. *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, 81, 3-7.
<https://doi.org/10.1016/J.BPOBGYN.2022.03.003>
 - Tan, A., Thomas, R. L., Campbell, M. D., Prior, S. L., Bracken, R. M., & Churm, R. (2023). Effects of exercise training on metabolic syndrome risk factors in post-menopausal women-A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 42(3), 337-351. <https://doi.org/10.1016/J.CLNU.2023.01.008>
 - Taylor, J., et al. (2021). Gender disparities in addressing sexual health after cancer: Survivors' perspectives. *Journal of Clinical Oncology*, 39(3), e89–e96.
https://doi.org/10.1200/EDBK_100032
 - Taylor, M. J., Hoerauf, A., & Bockarie, M. (2010). Lymphatic filariasis and onchocerciasis. *Lancet*, 376(9747), 1175-1185.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60586-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60586-7)
 - Taylor, R. S., et al. (2017). The cost-effectiveness of exercise-based cardiac rehabilitation: A systematic review. *Health Economics Review*, 7, 58.
<https://doi.org/10.1186/s13561-017-0173-3>
 - Taylor, R., Dalal, H., & McDonagh, S. (2022). The role of cardiac rehabilitation in improving cardiovascular outcomes. *Nature reviews. Cardiology*, 19(3).
<https://doi.org/10.1038/s41569-021-00611-7>
 - Tennfjord, Merete Kolberg, Rakel Gabrielsen, y Tina Tellum. (2021). Effect of physical activity and exercise on endometriosis-associated symptoms: a systematic review». *BMC Women's Health* 21(1): 1-10.
<https://doi.org/10.1186/s12905-021-01500-4>.
 - Thabet, A. A., & Alshehri, M. A. (2019). Efficacy of deep core stability exercise program in postpartum women with diastasis recti abdominis: A randomised controlled trial. *Journal of Musculoskeletal & Neuronal Interactions*, 19(1), 62–68. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30839304/>
 - The diagnosis and treatment of peripheral lymphedema: 2020 Consensus Document of the International Society of Lymphology. (2020). *Lymphology*, 53(1), 3 - 19.
 - Thiyagarajan, D. K., Basit, H., & Jeanmonod, R. (2024). Physiology, Menstrual Cycle. *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/books/NBK500020/>
 - Thom, D. H., & Rortveit, G. (2010). Prevalence of postpartum urinary incontinence: a systematic review. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 89(12), 1511-1522.
<https://doi.org/10.3109/00016349.2010.526188>
 - Thompson, B., Gaitatzis, K., Janse, d. J., X, Blackwell, R., & Koelmeyer, L. (2021). Manual lymphatic drainage treatment for lymphedema: a systematic

- review of the literature. *Journal of cancer survivorship : research and practice*, 15(2). <https://doi.org/10.1007/s11764-020-00928-1>
- Tim, S., & Mazur-Bialy, A. I. (2024). Physiotherapy interventions in the treatment of pelvic floor dysfunctions after gynaecological oncology procedures: A systematic review. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 53, 102688.
 - Todd CL, Johnson EE, Stewart F, Wallace SA, Bryant A, Woodward S & Norton C. (2024). Conservative, physical and surgical interventions for managing faecal incontinence and constipation in adults with central neurological diseases. *Cochrane Database Syst Rev.*, 10(10):CD002115. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002115.pub6>
 - Todhunter-Brown A, Booth L, Campbell P, Cheer B, Cowie J, Elders A, Hagen S, Jankulak K, Mason H, Millington C, Ogden M, Paterson C, Richardson D, Smith D, Sutcliffe J, Thomson K, Torrens C & McClurg D. (2024). Strategies used for childhood chronic functional constipation: the SUCCESS evidence synthesis. *Health Technol Assess.*, 28(5):1-266. <https://doi.org/10.3310/PLTR9622>
 - Todhunter-Brown, A., Hazelton, C., Campbell, P., Elders, A., Hagen, S., & McClurg, D. (2022). Conservative interventions for treating urinary incontinence in women: an Overview of Cochrane systematic reviews. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9(9), CD012337. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012337.pub2>
 - Torosis, M.; Carey, E.; Christensen, K.; Kaufman, M.R.; Kenton, K.; Kotarinos, R.; Lai, H.H.; Lee, U.; Lowder, J.L.; Meister, M.; et al. A Treatment Algorithm for High-Tone Pelvic Floor Dysfunction. *Obstet. Gynecol.* 2024, 143, 595–602. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000005536>.
 - Torres Lacomba, M. (2019). *Informe anual de actividades de la Asociación Española de Fisioterapeutas en Salud de la Mujer y Salud Pélvica (AEF-SAMU)*. Asociación Española de Fisioterapeutas en Salud de la Mujer y Salud Pélvica. <https://aefi.net/sociedades/salud-de-la-mujer/>
 - Torres Lacomba, M. (Coord.), & Meldaña Sánchez, A. (Coord.). (2022). *Fisioterapia del suelo pélvico: Manual para la prevención y el tratamiento en la mujer, en el hombre y en la infancia*. Editorial Médica Panamericana.
 - Torres Lacomba, M., Mayoral del Moral, O., Coperias Zazo, J. L., Gerwin, R. D., & Goñi, A. Z. (2010). Incidence of myofascial pain syndrome in breast cancer surgery: a prospective study. *The Clinical journal of pain*, 26(4), 320–325.
 - Torres Lacomba, M., Yuste Sánchez, M. J., Zapico Goñi, A., Prieto Merino, D., Mayoral del Moral, O., Cerezo Téllez, E., & Minayo Mogollón, E. (2010). Effectiveness of early physiotherapy to prevent lymphoedema after surgery for breast cancer: randomised, single blinded, clinical trial. *Bmj*, 340, b5396. <https://doi.org/10.1136/bmj.b5396>

- Torres-Lacomba, M., Navarro-Brazález, B., Prieto-Gómez, V., Ferrandez, J., Bouchet, J., & Romay-Barrero, H. (2020). Effectiveness of four types of bandages and kinesio-tape for treating breast-cancer-related lymphoedema: a randomized, single-blind, clinical trial. *Clinical rehabilitation*, 34(9), 1230 - 1241. <https://doi.org/10.1177/0269215520935943>
- Torres-Lacomba, M., Navarro-Brazález, N., & Arranz-Martín, B. (2022). Fisioterapia y suelo pélvico: condiciones específicas en la vida de la mujer. En M. Torres-Lacomba & A. Meldaña Sánchez (Coords.), *Fisioterapia del suelo pélvico: manual para la prevención y el tratamiento en la mujer, en el hombre y en la infancia* (pp. [pp. inicial–pp. final]). Editorial Médica Panamericana.
- Torres-Lacomba, M., Prieto-Gómez, V., Arranz-Martín, B., Ferrández, J. C., Yuste-Sánchez, M. J., Navarro-Brazález, B., & Romay-Barrero, H. (2022). Manual lymph drainage with progressive arm exercises for axillary web syndrome after breast cancer surgery: A randomized controlled trial. *Physical Therapy*, 102(3), pzab314. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzab314>
- Torres-Lacomba, M., & Cerezo-Téllez, E. (2009). Actuación fisioterapéutica en las trombosis linfáticas superficiales tras cirugía mamaria con linfadenectomía: A propósito de un caso. *Cuestiones de Fisioterapia*, 38(1), 34–38.
- Treasure, J., Claudino, A. M. & Zucker, N. (2010). Eating disorders. *The Lancet*, 375(9714), 583–593. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61748-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61748-7)
- Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, Cohen M, Evers S, Finnerup NB, First MB, Giamberardino MA, Kaasa S, Korwisi B, Kosek E, Lavand'homme P, Nicholas M, Perrot S, Scholz J, Schug S, Smith BH, Svensson P, Vlaeyen JWS, Wang SJ. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*. 2019 Jan;160(1):19-27. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384>
- Tsai, I. Chen et al. (2024). Comparative Effectiveness of Different Exercises for Reducing Pain Intensity in Primary Dysmenorrhea: A Systematic Review and Network Meta-analysis of Randomized Controlled Trials». *Sports Medicine - Open* 10(1). <https://doi.org/10.1186/s40798-024-00718-4>.
- Tümkaya, M., & Seven, M. (2025). Interventions for Prevention and Management of Gynecological Cancer-Related Lower Limb Lymphedema: A Systematic Scoping Review. *Seminars in oncology nursing*, 41(1). <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2024.151781>
- Turk-Adawi, K., Supervia, M., Lopez-Jimenez, F., Adawi, A., Sadeghi, M., & Grace, S. (2021). Women-Only Cardiac Rehabilitation Delivery Around the World. *Heart, lung & circulation*, 30(1). <https://doi.org/10.1016/j.hlc.2020.01.015>

- United Nations. (2023). *Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development*. <https://sdgs.un.org/goals>
- Vainshelboim, B., Oliveira, J., Yehoshua, L., Weiss, I., Fox, B. D., Fruchter, O., et al. (2014). Exercise training-based pulmonary rehabilitation program is clinically beneficial for idiopathic pulmonary fibrosis. *Respiration*, 88(5), 378–388.
- Van Oorschot, H. F. C., Tijsseling, D., Labrie, J., & van der Vaart, C. H. (2025). Twelve-year follow-up of a randomised controlled trial comparing the effectiveness of pelvic floor muscle training versus mid-urethral sling surgery for female moderate to severe urinary incontinence. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 132(2), 234–242. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.18092>
- van Reijn-Baggen, D. A., Han-Geurts, I. J. M., Voorham-van der Zalm, P. J., Pelger, R. C. M., Hagenaars-van Miert, C. H. A. C., & Laan, E. T. M. (2022). Pelvic Floor Physical Therapy for Pelvic Floor Hypertonicity: A Systematic Review of Treatment Efficacy. *Sexual medicine reviews*, 10(2), 209–230. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2021.03.002>
- Van engelengurg-van Lonkhuyzen 2017
- Vandongen, Y., & Stacey, M. (2000). Graduated compression elastic stockings reduce lipodermatosclerosis and ulcer recurrence. *Phlebology*, 15(33), 7.
- Vasconcelos M, Lima E, Caiafa L, et al. (2006). Voiding dysfunction in children. Pelvic-floor exercises or biofeedback therapy: A randomized study. *Pediatr Nephrol.*, 21:1858–64.
- Vasquez, M., Rabe, E., McLafferty, R., Shortell, C., Marston, W., Gillespie, D.,...Rutherford, R. (2010). Revision of the venous clinical severity score: venous outcomes consensus statement: special communication of the American Venous Forum Ad Hoc Outcomes Working Group. *Journal of vascular surgery*, 52(5). <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2010.06.161>
- Vecchio M, Chiaramonte R & DI Benedetto P. (2022). Management of bladder dysfunction in multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis of studies regarding bladder rehabilitation. *Eur J Phys Rehabil Med.*,58(3):387-396. doi: 10.23736/S1973-9087.22.07217-3. Epub 2022 Feb 1. PMID: 35102733; PMCID: PMC9980558.
- Vesentini, G., Prior, J., Ferreira, P. H., Hodges, P. W., Rudge, M., & Ferreira, M. L. (2020). Pelvic floor muscle training for women with lumbopelvic pain: A systematic review and meta-analysis. *European journal of pain (London, England)*, 24(10), 1865-1879. <https://doi.org/10.1002/EJP.1636>
- Vesting, S., Gutke, A., & de Baets, L. (2025). Educating women to prevent and treat low back and pelvic girdle pain during and after pregnancy: a systematized narrative review. *Annals of medicine*, 57(1). <https://doi.org/10.1080/07853890.2025.2476046>

- Vidal-Almela, S., Czajkowski, B., Prince, S., Chirico, D., Way, K., Pipe, A., & Reed, J. (2021). Lessons learned from community- and home-based physical activity programs: A narrative review of factors influencing women's participation in cardiac rehabilitation. *European journal of preventive cardiology*, 28(7). <https://doi.org/10.1177/2047487320907748>
- Villalta, S., Picolli, A., Lensing, A., Prins, M., Prandoni, P. (1994). Assessment of validity and reproducibility of a clinical scale for the post thrombotic syndrome. *Haemostasis*, 24.
- Violante, F. S., Gachet, D., & Leung, P. (2020). Sexual health not well addressed in female cancer survivors: A cross-sectional study. *Cancer Network*, 24(4), 112–119. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05395-6>
- Visseren, F., Mach, F., Smulders, Y., Carballo, D., Koskinas, K., Bäck, M.,...Williams, B. (2021). 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European heart journal*, 42(34). <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab484>
- Vlachou, Eugenia et al. 2019. «Prevalence, Wellbeing, and Symptoms of Dysmenorrhea among University Nursing Students in Greece». *Diseases* 7(1): 5.
- Voedisch, A. J., Dunsmoor-Su, R., & Kasirsky, J. (2021). Menopause: A global perspective and clinical guide for practice. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 64(3), 528–554. <https://doi.org/10.1097/GRE.0000000000000639>
- Vogel, B., Acevedo, M., Appelman, Y., Bairey Merz, C., Chieffo, A., Figtree, G.,...Mehran, R. (2021). The Lancet women and cardiovascular disease Commission: reducing the global burden by 2030. *Lancet* (London, England), 397(10292). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00684-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00684-X)
- Vuylsteke, M., Colman, R., Thomis, S., Guillaume, G., Van Quickenborne, D., & Staelens, I. (2018). An Epidemiological Survey of Venous Disease Among General Practitioner Attendees in Different Geographical Regions on the Globe: The Final Results of the Vein Consult Program. *Angiology*, 69(9). <https://doi.org/10.1177/0003319718759834>
- Walker, G. J. A., & Gunasekera, P. (2011). Pelvic organ prolapse and incontinence in developing countries: review of prevalence and risk factors. *International Urogynecology Journal*, 22(2), 127–135. <https://doi.org/10.1007/s00192-010-1215-0>
- Walsh, G. S., Delextrat, A., & Bibbey, A. (2023). The comparative effect of exercise interventions on balance in perimenopausal and early postmenopausal women: A systematic review and network meta-analysis of randomised, controlled trials. *Maturitas*, 175. <https://doi.org/10.1016/J.MATURITAS.2023.107790>

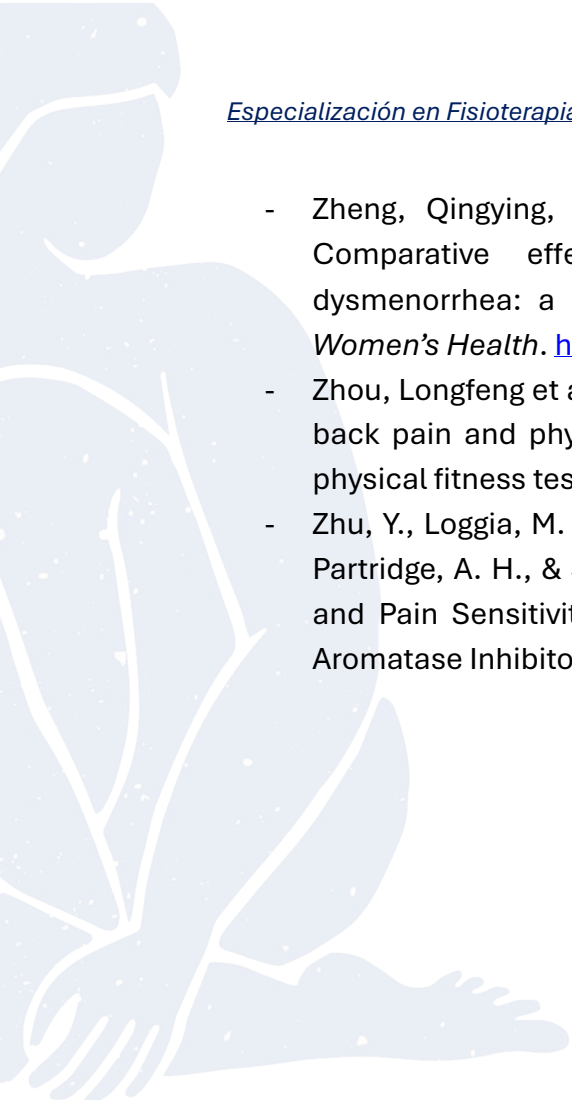
- Wang, J., Carru, C., Sedda, S., Fiori, P. L., Li, Z., & Chen, Z. (2024). Comparative impact of exercise-based interventions for postpartum depression: A Bayesian network meta-analysis. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 165(1), 67-75. <https://doi.org/10.1002/IJGO.15091>
- Wang, Y., Ge, Y, Xing, W, Liu, J, Wu, J, Lin, H, Lu, Y. (2025). The effectiveness and safety of low-level laser therapy on breast cancer-related lymphedema: An overview and update of systematic reviews. *Lasers in Medical Science*, 37(3), 1389-1413. <https://doi.org/10.1007/s10103-021-03446-3>
- Wáng, Yì Xiáng J., Jùn Qīng Wáng, y Zoltán Káplár. 2016. «Increased low back pain prevalence in females than in males after menopause age: Evidences based on synthetic literature review». *Quantitative Imaging in Medicine and Surgery* 6(2): 199-206.
- Wang, Yueting et al. (2023). The effect of myofascial therapy on postpartum rectus abdominis separation, low back and leg pain, pelvic floor dysfunction: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (United States)* 102(44): E35761.
- Watt, Fiona E. (2018). Musculoskeletal pain and menopause. *Post Reproductive Health* 24(1): 34-43.
- Weng, Y. M., Green, J., Yu, J. J., Zhang, H. Y., & Cui, H. (2024). The relationship between incidence of cesarean section and physical activity during pregnancy among pregnant women of diverse age groups: Dose-response meta-analysis. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 164(2), 504-515. <https://doi.org/10.1002/IJGO.14915>
- Whitehead, W. E., Borrud, L., Goode, P. S., Meikle, S., Mueller, E. R., Tuteja, A., Weidner, A., Weinstein, M., Ye, W., & Pelvic Floor Disorders Network. (2009). Fecal incontinence in US adults: epidemiology and risk factors. *Gastroenterology*, 137(2), 512-2. 10.1053/j.gastro.2009.04.054
- Whiteley, J., Dibonaventura, M. D., Wagner, J. S., Alvir, J., & Shah, S. (2013). The impact of menopausal symptoms on quality of life, productivity, and economic outcomes. *Journal of women's health (2002)*, 22(11), 983-990. <https://doi.org/10.1089/JWH.2012.3719>
- Whiteson, J., Prilik, S., & Glenn, M. (2025). Cardiac Rehabilitation for Women with Heart Disease. *Physical medicine and rehabilitation clinics of North America*, 36(2). <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2024.11.005>
- Whittaker JL, Warner MB, Stokes M. (2013). Comparison of the sonographic features of the abdominal wall muscles and connective tissues in individuals with and without lumbopelvic pain. *J Orthop Sports Phys Ther.*; 43(1): 11-19

- Wijnhoven, HA, HC de Vet, y HS Picavet. (2006). Prevalence of musculoskeletal disorders is systematically higher in women than in men. *Clin J Pain* 22(8): 717-24.
- Wijnhoven, Hanneke A.H., Henrica C.W. de Vet, y H. Susan J. Picavet. (2006). Explaining sex differences in chronic musculoskeletal pain in a general population. *Pain* 124(1-2): 158-66.
- Witkamp, E., de Kruif, J., van der Wal, R., & Timmers, L. (2022). Chemotherapy-induced peripheral neuropathy: Safety and effectiveness of exercise therapy– A systematic review. *European Journal of Cancer Care*, 31(6), e13623.
- Wojcieszczyk, J., Szczepanska-Gieracha, J, Wojtynska, R, Kalka, D, Bugaj, R, Grzebieniak, T, Kucharski, W, Wozniowski, M. (2012). Impact of different cardiac rehabilitation (CR) programs on quality of life and depression in women with ischemic heart disease (IHD). *Eur Psychiatry*, 27(1), 633-640.
- Wójcik, Małgorzata, Renata Szczepaniak, y Katarzyna Placek. (2022). Manejo Fisioterapeutico na Endometriose. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19(23).
- Wolf, D. F., Carvalho, C., Moreira Padovez, R. de F. C., Braz de Oliveira, M. P., & Mendes da Silva Serrão, P. R. (2024). Effects of physical exercise on muscle function of the knee, pain and quality of life in postmenopausal women with knee osteoarthritis: A systematic review with meta-analysis. *Musculoskeletal science & practice*, 71. <https://doi.org/10.1016/J.MSKSP.2024.102929>
- Wong, I., Man, M., Chan, O., Siu, F., Abel, M., & Andriessen, A. (2025). Comparison of the interface pressure and stiffness of four types of compression systems. *Journal of Wound Care*, 21(4), 161, 164, 166-167. <https://doi.org/10.12968/jowc.2012.21.4.161>
- Wood, C. L., Lane, L. C., & Cheetham, T. (2019). Puberty: Normal physiology (brief overview). *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 33(3), 101265. <https://doi.org/10.1016/J.BEEM.2019.03.001>
- Woodford, H., & George, J. (2007). NICE guidelines on urinary incontinence in women. *Age and Ageing*, 36(3), 349–350.
- Woodley, S. J., Lawrenson, P., Boyle, R., Cody, J. D., Mørkved, S., Kernohan, A., & Hay-Smith, E. J. C. (2020). Pelvic floor muscle training for preventing and treating urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *The Cochrane database of systematic reviews*, 5(5). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007471.PUB4>
- World Health Organization. (2020). Guide to cancer early diagnosis. World Health Organization.
- World Health Organization. (2017). *Rehabilitation 2030: A call for action*. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://www.who.int/initiatives/rehabilitation-2030>
- World Health Organization (2021). *Rehabilitation Competency Framework*.

- World Physiotherapy. (1999). *Declaration of principles: Specialty practice in women's and pelvic health*. Recuperado de <https://world.physio>
- World Physiotherapy. (2019). *Policy statement: Women's health*. Recuperado de <https://world.physio>
- World Physiotherapy. (2021). *Description of physical therapy professional entry level education programmes*. Recuperado de <https://world.physio/sites/default/files/2021-06/Description-of-entry-level-PT-education-programmes.pdf>
- World Physiotherapy. (2022). *Policy statement: Advanced practice in physiotherapy*. Recuperado de <https://world.physio/policy/ps-advanced-practice>
- Wu, Aimin et al. (2020). Global low back pain prevalence and years lived with disability from 1990 to 2017: estimates from the Global Burden of Disease Study 2017. *Annals of Translational Medicine* 8(6): 299-299.
- Wu, S., Jin, J., Hu, K., Wu, Y., & Zhang, D. (2022). Prevention of Gestational Diabetes Mellitus and Gestational Weight Gain Restriction in Overweight/Obese Pregnant Women: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Nutrients*, 14(12). <https://doi.org/10.3390/NU14122383>
- Xiang, Yi et al. 2025. Efficacy and safety of therapeutic exercise for primary dysmenorrhea: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in medicine* 12(February): 1540557.
- Yamany, A., & Hamdy, B. (2016). Effect of sequential pneumatic compression therapy on venous blood velocity, refilling time, pain and quality of life in women with varicose veins: a randomized control study. *Journal of physical therapy science*, 28(7). <https://doi.org/10.1589/jpts.28.1981>
- Yan, H., Dobson, R., Dewhirst, A., & Hong, J. (2023). Effect of exercise therapy on cancer-related fatigue: A systematic review and meta-analysis with GRADE assessment. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 102(12), 1041–1052.
- Yan, L.-B., Zhang, J.-Z., Zhou, Q. & Peng, F.-L. (2021). Multidimensional analyses of the effect of exercise on women with depression. *Medicine*, 100(33), e26858. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000026858>
- Yan, L.-B., Zhang, J.-Z., Zhou, Q. & Peng, F.-L. (2021). Multidimensional analyses of the effect of exercise on women with depression. *Medicine*, 100(33), e26858. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000026858>
- Yang, F., Wu, P., Su, Y., Strong, P., Chu, Y., & Huang, C. (2024). Effect of Kinesiology Taping on Breast Cancer-Related Lymphedema: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Clinical breast cancer*, 24(6). <https://doi.org/10.1016/j.clbc.2024.04.013>
- Yang, S. Y., Lan, S. J., Yen, Y. Y., Hsieh, Y. P., Kung, P. T., & Lan, S. H. (2020). Effects of Exercise on Sleep Quality in Pregnant Women: A Systematic Review

- and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Asian nursing research*, 14(1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/J.ANR.2020.01.003>
- Yang, X., Han, R., Xiang, Z., Li, H., Zhao, Q., Chen, L., & Gao, L. (2023). Clinical practice guidelines on physical activity and exercise for pregnant women with gestational diabetes mellitus: A systematic review. *International journal of nursing practice*, 29(6). <https://doi.org/10.1111/IJN.13141>
 - Yang, X., Li, H., Zhao, Q., Han, R., Xiang, Z., & Gao, L. (2022). Clinical Practice Guidelines That Address Physical Activity and Exercise During Pregnancy: A Systematic Review. *Journal of midwifery & women's health*, 67(1), 53-68. <https://doi.org/10.1111/JMWH.13286>
 - Yang, X., Zhang, A., Sayer, L., Bassett, S., & Woodward, S. (2022). The effectiveness of group-based pelvic floor muscle training in preventing and treating urinary incontinence for antenatal and postnatal women: a systematic review. *International urogynecology journal*, 33(6), 1407-1420. <https://doi.org/10.1007/S00192-021-04960-2>
 - Yao, M., Peng, P., Ding, X., Sun, Q., & Chen, L. (2024). Comparison of Intermittent Pneumatic Compression Pump as Adjunct to Decongestive Lymphatic Therapy against Decongestive Therapy Alone for Upper Limb Lymphedema after Breast Cancer Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Breast care* (Basel, Switzerland), 19(3). <https://doi.org/10.1159/000538940>
 - Yaping, X., Huifen, Z., Chunhong, L., Fengfeng, H., Huibin, H., & Meijing, Z. (2020). A meta-analysis of the effects of resistance training on blood sugar and pregnancy outcomes. *Midwifery*, 91. <https://doi.org/10.1016/J.MIDW.2020.102839>
 - Yesildere Saglam, Havva, y Ozlem Orsal. 2020. «Effect of exercise on premenstrual symptoms: A systematic review». *Complementary Therapies in Medicine* 48(November 2019).
 - Yıldız Karaahmet, A., Dişli Çetinçay, D., & Hotun Şahin, N. (2025). Exercise and Sexuality in Women With Menopausal Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analyses of Randomized Controlled Trials. *International journal of nursing practice*, 31(1). <https://doi.org/10.1111/IJN.13318>
 - Yonkers, K. A., & Simoni, M. K. (2018). Premenstrual disorders. *American journal of obstetrics and gynecology*, 218(1), 68-74. <https://doi.org/10.1016/J.AJOG.2017.05.045>
 - Yoshihara, M., Shimono, R., Tsuru, S., Kitamura, K., Sakuda, H., Oguchi, H., & Hirota, A. (2020). Risk factors for late-onset lower limb lymphedema after gynecological cancer treatment: A multi-institutional retrospective study. *European journal of surgical oncology : the journal of the European Society of Surgical Oncology and the British Association of Surgical Oncology*, 46(7). <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2020.01.033>

- Youn, Y., & Lee, J. (2019). Chronic venous insufficiency and varicose veins of the lower extremities. *The Korean journal of internal medicine*, 34(2). <https://doi.org/10.3904/kjim.2018.230>
- Young, G, y D Jewell. (2002). Interventions for preventing and treating pelvic and back pain in pregnancy (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (1): CD001139.
- Yuan, M., Chen, H., Chen, D., Wan, D., Luo, F., Zhang, C., Nan, Y., Bi, X., & Liang, J. (2022). Effect of physical activity on prevention of postpartum depression: A dose-response meta-analysis of 186,412 women. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 984677. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2022.984677/FULL>
- Yue, H., Yang, Y., Xie, F., Cui, J., Li, Y., Si, M., Li, S., & Yao, F. (2025). Effects of physical activity on depressive and anxiety symptoms of women in the menopausal transition and menopause: a comprehensive systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, 22(1), 13.
- Zaman, A. Y. (2023). Obstetric, maternal, and neonatal outcomes after Pilates exercise during pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 102(21). <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000033688>
- Zappile-Lucis M. (2009). Quality of life measurements and physical therapy management of a female diagnosed with diastasis recti abdominis. *Journal of Women's Health Physical Therapy*. 33 (1): 22.
- Zhang, D., Bo, K., Montejo, R., Sánchez-Polán, M., Silva-José, C., Palacio, M., & Barakat, R. (2024). Influence of pelvic floor muscle training alone or as part of a general physical activity program during pregnancy on urinary incontinence, episiotomy and third- or fourth-degree perineal tear: Systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 103(6), 1015-1027. <https://doi.org/10.1111/AOGS.14744>
- Zhang, D., Ruchat, S. M., Silva-Jose, C., Gil-Ares, J., Barakat, R., & Sánchez-Polán, M. (2023). Influence of Physical Activity during Pregnancy on Type and Duration of Delivery, and Epidural Use: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of clinical medicine*, 12(15). <https://doi.org/10.3390/JCM12155139>
- Zhang, D., Xiong, X., Ding, H., He, X., Li, H., Yao, Y., Ma, R., & Liu, T. (2025). Effectiveness of exercise-based interventions in preventing cancer therapy-related cardiac dysfunction in patients with breast cancer: A systematic review and network meta-analysis. *International journal of nursing studies*, 163, 104997.
- Zhao, L., Han, G., Zhao, Y., Jin, Y., Ge, T., Yang, W., Cui, R., Xu, S. & Li, B. (2020). Gender Differences in Depression: Evidence From Genetics. *Frontiers in Genetics*, 11. <https://doi.org/10.3389/fgene.2020.562316>

- 
- Zheng, Qingying, Guoyuan Huang, Wenjiao Cao, y Ying Zhao. (2024). Comparative effectiveness of exercise interventions for primary dysmenorrhea: a systematic review and network meta - analysis. *BMC Women's Health*. <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03453-w>.
 - Zhou, Longfeng et al. (2023). The correlation between pregnancy-related low back pain and physical fitness evaluated by an index system of maternal physical fitness test. *PLoS ONE* 18(12 December): 1-13.
 - Zhu, Y., Loggia, M. L., Edwards, R. R., Flowers, K. M., Muñoz-Vergara, D. W., Partridge, A. H., & Schreiber, K. L. (2022). Increased Clinical Pain Locations and Pain Sensitivity in Women After Breast Cancer Surgery: Influence of Aromatase Inhibitor Therapy. *The Clinical journal of pain*, 38(12), 721–729.



AEF·SAMU

Asociación Española
de Fisioterapeutas
en Salud de la Mujer
y Salud Pélvica

DOCUMENTO MARCO 2025

9

ANEXOS



9. ANEXOS

9.1. Anexo I (Anexo Técnico)

Competencias, contenidos y criterios de acreditación para la especialidad en Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica

1. Denominación oficial de la especialidad

- 1.1. Título de la especialidad
- 1.2. Duración y requisitos de acceso
- 1.3. Marco normativo

2. Perfil y ámbito de actuación del especialista

- 2.1. Definición y funciones del fisioterapeuta especialista
- 2.2. Áreas asistenciales
- 2.3. Perspectiva de género, diversidad y derechos humanos
- 2.4. Participación en docencia, gestión e investigación

3. Competencias profesionales del especialista en Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica

3.1. Competencias generales

3.2. Competencias específicas

- 3.2.1. Procesos fisiológicos femeninos
- 3.2.2. Procesos fisiopatológicos y condiciones prevalentes en mujeres
- 3.2.3. Salud pélvica
- 3.2.4. Evaluación clínica y manejo interdisciplinar
- 3.2.5. Ética, perspectiva de género y diversidad
- 3.2.6. Promoción, prevención e investigación
- 3.2.7. Abordaje del dolor y neurofisiología aplicada
- 3.2.8. Tecnologías aplicadas y competencias digitales
- 3.2.9. Farmacología y productos sanitarios

4. Contenidos formativos mínimos

- 4.1. Estructura general del programa
- 4.2. Contenidos teóricos
 - Módulo 1: Bases científicas de la Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica
 - Módulo 2: Evaluación y diagnóstico fisioterapéutico especializado
 - Módulo 3: Intervención fisioterapéutica avanzada
- 4.3. Contenidos prácticos
 - Módulo 4: Prácticas clínicas supervisadas
- 4.4. Trabajo Fin de Máster

5. Vías de acreditación y formación

5.1. Vía académica

5.1.1. Requisitos

5.1.2. Contenidos mínimos del programa

5.1.3. Criterios de acreditación del programa

5.2. Vía profesional

5.2.1. Requisitos

5.2.2. Procedimiento de acreditación

5.2.3. Criterios de acreditación profesional

6. Referencias internacionales y normativa

6.1. Referencias Internacionales

6.2. Referencias complementarias

6.3. Normativa española y europea

1. Denominación oficial de la especialidad

1.1. Título de la especialidad

La presente especialidad se denomina **“Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica”**.

1.2. Duración y requisitos de acceso

La especialidad en Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica se cursará mediante el sistema de **formación sanitaria especializada en régimen de residencia (vía FIR)**, conforme a lo establecido en el **Real Decreto 589/2022**, de 19 de julio, por el que se regulan la formación transversal y los criterios para la creación, revisión y supresión de títulos de especialista en Ciencias de la Salud.

Podrán acceder a esta formación los profesionales que estén en posesión del **título universitario oficial de Grado en Fisioterapia**, u otro que, de acuerdo con la normativa vigente, habilite para el ejercicio de la profesión en el territorio nacional.

La **duración propuesta del programa formativo es de un año**, en régimen de residencia a tiempo completo, conforme al **artículo 10.4 del Real Decreto 589/2022**, que permite establecer duraciones de entre uno y cinco años según la complejidad competencial de la especialidad.

Esta duración se considera adecuada y proporcionada a la naturaleza competencial de la especialidad, centrada en un ámbito clínico altamente específico que requiere la adquisición intensiva de habilidades avanzadas en salud

pélvica y salud de la mujer, sin duplicar contenidos ya integrados en la formación de grado.

Asimismo, podrán **reconocerse parcialmente los periodos formativos previos cursados en programas universitarios oficiales** —como másteres universitarios acreditados por la ANECA—, siempre que exista **correspondencia de competencias, previo informe del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud y resolución del Ministerio de Sanidad**, y con la **consulta y asesoramiento técnico** de las **sociedades científicas del área**, el **Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España (CGCFE)** y las **universidades** que impartan programas oficiales relacionados, conforme a lo dispuesto en el **artículo 26 del Real Decreto 589/2022**.

Durante este periodo, las personas en formación mantendrán una vinculación contractual formativa con el Sistema Nacional de Salud, desarrollando su aprendizaje en unidades docentes acreditadas y bajo la supervisión de tutores especialistas, con un sistema de evaluación continua y final orientado a garantizar la competencia clínica, la seguridad del paciente y la excelencia asistencial.

La duración del programa podrá revisarse tras la evaluación quinquenal del programa formativo, en función de los resultados docentes, asistenciales e investigativos obtenidos y de las necesidades del SNS.

1.3. Marco normativo

La especialidad se desarrolla en el marco de lo dispuesto en:

- La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.
- El Real Decreto 589/2022, por el que se regulan la formación transversal y los criterios para la creación, revisión y supresión de títulos de especialista en Ciencias de la Salud.
- Las directivas europeas 2005/36/CE y 2018/958/UE sobre el reconocimiento de cualificaciones profesionales.
- El Marco Europeo de Cualificaciones (EQF) y los estándares de *World Physiotherapy* y la *International Organization of Physiotherapists in Pelvic and Women's Health* (IOPPWH).

2. Perfil y ámbito de actuación del especialista

2.1. Definición y funciones del fisioterapeuta especialista

El fisioterapeuta especialista en Salud de la Mujer y Salud Pélvica es el profesional sanitario que, mediante la aplicación de competencias clínicas avanzadas específicas, interviene en la prevención, evaluación, diagnóstico fisioterapéutico,

tratamiento y rehabilitación de procesos relacionados con la salud de la mujer a lo largo de su ciclo vital; con la salud pélvica de mujeres, hombres y población pediátrica; y con la promoción de la salud integral con perspectiva de género. Además, interviene en el acompañamiento y rehabilitación de personas trans en procesos de afirmación de género, en la atención a supervivientes de violencia sexual y mutilación genital femenina, y en el tratamiento de síndromes de dolor complejo con enfoque biopsicosocial.

Se contempla su actuación en atención primaria, especializada, comunitaria y hospitalaria, incluyendo salas de parto y programas de educación en salud sexual y reproductiva.

2.2. Áreas asistenciales

La actuación del fisioterapeuta especialista se desarrolla en:

- **Atención primaria:**

Prevención y promoción de la salud integral de la mujer y la salud pélvica en la comunidad, incluyendo:

- Preparación física para el parto y fomento de un embarazo activo y saludable.
- Programas de ejercicio terapéutico adaptado en las distintas etapas del ciclo vital (adolescencia, embarazo, postparto, climaterio y menopausia activa).
- Educación sanitaria en salud sexual y reproductiva.
- Actuaciones con perspectiva de género y respeto a la diversidad.

- **Atención especializada:**

Intervención en unidades hospitalarias y clínicas especializadas (uroginecología, obstetricia, coloproctología, oncología, salud mental, dolor, cardiovascular, endocrinología y atención a personas trans en procesos de afirmación de género).

- **Ámbito comunitario:**

Desarrollo de programas de educación sanitaria, alfabetización en salud y rehabilitación dirigidos a la población general y a grupos vulnerables (supervivientes de violencia sexual y mutilación genital femenina, mujeres trans y mujeres en situación de desigualdad social).

- **Salas de parto:**

Aplicación de técnicas de analgesia no farmacológica, acompañamiento activo a la persona gestante, optimización de la biomecánica del parto y prevención de disfunciones postparto.

2.3. Perspectiva de género, diversidad y derechos humanos

El fisioterapeuta especialista aplica un enfoque integral y humanista basado en:

- La perspectiva de género, reconociendo las desigualdades en salud y adaptando las intervenciones a las necesidades específicas de las mujeres y colectivos vulnerables.
- La atención inclusiva a la diversidad sexual y de género, garantizando un trato respetuoso y sin discriminación.
- La protección de los derechos humanos, con especial atención a la prevención y abordaje de la violencia sexual y de género, y a la atención a personas supervivientes de mutilación genital femenina.

2.4. Participación en docencia, gestión e investigación

Además de su labor asistencial, el fisioterapeuta especialista podrá:

- Desempeñar funciones docentes en programas de grado y posgrado en Fisioterapia, con integración de la perspectiva de género y diversidad.
- Participar en la elaboración de guías clínicas y protocolos de actuación.
- Liderar proyectos de investigación relacionados con la salud de la mujer, la salud pélvica y la atención a colectivos diversos.
- Contribuir a la planificación y gestión de unidades asistenciales especializadas, promoviendo la inclusión y la equidad en el acceso a la salud.

3. Competencias profesionales del especialista en Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica

El fisioterapeuta especialista en Salud de la Mujer y Salud Pélvica deberá adquirir, durante su formación, las competencias profesionales necesarias para ejercer de forma autónoma, segura, eficaz y ética en el ámbito de la atención integral a la salud de la mujer y a la salud pélvica de mujeres, hombres, población pediátrica y personas trans, aplicando una perspectiva de género y diversidad.

Estas competencias abarcan la prevención, evaluación, diagnóstico fisioterapéutico, tratamiento y rehabilitación de procesos relacionados con la salud integral a lo largo del ciclo vital, incluyendo la atención a supervivientes de violencia sexual y mutilación genital femenina, el acompañamiento en procesos de afirmación de género, y el manejo de síndromes de dolor complejo desde un enfoque biopsicosocial.

Se estructuran en áreas de competencia, cada una de ellas desglosada en competencias específicas y orientada a garantizar una práctica clínica avanzada, basada en la evidencia científica y centrada en la persona

3.1. Competencias generales

El fisioterapeuta especialista deberá ser capaz de:

- a) Aplicar de forma autónoma y responsable las competencias clínicas avanzadas propias de la Fisioterapia especializada en salud de la mujer y salud pélvica, en todos los niveles asistenciales.
- b) Integrar la perspectiva de género y diversidad en la valoración, diagnóstico fisioterapéutico y tratamiento, trabajando de forma inclusiva y respetuosa con la diversidad sexual y de género.
- c) Trabajar en equipos interdisciplinarios y multidisciplinares, coordinando su actuación con otros profesionales sanitarios.
- d) Diseñar, ejecutar y evaluar programas de promoción de la salud y prevención de patologías en el ámbito comunitario.
- e) Participar en actividades docentes, de investigación y de gestión relacionadas con la especialidad.
- f) Demostrar conocimientos avanzados en ciencias básicas y clínicas aplicadas, incluyendo neurofisiología del dolor (mecanismos de sensibilización periférica y central), fisiopatología de los sistemas musculoesquelético, urogenital, gastrointestinal, endocrino y nervioso, así como la aplicación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF/ICF) en la valoración y diseño del plan de manejo fisioterapéutico.
- g) Conocer los principios fundamentales de farmacología aplicada a la Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica, considerando su interacción con las intervenciones fisioterapéuticas.

3.2. Competencias específicas

ÁREA DE COMPETENCIA	COMPETENCIAS ESPECÍFICAS
3.2.1. Procesos fisiológicos femeninos	- Conocer y comprender las características anatómicas, fisiológicas, hormonales y biomecánicas de la mujer en las diferentes etapas del ciclo vital: adolescencia, edad reproductiva, embarazo, parto, puerperio, climaterio y menopausia, así como los procesos de afirmación de género en personas trans, considerando las diferencias y desigualdades de género en la experiencia de salud y enfermedad. - Diseñar y aplicar programas de prevención y promoción de la salud adaptados a cada etapa.

	- Diseñar programas de prevención y promoción de la salud adaptados a las necesidades de mujeres cis y trans. - Valorar, prevenir y tratar las alteraciones musculoesqueléticas, pélvicas, respiratorias y cardiovasculares derivadas de los cambios fisiológicos propios de cada etapa del ciclo vital y de los procesos de afirmación de género. - Valorar, prevenir y tratar alteraciones relacionadas con la lactancia materna (dolor mamario, ingurgitación, posturas inadecuadas, mecánica corporal), favoreciendo la salud de la persona lactante y del lactante. - Integrar conocimientos avanzados de la neurofisiología del dolor en las distintas etapas del ciclo vital, identificando los mecanismos de sensibilización central y periférica y su relación con cambios hormonales, metabólicos y musculoesqueléticos propios de cada etapa.
3.2.2. Procesos fisiopatológicos y condiciones prevalentes en mujeres	- Identificar, evaluar y tratar las disfunciones musculoesqueléticas, cardiovasculares, metabólicas, autoinmunes, neurológicas y metabólicas más prevalentes en la mujer, considerando su impacto diferencial por sexo y género. - Abordar síndromes de dolor complejo como fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, síndrome de dolor miofascial y dolor pélvico crónico, entre otros, desde un enfoque biopsicosocial y con perspectiva de género, reconociendo los determinantes sociales y culturales que influyen en su aparición y manejo. - Aplicar la fisiopatología de sistemas (urogenital, gastrointestinal, endocrino y musculoesquelético) en la valoración y manejo de patologías complejas, incluyendo la interpretación crítica de resultados de pruebas complementarias (ecografía funcional, manometría, electromiografía) en colaboración con otros profesionales sanitarios.
3.2.3. Salud pélvica	- Evaluar y tratar disfunciones ginecológicas, urinarias, anorrectales y sexuales en mujeres, hombres, población pediátrica y personas trans, teniendo en cuenta las implicaciones de género y diversidad sexual en la salud pélvica y la vivencia corporal. - Evaluar y tratar las secuelas musculoesqueléticas y funcionales derivadas de la mutilación genital femenina mediante técnicas fisioterapéuticas específicas (movilización

	de cicatrices, Fisioterapia manual, reeducación funcional del suelo pélvico). - Colaborar con profesionales de la sexología, la ginecología y la salud mental en el abordaje interdisciplinar de la función sexual y sus alteraciones. - Utilizar técnicas avanzadas como <i>biofeedback</i>, electroterapia, Fisioterapia manual, Fisioterapia invasiva, Fisioterapia instrumental, reeducación perineal, CEMSP, ejercicio físico y terapéutico adaptado y tecnologías emergentes (realidad virtual, plataformas de telerehabilitación), garantizando la personalización de las intervenciones según las características de la persona y el contexto sociocultural. - Prescribir y aplicar pesarios en coordinación con otros/as profesionales de la salud.
3.2.4. Evaluación clínica y manejo interdisciplinar	- Realizar una valoración funcional externa e interna (vaginal y/o rectal) de la musculatura abdomino-lumbo-pélvica. - Integrar la práctica clínica del especialista en equipos multidisciplinares que incluyan obstetricia, ginecología, urología, coloproctología, psicología, sexología, oncología, cardiología y salud mental. - Participar activamente en la sala de parto aplicando técnicas de analgesia no farmacológica y facilitando la biomecánica del parto. - Incorporar el uso crítico de pruebas de imagen y parámetros de laboratorio relevantes (perfil lipídico, marcadores inflamatorios, hormonas tiroideas, parámetros glucémicos, entre otros) para orientar el diagnóstico fisioterapéutico y coordinar la derivación o coinervención con otros especialistas en casos complejos (oncología, uroginecología, coloproctología, cardiología, endocrinología).
3.2.5. Ética, perspectiva de género y diversidad	- Aplicar principios éticos y deontológicos en la práctica clínica. - Atender de forma respetuosa y culturalmente sensible a personas de género diverso y víctimas de violencia sexual o de género, reconociendo las desigualdades estructurales que afectan la salud de las mujeres y colectivos LGTBIQ+. - Proporcionar atención especializada a personas supervivientes de mutilación genital femenina desde un enfoque intercultural y de derechos humanos. - Identificar los factores sociales, culturales y de género que influyen en la percepción y el manejo del dolor persistente

	integrando modelos de comunicación clínica basados en la entrevista motivacional para mejorar la adherencia al tratamiento. - Promover entornos asistenciales seguros y libres de discriminación, garantizando el respeto a la autonomía y dignidad de todas las personas atendidas.
3.2.6. Promoción, prevención e investigación	- Diseñar, liderar, implementar y evaluar programas comunitarios de educación sanitaria en salud pélvica y salud integral de la mujer, integrando la perspectiva de género y diversidad para reducir desigualdades en el acceso a la salud. - Participar en proyectos de investigación y en la elaboración de guías clínicas y documentos de consenso. - Desarrollar programas específicos de Fisioterapia para abordar las secuelas funcionales y emocionales derivadas de cirugías urológicas, ginecológicas, mamarias, anorrectales, de próstata y de reasignación de sexo, garantizando una atención integral y respetuosa con la diversidad de género. - Diseñar y liderar proyectos de investigación aplicados a la salud de la mujer y la salud pélvica, aplicando metodología científica y análisis crítico de la evidencia para desarrollar prácticas clínicas innovadoras y sostenibles.
3.2.7. Abordaje del dolor y neurofisiología aplicada	- Comprender los mecanismos del dolor crónico y su interacción con factores emocionales y contextuales, identificando cómo el género influye en la percepción, diagnóstico y manejo del dolor. - Aplicar técnicas basadas en la neurociencia del dolor y estrategias de ejercicio terapéutico y educación terapéutica. - Coordinar la atención con profesionales de salud mental en el manejo multidimensional del dolor.
3.2.8. Tecnologías aplicadas y competencias digitales	- Utilizar de forma competente herramientas tecnológicas para la valoración y tratamiento (ecografía, manometría, electromiografía, plataformas digitales), teniendo en cuenta las barreras de género y diversidad en el acceso digital y la alfabetización tecnológica. - Garantizar la protección de datos y el cumplimiento de la normativa sobre práctica digital y tele-rehabilitación. - Aplicar tecnologías emergentes en la teleasistencia y la formación virtual de pacientes. - Adquirir competencias en tele-rehabilitación y uso de plataformas digitales para la valoración, seguimiento y

	tratamiento de pacientes, garantizando la accesibilidad y equidad digital.
3.2.9. Farmacología y productos sanitarios	- Conocer los principios de farmacología básica aplicada a la Fisioterapia para la salud de la mujer y salud pélvica, contemplando las diferencias biológicas y sociales asociadas al género que pueden influir en la respuesta a los tratamientos. - Prescribir, fármacos no sujetos a receta médica para optimizar el abordaje fisioterapéutico, así como productos sanitarios como conos vaginales, dilatadores, lubricantes, pesarios, cremas tópicas y otros dispositivos. - Colaborar con otros profesionales en la prescripción y seguimiento de tratamientos farmacológicos, considerando las posibles interacciones con las intervenciones fisioterapéuticas y las diferencias de respuesta según el sexo y género.

4. Contenidos formativos mínimos

El programa formativo de la especialidad en Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica se desarrollará durante un año de residencia en régimen de formación sanitaria especializada, estructurado en rotaciones clínicas, actividades teórico-prácticas y de investigación, que garanticen la adquisición progresiva de las competencias profesionales descritas en el apartado anterior, de acuerdo con los criterios establecidos en el Real Decreto 589/2022.

4.1. Estructura general

El programa formativo se estructura en **actividades teóricas, prácticas y de investigación**, distribuidas a lo largo de **un año de residencia**. Durante este periodo, el fisioterapeuta residente desarrollará un itinerario de formación progresiva que integre la **asistencia clínica, la docencia y la investigación**, en el marco de las **unidades docentes acreditadas** para esta especialidad.

La formación se orienta a la adquisición de las **competencias profesionales descritas en el apartado 3**, con especial atención a la práctica clínica basada en la evidencia, la perspectiva de género, la diversidad y la seguridad del paciente.

4.2. Actividades formativas troncales

Las actividades formativas troncales del programa FIR en Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica están orientadas a la adquisición progresiva de las competencias clínicas, docentes e investigadoras descritas en el apartado 3. Incluyen contenidos teórico-prácticos organizados en áreas temáticas

interrelacionadas, que se desarrollarán a lo largo de las rotaciones clínicas y en sesiones formativas complementarias.

A. Bases científicas de la Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica

El residente adquirirá los conocimientos científicos, clínicos y metodológicos necesarios para comprender los fundamentos anatómicos, fisiológicos, biomecánicos y neurofisiológicos que sustentan la práctica avanzada en Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica, integrando la perspectiva de género, diversidad y los determinantes sociales de la salud.

- Anatomía, fisiología y biomecánica del ciclo vital femenino: adolescencia, embarazo, parto, puerperio, climaterio y menopausia.
- Cambios anatómicos y fisiológicos asociados a los procesos de afirmación de género en personas trans.
- Fisiología aplicada de sistemas (cardiovascular, respiratorio, digestivo, endocrino y nervioso) en relación con la salud de la mujer y la salud pélvica y las disfunciones asociadas.
- Bases neurofisiológicas del dolor pélvico, crónico y síndromes de dolor complejo (fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, etc.).
- Perspectiva de género y diversidad en la atención sanitaria: impacto de los determinantes sociales y culturales sobre la salud.
- Epidemiología de las disfunciones del suelo pélvico, patologías prevalentes en la mujer y diferencias por sexo y género en la presentación clínica.
- Fundamentos de investigación y práctica basada en la evidencia con enfoque inclusivo.
- Bases de farmacología general y aplicada a la Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica: mecanismos de acción, interacciones medicamentosas y efectos secundarios relevantes.”
- Introducción a la interpretación básica de pruebas de imagen (resonancia magnética, ecografía obstétrica y ginecológica, mamografía, TAC) para la colaboración interdisciplinar.

B. Evaluación y diagnóstico fisioterapéutico especializado

Las actividades de evaluación y diagnóstico se desarrollarán bajo supervisión tutorizada, garantizando la seguridad clínica, la ética profesional y la protección de las personas atendidas. El residente adquirirá destrezas avanzadas para la valoración integral de la región abdomino-lumbo-pélvica y la identificación de disfunciones relacionadas con la salud de la mujer y la salud pélvica.

- Valoración funcional externa e interna (vaginal y rectal).
- Evaluación de disfunciones musculoesqueléticas, viscerales y neurológicas en la región abdomino-lumbo-pélvica.

- Valoración de secuelas funcionales derivadas de cirugías urológicas, ginecológicas, mamarias, anorrectales, de próstata y de reasignación de sexo.
- Evaluación de personas trans en el contexto de cirugías de afirmación de género y terapia hormonal.
- Uso de herramientas avanzadas: ecografía funcional, electromiografía, manometría, *biofeedback*.
- Abordaje multidimensional del dolor (dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y de género).
- Detección y derivación en casos de violencia sexual o de género y mutilación genital femenina.
- Interpretación crítica de pruebas complementarias y parámetros de laboratorio relevantes en la práctica fisioterapéutica (urodinamia, pruebas hormonales, electrocardiograma, electromiografía de superficie y endocavitaria).

C. Intervención fisioterapéutica avanzada

El residente desarrollará las competencias clínicas necesarias para planificar, aplicar y evaluar intervenciones fisioterapéuticas avanzadas en el ámbito de la salud de la mujer y la salud pélvica, utilizando técnicas basadas en la evidencia, tecnologías emergentes y un enfoque interdisciplinar centrado en la persona.

- Intervenciones en salud perinatal: preparación al parto, atención en el parto (técnicas de analgesia no farmacológica), recuperación postparto y manejo de disfunciones asociadas.
- Tratamiento de disfunciones urinarias, ginecológicas, anorrectales y sexuales en mujeres, hombres, población pediátrica y personas trans.
- Técnicas específicas: reeducación abdomino-lumbo-pélvica y perineal, electroterapia, fisioterapia manual, ejercicio físico y terapéutico adaptado.
- Prescripción y aplicación de productos sanitarios y dispositivos como pesarios, conos vaginales y dilatadores (según normativa vigente).
- Prevención de riesgos laborales y readaptación funcional para la reincorporación al trabajo tras procesos fisiológicos o fisiopatológicos, con enfoque específico en salud perinatal, oncológica, del climaterio, dolor pélvico crónico, disfunciones musculoesqueléticas y procesos de afirmación de género.
- Tecnologías emergentes para la rehabilitación (*biofeedback* avanzado, realidad virtual, plataformas digitales de telerehabilitación).
- Diseño y aplicación de programas de intervención basados en la neurociencia del dolor para el manejo de síndromes de dolor complejo y síndromes de dolor persistente.

D. Abordaje interdisciplinario y comunicación clínica

El residente participará en equipos multidisciplinares, aprendiendo a integrar su práctica dentro de los modelos colaborativos de atención sanitaria. Asimismo, adquirirá competencias comunicativas que le permitan liderar, coordinar y participar en acciones formativas y de continuidad asistencial.

- Modelos de comunicación clínica, entrevista motivacional y counselling aplicados a la evaluación de factores psicosociales y a la mejora de la adherencia terapéutica.
- Participación en unidades especializadas (obstetricia, ginecología, urología, coloproctología, oncología, sexología, dolor, salud mental, cardiovascular), integrando la atención fisioterapéutica en equipos interdisciplinares.
- Liderazgo y coordinación en equipos multidisciplinares, contribuyendo al diseño de rutas asistenciales, a la continuidad de los cuidados y a la formación de nuevos profesionales en el marco de las unidades docentes acreditadas.

E. Promoción de la salud, prevención y educación sanitaria

El residente desarrollará competencias para diseñar, implementar y evaluar programas comunitarios orientados a la promoción de la salud, la prevención de disfunciones y el empoderamiento de las personas atendidas.

- Diseño y ejecución de programas de promoción de la salud y prevención primaria y secundaria en el ámbito comunitario, con perspectiva de género, diversidad e inclusión.
- Desarrollo de intervenciones de empoderamiento y autocuidado, fomentando la alfabetización en salud, la participación activa de las personas y la corresponsabilidad en su proceso terapéutico y de recuperación funcional.
- Colaboración con asociaciones de pacientes, entidades comunitarias y profesionales de atención primaria para favorecer la detección precoz, la prevención y la adherencia a los programas de salud pélvica y de la mujer.

F. Investigación, innovación y docencia

El residente deberá adquirir competencias en investigación aplicada, innovación clínica y docencia sanitaria, integradas en su proceso formativo y orientadas a la mejora de la calidad asistencial.

- Aplicación de la metodología de investigación cuantitativa y cualitativa, diseño de proyectos y lectura crítica de la literatura científica.
- Participación en proyectos de investigación o innovación relacionados con la salud de la mujer, la salud pélvica y la perspectiva de género en la práctica clínica.

- Elaboración y defensa del Trabajo Fin de Residencia (TFR), de carácter aplicado y vinculado al entorno asistencial.
- Desarrollo de competencias docentes para la formación de estudiantes y profesionales sanitarios, incorporando la perspectiva de género, la diversidad y la comunicación empática en la enseñanza.
- Incorporación de herramientas tecnológicas para la docencia, la investigación y la transferencia del conocimiento.
- Promoción de la innovación en fisioterapia, orientada a la mejora de la calidad asistencial, la eficiencia clínica y la equidad en salud.

4.3. Rotaciones clínicas y actividades prácticas

Las prácticas clínicas constituyen un elemento esencial en la formación del fisioterapeuta especialista en Salud de la Mujer y Salud Pélvica. Se desarrollarán en unidades asistenciales acreditadas del SNS y permitirán la integración progresiva de competencias clínicas avanzadas en entornos reales y simulados, bajo la supervisión tutorizada de especialistas acreditados.

El programa formativo incluirá rotaciones clínicas estructuradas y actividades formativas de carácter práctico complementarias, orientadas al desarrollo integral de las competencias profesionales descritas en el apartado 3.

4.3.1. Rotaciones clínicas obligatorias y optativas

Las rotaciones se realizarán en diferentes niveles asistenciales y áreas especializadas, con la finalidad de garantizar una exposición amplia y equilibrada a los distintos procesos de salud y disfunción pélvica:

- Atención primaria y comunitaria: educación sanitaria, programas de prevención y promoción de la salud pélvica con enfoque inclusivo y de género.
- Ginecología y obstetricia (consulta externa y sala de partos): valoración y tratamiento durante el embarazo, parto y posparto; prevención de disfunciones del suelo pélvico; aplicación de técnicas de analgesia no farmacológica.
- Urología y andrología funcional: intervención en disfunciones urinarias, incontinencia y dolor pélvico crónico; rehabilitación tras cirugía prostática o urológica.
- Coloproctología y rehabilitación abdomino-pélvica: tratamiento de disfunciones anorrectales, prolapso y alteraciones de la presión intraabdominal.
- Oncología pélvica (ginecológica, mamaria y prostática): abordaje fisioterapéutico de secuelas quirúrgicas y radioterápicas, linfedema y disfunciones sexuales.

- Unidades de dolor y salud mental: manejo interdisciplinar del dolor persistente y de los factores psicosociales asociados.
- Pediatría: intervención en disfunciones pélvicas pediátricas y acompañamiento familiar.

4.3.2. Rotaciones optativas (según disponibilidad docente):

Endometriosis y dolor pélvico complejo, salud transgénero y procesos de afirmación de género, disfunción sexual, fisioterapia pélvica pediátrica avanzada, investigación aplicada y docencia clínica.

4.3.4. Actividades formativas de carácter práctico complementarias a las rotaciones clínicas

Además de las rotaciones asistenciales, el programa incluirá actividades orientadas al desarrollo de habilidades clínicas avanzadas, razonamiento profesional y competencias digitales, que complementen el aprendizaje en entornos reales.

- **Participación activa en equipos multidisciplinares** y manejo integral de casos clínicos reales, incluyendo la atención a personas trans y a supervivientes de violencia sexual o mutilación genital femenina.
- **Simulación clínica avanzada** en entornos controlados para el desarrollo de habilidades en razonamiento clínico, toma de decisiones, comunicación y gestión de situaciones complejas.
- **Prácticas en entornos virtuales y plataformas de telerehabilitación**, orientadas a la adquisición de competencias digitales aplicadas a la valoración, tratamiento y seguimiento de pacientes a distancia.
- **Sesiones de *debriefing* y tutorías clínicas reflexivas**, destinadas a consolidar la práctica basada en la evidencia, la perspectiva de género y la atención centrada en la persona.

Estas actividades estarán integradas en el itinerario formativo anual y contarán con la **supervisión directa de los tutores clínicos** y la **evaluación de la Comisión de Docencia** correspondiente.

4.3.5. Evaluación y seguimiento

El progreso del residente será evaluado de manera **continua y formativa**, registrándose en su **Libro del Residente o portafolio formativo**, que incluirá los informes de rotación, las observaciones de tutores y la valoración final de la **Comisión de Docencia**.

La evaluación integrará tanto las competencias clínicas como las actitudes profesionales, la comunicación, la ética y la participación en actividades de investigación y mejora asistencial.

4.4. Proyecto de investigación o mejora asistencial (Trabajo Fin de Residencia, TFR)

El Trabajo Fin de Residencia (TFR) constituye una parte fundamental del proceso formativo y tiene como finalidad integrar los conocimientos, habilidades y actitudes adquiridos durante el programa FIR.

El residente deberá elaborar un proyecto de investigación, innovación o mejora asistencial relacionado con la Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica, aplicando la metodología científica y los principios éticos de la práctica profesional. El TFR podrá adoptar distintas modalidades, según las características de la unidad docente y la línea de trabajo del tutor/a:

- **Proyecto de investigación aplicada:** estudio observacional, experimental o de validación de herramientas clínicas.
- **Proyecto de mejora asistencial o de calidad:** diseño e implementación de estrategias para optimizar procesos clínicos, resultados funcionales o satisfacción de las personas atendidas.
- **Proyecto de innovación tecnológica o educativa:** desarrollo o evaluación de nuevas herramientas, dispositivos o metodologías docentes en el ámbito de la especialidad.

El trabajo se desarrollará bajo la tutela directa del tutor principal y la supervisión de la Comisión de Docencia, garantizando el cumplimiento de las normas éticas y metodológicas establecidas por el centro acreditado y, en su caso, por los comités de ética de la investigación correspondientes.

Al finalizar la residencia, el residente presentará y defenderá el TFR ante la Comisión de Docencia, que valorará su calidad científica, su aplicabilidad clínica y su contribución a la mejora de la atención fisioterapéutica. La superación de esta evaluación será un requisito imprescindible para la obtención del título de especialista en Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica.

5. Sistema de formación y evaluación en residencia

5.1. Unidades docentes acreditadas

La formación de los especialistas en Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica se llevará a cabo en **unidades docentes acreditadas** por el Ministerio de Sanidad, conforme a los criterios establecidos en el **Real Decreto 589/2022**, de 19 de julio, y descritos en el apartado 5.2 del Documento Marco.

Estas unidades deberán integrar la actividad asistencial, docente e investigadora, garantizando los recursos materiales, tecnológicos y humanos necesarios para la formación especializada.

Los criterios de acreditación incluirán:

- Existencia de equipos asistenciales multidisciplinares con fisioterapeutas especialistas en salud de la mujer y salud pélvica.
- Espacios asistenciales dotados de equipamiento tecnológico avanzado (ecografía funcional, electromiografía, *biofeedback*, plataformas de telerehabilitación).
- Coordinación formal con otros servicios clínicos: ginecología, obstetricia, urología, coloproctología, oncología, salud mental, pediatría, atención primaria y salud laboral.
- Incorporación de tutores acreditados, con experiencia clínica y docente reconocida.
- Participación en actividades de investigación, innovación y docencia universitaria o de posgrado.
- Implementación de protocolos de calidad, seguridad clínica y perspectiva de género.

5.2. Tutela y supervisión

Cada residente contará con un tutor principal, responsable del seguimiento de su plan individual de formación y de la coordinación de sus actividades clínicas, docentes e investigadoras.

El tutor velará por la progresión competencial del residente, garantizando su integración en las actividades asistenciales, docentes y de investigación de la unidad. El residente podrá participar, bajo supervisión, en actividades docentes o formativas en su unidad o en colaboración con programas universitarios.

La supervisión será progresiva y proporcional al nivel de competencia del residente, asegurando la seguridad clínica y la calidad asistencial en todo momento. La Comisión de Docencia de cada unidad docente acreditada será la encargada de coordinar la planificación formativa, la asignación de tutores, la evaluación de las rotaciones y la gestión del programa.

5.3. Evaluación de competencias

La evaluación del residente será continua, formativa y basada en competencias, con el fin de garantizar la adquisición de las capacidades clínicas, docentes e investigadoras necesarias para el ejercicio profesional avanzado.

Los instrumentos de evaluación incluirán:

- Libro del Residente o portafolio formativo, como registro oficial del progreso, actividades y competencias adquiridas.
- Evaluaciones de rotación mediante observación directa y rúbricas de desempeño.
- Actividades Profesionales Confiables (EPAs) que permitan valorar la autonomía progresiva del residente.
- Estaciones Clínicas Objetivas (OSCE) o pruebas prácticas equivalentes, para valorar el razonamiento clínico, la toma de decisiones y las habilidades técnicas.
- Evaluación anual (apto/no apto) basada en los informes de tutoría y el desempeño clínico.
- Evaluación final de residencia, integrada por la valoración de la Comisión de Docencia y la defensa del Trabajo Fin de Residencia (TFR). El TFR formará parte de la evaluación final de residencia, junto con la valoración de las competencias clínicas y profesionales.

La evaluación final incluirá la valoración del desarrollo competencial, la calidad asistencial y la actitud profesional, conforme a los criterios establecidos por el Ministerio de Sanidad.

5.4. Reconocimiento de periodos formativos previos

De acuerdo con el **artículo 26 del Real Decreto 589/2022**, podrán reconocerse parcialmente los periodos formativos previos cursados en programas universitarios oficiales acreditados por la ANECA, siempre que exista correspondencia de competencias con las establecidas en el presente Anexo.

Podrán ser objeto de reconocimiento aquellos programas que cumplan los siguientes requisitos, inspirados en la estructura de los másteres oficiales ya existentes en esta especialidad:

- Una duración mínima de 60 créditos ECTS orientados a la adquisición de competencias clínicas avanzadas en salud de la mujer y salud pélvica.
- Prácticas clínicas supervisadas en unidades especializadas, con una duración mínima de 250 horas.
- Docencia impartida por profesorado con experiencia clínica y académica acreditada.
- Evaluación final de competencias mediante resolución de casos clínicos simulados o pruebas prácticas en entornos controlados.

La resolución de estos reconocimientos corresponderá al Ministerio de Sanidad, previo informe del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, y con la consulta y asesoramiento técnico de las sociedades científicas del área, el Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España (CGCFE) y las universidades que impartan programas oficiales relacionados.

El reconocimiento tendrá carácter individual, no automático, y se resolverá según los procedimientos que establezca el Ministerio de Sanidad.

5.5. Vía transitoria de reconocimiento profesional

Hasta la plena implantación del programa FIR, se aplicará una vía transitoria de reconocimiento profesional, conforme a lo previsto en la Disposición Transitoria Única del Real Decreto 589/2022, dirigida a fisioterapeutas con formación avanzada y experiencia acreditada en el ámbito de la salud de la mujer y la salud pélvica.

Durante esta fase transitoria, podrán acceder al reconocimiento de la especialidad los profesionales que:

- Acrediten una trayectoria profesional consolidada en el área, con al menos 2.000 horas de experiencia clínica avanzada en los últimos 10 años (500 en los últimos 3).
- Presenten un portafolio profesional que incluya formación continuada específica, experiencia asistencial, docencia o investigación.
- Superen, en su caso, una evaluación de competencias clínico-práctica, convocada por el Ministerio de Sanidad y coordinada con el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, con la consulta de las sociedades científicas y el CGCFE.

Esta vía permitirá garantizar la continuidad asistencial, reconocer la experiencia acumulada y asegurar la equidad profesional durante el periodo de transición hacia el sistema FIR.

Los profesionales acreditados deberán comprometerse a un proceso de actualización continua mediante formación y participación científica, conforme a los criterios de recertificación establecidos por el Ministerio de Sanidad.

5.6. Formación transversal y calidad

Durante la residencia, los fisioterapeutas en formación participarán en actividades transversales comunes a las especialidades sanitarias, en las áreas de: ética y deontología profesional, comunicación clínica, seguridad del paciente, calidad asistencial, liderazgo, perspectiva de género, trabajo en equipo e investigación aplicada.

Estas actividades, coordinadas por la Comisión de Docencia, garantizarán la adquisición de competencias esenciales para la práctica profesional, promoviendo una cultura de calidad, equidad e innovación en el ámbito de la fisioterapia especializada. Asimismo, se desarrollarán conforme a los programas comunes de formación transversal establecidos por el Ministerio de Sanidad.

6. Referencias internacionales y normativa

Este Anexo se ha elaborado conforme estos documentos y marcos normativos:

6.1. Referencias internacionales

American Physical Therapy Association. (2020). *Women's Health: Description of Specialty Practice*. Alexandria, VA: APTA.

APTA Pelvic Health (2021): *Position Statement: Pessary Fitting and Management*.

IOPPDH (2023): *Education Recommendations for Pelvic and Women's Health*.

NICE Guidelines (NG210, NG123): *Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management*.

WHO (2023): *Fact Sheets on Women's Health, Sexual and Reproductive Health, and LGBTQ+ Health*.

World Physiotherapy (2019): *Policy Statement: Women's Health*.

World Physiotherapy (2020): *Physiotherapist Education Framework*.

6.2. Referencias complementarias

ABRAFISM-CREFITO14 (2023): *Por más fisioterapeutas en las maternidades: E-book*.

APA (2022): *Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People*.

Delgado et al. (2020): *Non-pharmacological interventions for pain management in labor: a systematic review*.

E-book ABRAFISM (2020): *Campanha por mais fisioterapeutas nas maternidades*.

Frawley et al. (2018): *Pelvic health physiotherapy practice: a global perspective*.

UNFPA (2021): *Eliminating Female Genital Mutilation: An inter-agency statement*.

6.3. Normativa española y europea

Directiva 2005/36/CE y Directiva (UE) 2018/958, sobre reconocimiento de cualificaciones profesionales y test de proporcionalidad.

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

Marco Europeo de Cualificaciones (EQF, 2017).

Orden CIN/2135/2008, sobre verificación de títulos universitarios oficiales de Fisioterapia.

Real Decreto 589/2022, por el que se regulan la formación transversal de las especialidades en Ciencias de la Salud.

9.2. Anexo II Protocolos de fisioterapia para ámbitos específicos

9.2.1. Protocolo de fisioterapia para la atención al embarazo y el postparto en atención primaria.

Autoría principal / coordinación del protocolo: María Torres Lacomba y José Ramón Saiz Llamosas

Autoras colaboradoras: Laura Lorenzo Gallego, Beatriz Navarro Brazález; Cristina Díaz del Campo Gómez-Rico; Carmen Mar Rodríguez Peñas y Laura Fuentes Aparicio

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA. INTRODUCCIÓN

Fisioterapia en el embarazo

A lo largo de su ciclo vital, la mujer transita por distintas etapas fisiológicas asociadas a cambios hormonales¹. Durante una de estas etapas, la etapa fértil, la mujer puede embarazarse y, aunque el embarazo no es un estado patológico, impone una serie de modificaciones fisiológicas, biomecánicas y psicológicas a fin de cumplir con las demandas físicas y metabólicas de este. Entre estas adaptaciones se encuentran los cambios cardiovasculares, el crecimiento uterino, los cambios posturales, del equilibrio y de la actividad muscular lumbopélvica², el aumento de la laxitud articular^{3, 4} o la ganancia de peso¹. Estos cambios se relacionan con la creación de un entorno favorable para la maduración fetal, con la preparación de la mujer para el parto y con el desarrollo mamario para la posterior nutrición del bebé. Si estos cambios no se controlan, pueden tener efectos negativos/ consecuencias adversas. Por ejemplo, la obesidad puede provocar diabetes gestacional, hipertensión y depresión, lo que puede desencadenar complicaciones en el embarazo⁵⁻⁷. En España, hasta 45% de mujeres gestantes presenta sobrepeso y aproximadamente un 10% obesidad⁶. Además, entre el 17-18% padecen depresión durante el embarazo y hasta un 23,6% presentan un trastorno de ansiedad^{5, 7}. Una disminución en el aumento de peso gestacional puede contribuir a la reducción o alivio de estos síntomas⁸. hasta el 47,8% de las mujeres embarazadas y hasta un 25% en el postparto padecen dolor lumbar y/o pélvico⁹⁻¹¹. Por lo general, este dolor aumenta a medida que avanza el embarazo y persiste 14 meses tras el parto en el 15,3% de las mujeres¹², que reportan que afecta negativamente su salud puesto que interfiere con el trabajo, con las actividades diarias y con el sueño⁹⁻¹². Para prevenir estos problemas asociados al embarazo, se han diseñado distintos programas basados en el ejercicio físico terapéutico (se considera ejercicio terapéutico *“la realización sistemática y planificada de movimientos, posturas o actividades físicas destinadas a proporcionar al/a la paciente los medios para: 1) Corregir o prevenir cualquier alteración en la función y estructuras corporales; 2) Mejorar, restaurar o promover las actividades y la participación; 3) Prevenir o minimizar los factores de riesgo relacionados con la salud; y 4) Optimizar la salud general o la sensación de*

bienestar.” Kisner et al. 2017), que corrigen el excesivo aumento de peso; mejoran los edemas en manos y pies, los calambres musculares, la calidad del sueño, la fatiga y el estreñimiento, además de mejorar la postura, la circulación de retorno, reducir la incontinencia urinaria y fecal¹³, reducir el dolor lumbopélvico^{14, 15} y mejorar el estado de ánimo¹⁶⁻¹⁹. Al mismo tiempo, el ejercicio terapéutico en las mujeres embarazadas tiene un papel importante en la reducción de la incidencia de complicaciones como la preeclampsia (5% de las gestaciones en España cursan con preeclampsia, aumentando al 30% en el caso de las mujeres que tienen factores de riesgo, como hipertensión crónica, diabetes mellitus, obesidad, nefropatía o antecedente de preeclampsia en un embarazo previo), la diabetes gestacional y el parto prematuro, puede asociarse con una primera etapa de parto más corta, con una reducción de las cesáreas y puede ayudar en el postparto para facilitar la recuperación de la madre²⁰⁻²². En 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó directrices actualizadas sobre actividad física y comportamiento sedentario para varias poblaciones, reforzando la necesidad de políticas nacionales para incluir y seguir a estas subpoblaciones que incluía, por primera vez, a las mujeres durante el embarazo y el postparto, apoyando así la importancia de plantear, evaluar y monitorizar ejercicio físico durante estos períodos de la vida de la mujer²³. Sin embargo, a pesar de la evidencia disponible sobre los beneficios del ejercicio terapéutico durante el embarazo y el postparto, esté disminuye durante el embarazo hasta un 21% y tras el parto un 32%, en comparación con el embarazo²⁴. El ejercicio terapéutico es un pilar fundamental para un embarazo y parto sin complicaciones, de modo que todas las mujeres sin contraindicaciones médicas u obstétricas deben realizar actividad física/ejercicio terapéutico durante el embarazo (Recomendación fuerte)^{21, 24-27}. Resulta esencial que la mujer afronte el parto en buena forma física, para conseguir mantener la fuerza y la energía durante las exigencias del trabajo de parto.¹ El manejo fisioterápico basado en ejercicio físico terapéutico durante el embarazo está enmarcado en el enfoque preventivo de las complicaciones del embarazo, así como en facilitar la movilidad para el parto, favoreciendo un rol más activo en este de la gestante. Basado en la evidencia científica disponible sobre la eficacia de los programas de Fisioterapia de ejercicio físico terapéutico adaptado a la gestación está indicado ejercicio aeróbico, de fuerza muscular, de equilibrio, de coordinación motora, de flexibilidad, y debe incluir el suelo pélvico (Recomendación fuerte)^{21, 27}. Las mujeres deben acumular al menos 150 min semanales de ejercicio terapéutico de intensidad moderada a la semana (Recomendación fuerte, se considera como una intensidad moderada cuando la embarazada al realizar ejercicio físico terapéutico puede mantener cómodamente una conversación, es decir el «test del habla»); o aquella en la que la frecuencia cardíaca es menor de 60-80% de la frecuencia cardíaca máxima de la embarazada ajustada según la edad, generalmente no excediendo de 140 pulsaciones por minuto, Anexo 8.1), desarrollada en, al menos, tres días por semana (Recomendación fuerte)^{23-25,28} y supervisado (Calidad moderada de la evidencia científica)^{27, 29}. La supervisión garantiza el desempeño y el cumplimiento, brinda retroalimentación sobre el

desempeño del ejercicio, adapta los ejercicios, si es necesario, garantiza la seguridad y permite derivar a un facultativo si fuese necesario. La falta de seguimiento y las pérdidas durante el seguimiento son mayores y la adherencia a los programas de ejercicio físico terapéutico son menores en programas no supervisados versus supervisados²⁹.

Fisioterapia en el puerperio y postparto

Tras el parto, el puerperio, entendido como el periodo temporal comprendido entre la expulsión de la placenta y las 6-8 semanas posteriores, también presenta sus complicaciones³⁰. En este periodo y hasta un año de postparto, se estima que una de cada tres mujeres experimenta incontinencia urinaria tres meses después del parto³¹, una de cada siete reporta incontinencia anal seis meses después del parto^{31, 32}, una de cada 12 mujeres experimenta síntomas de prolapso de órganos pélvicos^{33, 34}, y tres de cada diez mujeres reporta dispareunia tres meses después del parto³⁵. Estos problemas de salud pélvica coexisten también con dolor lumbopélvico y perineal³⁶, así como con la diástasis de rectos abdominales que sufren hasta un 45,4% y un 32,6% de mujeres a los 6 meses y 12 meses postparto, respectivamente³⁷. Estos problemas afectan enormemente la vida de las mujeres, su capacidad para trabajar, sus relaciones sexuales y sociales, relacionándose con una mala salud mental³⁸. El ejercicio físico terapéutico es una intervención sencilla y de bajo costo que puede desempeñar un papel importante en la salud y el bienestar durante el período postparto³⁹. Los programas específicos para esta etapa de la vida pueden aumentar la actividad física y, en consecuencia, mejorar potencialmente la salud y el estado físico de las mujeres⁴⁰. Los beneficios del ejercicio físico terapéutico en el postparto incluyen promover el retorno al peso pregestacional, disminuir el riesgo de desarrollar potenciales problemas persistentes de salud y mejorar la condición física^{36, 41-43} (Recomendación fuerte). Además, varios estudios han demostrado que el ejercicio terapéutico postparto es eficaz para reducir los síntomas de depresión^{42, 44, 45} (Recomendación fuerte), dolor lumbopélvico^{14, 46, 47} (Recomendación fuerte), diástasis de rectos abdominales^{48, 49} (Recomendación fuerte), fatiga^{43, 50} (Recomendación fuerte) y disfunciones de suelo pélvico^{13, 51-53} (Recomendación fuerte). De acuerdo con la citada investigación, hacer ejercicio terapéutico es determinante por lo que es fundamental implementar estrategias y programas efectivos que lo promuevan. Así pues, basado en la evidencia científica disponible sobre la eficacia de los programas de Fisioterapia de ejercicio físico terapéutico adaptado al postparto está indicado tanto el ejercicio aeróbico, como de fuerza, con especial atención a la cavidad lumbo-abdomino-pelviperineal y al suelo pélvico^{13, 14, 36, 41-45}.

Dada la vulnerabilidad física de la mujer en este periodo temporal desde el embarazo al postparto por los cambios físicos descritos, las potenciales complicaciones enumeradas hacen necesaria la actuación fisioterapéutica para una mejor calidad de vida de esta población.

OBJETIVOS**a. OBJETIVO GENERAL**

- Prestar atención fisioterápica a las mujeres embarazadas sin problemas médicos ni obstétricos o con patologías asociadas susceptibles de mejora con Fisioterapia perinatal (ver Anexo 8.2), para mejorar su calidad de vida previniendo complicaciones relacionadas con el embarazo y mejorar su capacidad funcional y movilidad para el parto.
- Prestar atención fisioterapéutica a las mujeres tras el parto (puerperio tardío) para recuperar su capacidad funcional y prevenir tanto el dolor lumbopélvico como las disfunciones de suelo pélvico.

b. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mantener y/o mejorar la movilidad articular durante el embarazo, especialmente de la columna vertebral, pelvis, región torácica y articulaciones coxofemorales.
- Mantener y/o mejorar la fuerza y flexibilidad muscular durante el embarazo, especialmente de la cavidad abdomino-lumbo-pélvica, miembros inferiores y miembros superiores.
- Prevenir y/o mejorar el dolor durante el embarazo, especialmente el dolor lumbopélvico, ciatalgias, dorsalgias, dolor en la sínfisis púbica y neuralgias intercostales.
- Prevenir y/o mejorar la salud cardiovascular de la mujer embarazada, reduciendo la aparición de síntomas como el edema o la fatiga; y de alteraciones como la hipertensión arterial o la preeclampsia.
- Mejorar la salud pélvica de la mujer embarazada, a través de la mejora de la conciencia perineal, control respiratorio del suelo pélvico, mejora de las cualidades de la musculatura del suelo pélvico y mejora/prevención de las disfunciones del suelo pélvico como la incontinencia o el estreñimiento.
- Controlar el aumento de peso durante el embarazo y prevenir la diabetes gestacional, promoviendo hábitos saludables y un embarazo activo.
- Mejorar el estado de ánimo de la mujer embarazada.
- Mejorar la calidad de vida percibida por la mujer embarazada, aumentando el nivel de energía, conciencia corporal, satisfacción global, mejora de la calidad de sueño y bienestar emocional.
- Mejorar la actuación de la mujer embarazada durante el parto, a través de la mejora de su conciencia corporal y el aprendizaje de estrategias activas de parto.
- Recuperar la conciencia postural en el postparto.
- Recuperar las cualidades musculares de la musculatura del suelo pélvico en el postparto.
- Recuperar las cualidades musculares de la musculatura del abdomen y mejorar la distancia interrectos/diástasis interrectos en el postparto.
- Corregir la postura y recuperar el control motor de la cavidad lumbo-abdomino-pelviperineal/pélvica en el postparto.
- Recuperar la gestión de presiones intraabdominales en el postparto.
- Proporcionar recursos de adherencia al ejercicio físico terapéutico adaptado.
- Proporcionar a la mujer de recursos de afrontamiento activo del dolor (intervenir y evitar las conductas de miedo-evitación frente al dolor, mejorar la autoeficacia, etc.).

- Proporcionar a la mujer de recursos de manejo de la cicatriz (por episiotomía o desgarro perineal) en el postparto.

POBLACIÓN DIANA

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- **Programa Fisioterapia perinatal durante el embarazo:**
 - § Mujeres embarazadas desde la semana 16 de embarazo hasta la semana 38 de embarazo.
- **Programa Fisioterapia perinatal postparto:**
 - § Mujeres en periodo postparto (4-12 semanas después del parto).

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- **Programa Fisioterapia perinatal durante embarazo:**
 - **Absolutos:**
Mujer que de forma autónoma no pueda desplazarse y realice la actividad con ayuda física o manual.
Presentar las siguientes condiciones de salud: ^{23,24}
 - ☐ Ruptura prematura de membranas;
 - ☐ Amenaza de parto prematuro en gestación actual;
 - ☐ Antecedentes de parto prematuro;
 - ☐ Placenta previa después de la semana 20 de gestación;
 - ☐ Preeclampsia;
 - ☐ Cérvix incompetente;
 - ☐ Crecimiento intrauterino retardado;
 - ☐ Embarazo múltiple;
 - ☐ Diabetes tipo I no controlada;
 - ☐ Hipertensión no controlada;
 - ☐ Enfermedad tiroidea no controlada; y
 - ☐ Otros trastornos graves de tipo cardiovascular, respiratorio o sistémico.
 - **Interrupción ejercicio y derivación a su médico de familia/urgencias** ^{si²³⁻²⁵}:
 - ☐ Dificultad para respirar antes del esfuerzo;
 - ☐ Dificultad para respirar persistente y excesiva que no se resuelve en reposo;
 - ☐ Dolor intenso en el pecho;
 - ☐ Dolor intenso de cabeza;
 - ☐ Contracciones uterinas regulares y dolorosas;
 - ☐ Sangrado vaginal;
 - ☐ Pérdida persistente de líquido por la vagina que indica ruptura de las membranas;
 - ☐ Mareos persistentes o desmayos que no se resuelven con el reposo;
 - ☐ Debilidad muscular que afecte al equilibrio;
 - ☐ Dolor, hinchazón o enrojecimiento de la/las pantorrilla/s;
 - ☐ Hinchazón repentina de los tobillos, las manos o la cara.
- **Programa Fisioterapia perinatal postparto:**
 - ☐ Cualquier contraindicación médica para el ejercicio físico terapéutico.

- ☐ Mujer que de forma autónoma no pueda desplazarse y realice la actividad con ayuda física o manual.

DERIVACIÓN

Consultar protocolo de derivación, así como el apartado 3.2 relativo a los CRITERIOS DE EXCLUSIÓN que incluye “Interrupción ejercicio y derivación”.

- La CAPTACION la realizará el personal sanitario del Equipo de Atención Primaria (EAP) y profesionales de apoyo al equipo.
- La DERIVACION la realizarán los Facultativos Especialistas Médico de Familia (MF).

PLAN DE ACTUACIÓN

a. VALORACIÓN FISIOTERÁPICA

1ª Consulta:

Anamnesis

- Datos subjetivos
 - o Historia clínica (datos ginecológicos y obstétricos: embarazos/partos previos, etc.).
 - o Historia laboral (tipo de trabajo).
 - o Historia sociofamiliar (antecedentes familiares).
 - o Historia del dolor (localización, irradiación, intensidad, tipo, cronología)
 - o Actividades deportivas y de ocio.
- Datos objetivos
 - o Composición corporal (Talla, peso, cinta para perímetros, plicómetro para pliegues, báscula bioimpedancia).
 - o Inspección estática y dinámica de la postura.
 - o Inspección y palpación de la región afectada (si procede).
 - o Valoración de la sensibilidad.
 - o Test específicos (Anexo 8.3)
 - o Cuestionario auto reportado (Anexo 8.4)
 - o Ecografía abdominal (para evaluar distancia interrectos) y transabdominal y/o transperineal para evaluar la calidad contracción musculatura suelo pélvico⁵⁴.

2ª consulta (semana 38 embarazo):

Se reevalúa a la mujer gestante realizando una nueva anamnesis y las pruebas de la primera consulta.

Al finalizar el programa de Fisioterapia perinatal (semana 38 embarazo); se les indica que soliciten cita inmediatamente después del trámite 24 del flujograma Matrona AP (2ª consulta Matrona: alrededor 40 días tras parto) tras el parto.

En todos los casos se les instruirá sobre los cuidados en el postparto inmediato: el descanso necesario de las primeras semanas, las posturas

correctas en las actividades de la vida diaria y ejercicios físico terapéutico en el postparto inmediato (realizar ejercicios del suelo pélvico y de transversal abdominal desde el primer- segundo día postparto. Caminar suavemente cuando el dolor lo permita (dentro de la primera semana). Aumentar gradualmente la distancia y la velocidad al caminar (10% cada semana), evitar posición estática de bipedestación mantenida, hasta que acudan a la 1ª consulta Fisioterapia perinatal postparto⁵⁵.

b. TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO: EJERCICIO TERAPÉUTICO ADAPTADO

Programa mujer gestante:

Educación para la salud:

Sesiones grupales de educación para la salud de aproximadamente 20/30 minutos que acompañaran las sesiones de ejercicio a través tanto de una exposición teórico-práctica, como de una previsualización de material audiovisual, con metodología participativa sobre:

- ☐ Anatomía y biomecánica básica de la pelvis.
- ☐ Posturas facilitadoras micción/defecación.
- ☐ Cambios físicos embarazo y consecuencias en postura y función.
- ☐ Afrontamiento del dolor.
- ☐ Beneficios del ejercicio mujer y feto.
- ☐ Beneficios e importancia de las posturas de flexibilización de los tejidos (fasciales, musculares y articulares) para las fases del parto normal.
- ☐ Posturas correctas en las actividades de la vida diaria y ejercicio físico terapéutico en el postparto inmediato.

Los contenidos educativos de todas las sesiones se pueden acompañar dependiendo de los recursos de videotutoriales y registro de la visualización de la sesión realizada. Podrán consultar estos vídeo tutoriales a demanda.

Ejercicio terapéutico:

Grupos de, entre 4 y 6 mujeres.

2 sesiones semanales, 30/40 minutos sesión. En función de los recursos disponibles se podría realizar una combinación de sesiones presenciales y no presenciales, con autorregistro de las sesiones no presenciales con supervisión del desempeño del ejercicio terapéutico y su progresión en las sesiones presenciales. Intensidad: moderada (Escala Borg (6/7) y test del habla o *test talk* (TT+/-)). (Descritas en apartado 8.3. pruebas específicas).

Se progresará el ejercicio de acuerdo con la Guía de la Sociedad Canadiense de Fisiología del Ejercicio y de la Sociedad Canadiense de Obstetras y Ginecólogos de prescripción de ejercicio durante el embarazo: se irá aumentando el ejercicio aeróbico gradualmente durante el segundo trimestre desde un mínimo de 15 minutos por sesión, 3 veces por semana (a intensidad moderada según Escala de Borg y el *test talk* (TT+/-)) hasta un máximo de aproximadamente 30 minutos por sesión, 4 veces por semana (a intensidad moderada según Escala de Borg y el *test talk* (TT+/-)).

Estructura sesiones: Calentamiento (10 minutos); Ejercicio por grupos musculares y de suelo pélvico (tanto aeróbico como de fuerza muscular, de equilibrio, y de coordinación motora) (20 minutos); Vuelta a la calma (movilización específica pelvis y articulación coxofemoral, posturas de flexibilización de los tejidos (fasciales, musculares y articulares), estiramientos, relajación, respiración) (10 minutos).

A partir de la semana 30 se adaptará el ejercicio con base a minimizar exceso de presión en el suelo pélvico; evitar ejercicios de puesta en tensión de la faja abdominal; se aumentarán ejercicios de movilidad pélvica y articulación coxofemoral, y se prestará atención a la relajación de la musculatura del suelo pélvico¹.

Se animará a todas las mujeres a que sean activas y al menos realicen entre una y dos sesiones más de entre 15-30 minutos (en progresión) en domicilio. Se les facilitará el programa de ejercicios en formato papel o formato digital mediante la herramienta digital de prescripción de ejercicio terapéutico, que permite incluir un diario de ejercicio en el que las embarazadas podrán anotar, la frecuencia, el tiempo, la intensidad del ejercicio, así como las posibles dificultades que hayan podido encontrar.

Programa mujer postparto:

Educación para la salud:

Sesiones grupales de educación para la salud de entre 20/30 minutos que acompañaran las sesiones de ejercicio a través tanto de una exposición teórico-práctica, como de una previsualización de material audiovisual, con metodología participativa, sobre:

- ☐ Anatomía y biomecánica de la pelvis.
- ☐ Posturas facilitadoras micción/defecación.
- ☐ Consecuencias del parto.
- ☐ Disfunciones del suelo pélvico. Factores de riesgo.
- ☐ Beneficios del ejercicio en el postparto.

- ☐ Factores facilitadores y obstaculizadores de la adherencia al ejercicio.
- ☐ Estrategias de adherencia al ejercicio.
- ☐ Posturas correctas en las actividades de la vida diaria y ejercicio físico terapéutico en el postparto.

Ejercicio terapéutico:

Grupos de entre 4 y 6 mujeres.

2 sesiones semanales, 1 hora sesión. En función de los recursos disponibles se podría realizar una combinación de sesiones presenciales y no presenciales, con autorregistro de las sesiones no presenciales con supervisión del desempeño del ejercicio terapéutico y su progresión en las sesiones presenciales.

Se animará a todas las mujeres a que sean activas y al menos realicen entre una y dos sesiones más de entre 15-30 minutos (en progresión) en domicilio. Se les facilitará el programa de ejercicios en formato papel o formato digital mediante la herramienta de prescripción de ejercicio terapéutico mediante herramienta digital que permite incluir un diario de ejercicio en el que las embarazadas podrán anotar, la frecuencia, el tiempo, la intensidad del ejercicio, así como las posibles dificultades que hayan podido encontrar.

Estructura programa: 3 fases: fase 1 (semanas 6-10 postparto), fase 2 (semanas 11-15 postparto) y fase 3 (semanas 16-20 postparto).

Estructura sesiones: Calentamiento (10 minutos); Ejercicio físico terapéutico tanto aeróbico como de fuerza. Gesto hipopresivo; control-motor cavidad lumbo-abdomino-pelviperineal; entrenamiento musculatura abdominal profunda y suelo pélvico; sinergias transverso y suelo pélvico, musculatura abdominal superficial y profunda; progresión hacia el impacto introduciendo la contracción anticipada del suelo pélvico (considerando que no aumente la sintomatología) y la sinergia con el transverso (40 minutos); Vuelta a la calma (10 minutos: estiramientos, relajación, respiración).

La progresión de la intensidad se determina mediante la escala de Borg de esfuerzo percibido (máximo 8) y el *test talk* (máximo TT +/-). (Descritas en apartado 8.3. pruebas específicas).

La progresión del programa de ejercicios se realizará aumentando la complejidad del ejercicio (estabilidad-inestabilidad, mayor dificultad de coordinación de la sinergia con movimientos excéntricos de suelo pélvico y músculos transversos, etc.) aumentando el número de series y/o repeticiones, entre otros parámetros como la cadencia, los periodos de descanso o el peso, es decir, la carga externa, así como la intensidad (carga interna), sin superar la intensidad de 8 en la escala de Borg de esfuerzo percibido y TT +/- en el *test talk*.

FASE 1: Semanas 6-10 postparto

- Recuperación control abdominolumbopélvico (sinergia transversa + suelo pélvico) con ejercicios sin ninguna dificultad, en decúbito supino, bipedestación, cuadrupedia, sedestación. Sin movimientos articulares de extremidades ni tronco. Gesto hipopresivo. En la valoración previa es necesario garantizar la sinergia mediante control ecográfico.
- Ejercicios con movimiento de extremidades y sin cargas o cargas bajas para introducir mayor dificultad sobre el citado control: zancadas atrás o adelante, sentadillas, peso muerto, glúteos, tronco, miembros superiores...
- Musculatura abdominal, en decúbito supino con piernas flexionadas y levantando el tronco y la cabeza. Controlar la sinergia para evitar abombamientos abdomen.
- Se pueden introducir plataformas inestables o ejercicios monopodales sin cargas o con cargas bajas.
- Contracción sinérgica en movimientos concéntricos de la musculatura pélvica.
- 2 ó 3 min de ejercicio aeróbico (cinta, elíptica, bicicleta, step, etc.) con contracción de la musculatura suelo pélvico durante 5 segundos y 10 segundos relajación.
- Recomendación que en paseo cotidiano bebé introduzcan esta actividad durante 2/3 min de vez en cuando.

FASE 2: Semanas 11-15 postparto

- Se aumentan cargas (hasta un 60/70% de 1RM).
- Todo tipo de ejercicios con esta carga con contracciones concéntricas de la musculatura.
- 2 o 3 min de ejercicio aeróbico (cinta, elíptica, bicicleta, step, etc.) de mayor intensidad que en FASE 1, con contracción de la musculatura suelo pélvico durante 10 segundos y 10 segundos relajación.
- Entrenamiento contracción musculatura abdominal, con movimiento de miembros superiores o inferiores (en supino descender una extremidad inferior alterna desde 90° hasta el límite del control de la sinergia, normalmente 45° máximo para no perder el control de la sinergia).
- Si buen control sinergia, al final de esta etapa puede iniciarse el impacto asistido. Saltos con TRX o con goma sujeta en espaldera o cualquier otra superficie viable. Saltos con las dos extremidades inferiores, contracción anticipada de la musculatura del suelo pélvico y del transversa manteniéndola hasta la recepción del salto.
- Plataformas inestables y ejercicios monopodales iniciando carga (cintas elásticas, pesas, etc.).
- Iniciación de ejercicios excéntricos de suelo pélvico (abducción de caderas, en la bajada de la sentadilla, cuando se flexionen miembros superiores, etc.).

FASE 3: Semanas 16-20 postparto

- Introducir mayor carga (>80% de la RM) o más repeticiones en el caso en el que no hubiese material de suficiente carga.
- Contracciones excéntricas y/o manteniendo la contracción durante todo el movimiento.
- Impacto no asistido (siempre y cuando la participante controle la contracción durante el ejercicio).

- 2 o 3 min de ejercicio aeróbico (cinta, elíptica, bicicleta, step, etc.) de mayor intensidad que en FASE 2, con contracción de la musculatura suelo pélvico durante 10/15 segundos y 10/15 segundos relajación.
- Aumentar complejidad en entrenamiento contracción musculatura abdominal: planchas con tiempos cortos, progresando en el tiempo.
- Plataformas inestables y ejercicios monopodales con mayor carga FASE 2.

c. **VALORACIÓN FISIOTERÁPICA FINAL** (al finalizar el programa de 15 semanas de duración)

2ª consulta del apartado 5.1.

9. RECURSOS NECESARIOS

- Esterillas
- Bolas Suizas
- Picas
- Bandas elásticas de todos los niveles de resistencia
- Mancuernas de 0,5 a 12 kg
- Pesas rusas de 12 a 16 kg
- TRX™
- Pelotas de softbol
- Ergómetro (bicicleta o cinta)
- Banda frecuencia cardiaca
- Ecógrafo con sonda lineal y convex
- Escalas (ver Anexo 8.5)

EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO

Los reflejados en el protocolo de derivación.

ANEXOS

Rango de frecuencia cardiaca aconsejado para las mujeres embarazadas (extraído de Gallo-Galán con base a las recomendaciones de la *Canadian guideline for physical activity throughout pregnancy*, de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; y de la *Australian guidelines for physical activity in pregnancy and postpartum*)^{21, 26, 27, 56}

Edad de la embarazada	Intensidad	Frecuencia cardiaca (pulsaciones/minuto)	Actividad física de intensidad moderada (40-59% de la frecuencia cardiaca de reserva [FC res.]); actividad física de intensidad vigorosa (60-80% de la FC res.).
< 29 años	Ligera	102-124	Frecuencia cardiaca de reserva (FC res.) = FC máxima - FC reposo. Los rangos de frecuencia cardiaca objetivo se derivaron de pruebas de ejercicio máximo en mujeres embarazadas de bajo riesgo, examinadas médicamente. * Dado que la información sobre el impacto de la actividad física en el extremo superior de los rangos de frecuencia cardiaca en la intensidad vigorosa es mínima, a las mujeres que desean estar activas en esta intensidad (o más) se les recomienda consultar con el personal médico que controle su embarazo.
	Moderada	125-146	
	Vigorosa	147-169 *	
> 30 años	Ligera	101-120	
	Moderada	121-141	
	Vigorosa	142-162 *	
RANZCOG ¹⁰			
< 20 años		140-155	
20-29 años		135-150	
30-39 años		130-145	
> 40 años		125-140	

Contraindicaciones relativas para la práctica de ejercicio físico durante el embarazo^{23,24}

- a. Pérdidas recurrentes de embarazos previos
- b. Hipertensión gestacional con un adecuado control médico
- c. Enfermedades cardiovasculares o respiratorias leves/moderadas
- d. Anemia sintomática
- e. Desnutrición
- f. Trastornos alimentarios
- g. Embarazo gemelar después de la semana
- h. Otras complicaciones médicas significativas

Pruebas específicas

Escala de percepción del esfuerzo de Borg (modificada)⁵⁷, esta de Borg Modificada mide la percepción del esfuerzo y la dificultad respiratoria.

Intensidad	Reserva del VO ₂ max (%)	% Frecuencia cardíaca máxima	Escala de percepción del esfuerzo
Muy suave	< 20	< 35	1-2
Suave	20-29	35-54	3-4
Moderado	40 -59	55-69	5-6
Fuerte	60 -84	70-89	7-8
Muy fuerte	≥85	≥90	9
Esfuerzo máximo	100	100	10

Valoración subjetiva del esfuerzo percibido Escala modificada de Borg		
Nivel	Intensidad esfuerzo	
0	Reposo. Ningún esfuerzo	Zona 1
1	Esfuerzo muy suave	
2	Esfuerzo muy suave -	
3	Esfuerzo suave	Zona 2
4	Esfuerzo suave -	
5	Esfuerzo moderado	Zona 3
6	Esfuerzo moderado +	
7	Esfuerzo fuerte	Zona 4
8	Esfuerzo fuerte +	
9	Esfuerzo muy fuerte	Zona 5
10	Esfuerzo máximo	

Cuestionario PARmed-X para embarazo guía-cuestionario de seguridad previa a la iniciación de Actividad Física en el embarazo ⁵⁸

Se trata de una guía elaborada conjuntamente por el Comité Asesor de Expertos de la Sociedad Canadiense de Fisiología del Ejercicio y la Sociedad Canadiense de Obstetras y Ginecólogos para valorar el estado de salud antes de participar en sesiones de acondicionamiento físico prenatal u otro tipo de ejercicio. La versión más actualizada data del año 2003. El cuestionario, además de incluir preguntas de seguridad incluye precauciones de seguridad para el acondicionamiento muscular, así como una lista de verificación de contradicciones absolutas y relativas para el ejercicio, así como consejos para una vida activa, una alimentación saludable y el mantenimiento de una autoimagen positiva. El propósito de esta información complementaria era aumentar la conciencia y familiarizar a los usuarios finales de este cuestionario de detección con los aspectos críticos de la prescripción segura y eficaz de ejercicio durante el embarazo. Con este fin, para el presente protocolo, se ha adaptado, extrayendo del PARmed-X embarazo, la sección fundamental para la seguridad de la prescripción de ejercicio de acondicionamiento físico prenatal: la sección A autocumplimentable.

SECCIÓN A: A cumplimentar por la paciente

Por favor, cumplimente los datos que se solicitan a continuación:

A: INFORMACIÓN DE LA PACIENTE Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ Fecha de Nac.: _____ Nº Seg. Social: _____ Nombre del Entrenador: _____ Teléfono: _____																	
B: CUESTIONARIO DE SALUD PREVIO PARTE 1: ESTADO DE SALUD GENERAL En el pasado, ha sufrido... (responda sí o no): 5. Aborto en embarazos previos: 6. Otras complicaciones: 7. He realizado un PAR-Q en los últimos 30 días: Si ha respondido "Sí" a las preguntas 1 ó 2, por favor, explique brevemente lo sucedido: _____ Número de embarazos previos: _____																	
PARTE 2: ESTADO DEL EMBARAZO ACTUAL Fecha prevista de parto: _____ Durante el mismo, ha sufrido en algún momento: 1. Fatiga severa? 2. Sangrado en la vagina? 3. Mareos o pérdidas de equilibrio? 4. Dolor abdominal inesperado? 5. Hinchazón repentina de pies, manos o cara? 6. Dolores persistentes de cabeza? 7. Rojez, hinchazón o dolor en las pantorrillas? 8. Ausencia de movimiento fetal desde el 6º mes? 9. No ha ganado peso desde el 5º mes? Explique en caso de haber respondido "Sí" en alguna pregunta: _____																	
PARTE 3: HÁBITOS Y ACTIVIDADES EL ÚLTIMO MES 1. Actividades fitness o recreativas regulares: _____ <table border="1"> <thead> <tr> <th>INTENSIDAD</th> <th>FRECUENCIA SEMANAL</th> <th>TIEMPO MINUTOS</th> </tr> <tr> <th></th> <th>1-2 / 2-4 / >4</th> <th><20 / 20-40 / >40</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dura</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Moderada</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Suave</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> 2. Su actividad cotidiana incluye (Sí/NO): Levantar cargas pesadas? Caminar o subir escaleras regularmente? Caminar puntualmente? Periodos prolongados de pie? Periodos prolongados sentada? Actividad promedio diaria? 3. Es fumadora actualmente? 4. Bebe alcohol en la actualidad? PARTE 4: Intenciones de Actividad Física actuales. ¿Qué tipo de Actividad Física desea realizar? _____ ¿Produce un cambio sobre sus hábitos anteriores? _____			INTENSIDAD	FRECUENCIA SEMANAL	TIEMPO MINUTOS		1-2 / 2-4 / >4	<20 / 20-40 / >40	Dura	_____	_____	Moderada	_____	_____	Suave	_____	_____
INTENSIDAD	FRECUENCIA SEMANAL	TIEMPO MINUTOS															
	1-2 / 2-4 / >4	<20 / 20-40 / >40															
Dura	_____	_____															
Moderada	_____	_____															
Suave	_____	_____															

*PAR-Q: Cuestionario de preparación para la actividad física

Test del habla (*talk-test*) (TT)⁵⁹

El TT es una opción válida, fiable, práctica y económica para prescribir y controlar la intensidad del entrenamiento físico y terapéutico. Para la realización del TT se pide a la participante que lea/recite en voz alta un párrafo estándar o hable durante los últimos 30 segundos de cada nivel de intensidad de ejercicio. Posteriormente, se le formula la pregunta ¿Puedes hablar cómodamente? Se consideran tres posibles respuestas: 1) respuesta positiva (TT+/-), cuando recita el párrafo completo/habla 30 s sin dificultad (esto le permite pasar a la siguiente etapa de intensidad); 2) respuesta equívoca (TT +/-) cuando la participante recita el párrafo completo o habla 30 s con dificultad (esto indica que continua en esa etapa de intensidad); y 3) respuesta negativa (TT -/-), cuando la participante no es capaz de recitar el párrafo completo o hablar durante 30 s.

8.5. Cuestionario auto reportado (se empleará en ambas poblaciones, mujeres gestantes y mujeres en postparto):

- Cuestionario para la valoración de las disfunciones del suelo pélvico y sus factores de riesgo durante la gestación y el postparto Adaptación cultural y validación al español del cuestionario (APFDQ) adaptada a la población Española⁶⁰

El APFDQ es un cuestionario autoadministrado que evalúa específicamente las disfunciones de suelo pélvico en las mujeres durante el embarazo y el período postparto. Este cuestionario ha demostrado psicométricamente su validez, fiabilidad y sensibilidad. Consta de 44 preguntas con escalas separadas, distribuidas en cuatro dominios: función vesical, función intestinal, prolapso de órganos pélvicos y función sexual. Evalúa la gravedad de los síntomas, la incidencia y el impacto en la calidad de vida. Además, contiene dos dominios extra: factores de riesgo, preguntas asociadas con las patologías, historia familiar, estilo de vida, actividad física, tratamientos previos, historia de partos previos, preguntas relacionadas con el número y tipo de partos previos, valoración emocional y aspectos relacionados con el dolor. Cada dominio tiene una puntuación mínima de 0 y una máxima de 10. Cuanto mayor es la puntuación (más próxima a 40) peor es la condición; cuanto menor es la puntuación (más próxima a 0), mejor es la condición en cuanto al estado de salud en relación con las disfunciones de suelo pélvico durante las fases de gestación o postparto.

Cálculo puntuación:

- Función Vesical: puntuación 1 a 16 = resultado / 48 = resultado x 10
- Función Intestinal: puntuación 1 a 11 = resultado / 31 = resultado x 10
- Prolapso: puntuación 1 a 5 = resultado / 15 = resultado x 10
- Sexualidad: puntuación 1 a 9 = resultado / 24 = resultado x 10
- Función Vesical + Función Intestinal + Prolapso + Sexualidad = puntuación final

CUESTIONARIO SUELO PÉLVICO Embarazo y Postparto

Módulo factores de riesgo

Altura (cm)	cm.		Peso (kg)	Kg.	Peso antes del embarazo para IMC (kg)	Kg.
Edad						
¿Hay en su familia, mujeres con incontinencia de orina, fecal o prolapso (descenso) de órganos pélvicos?			NO		NO LO SABE	SÍ
¿Fuma?			NO		LO HA DEJADO	SÍ
¿Puede contraer voluntariamente su suelo pélvico?			NO		NO LO SABE	SÍ

Función de la Vejiga

1. ¿Con qué frecuencia bebe agua en el día?
 - 0) Cada 3 horas
 - 1) Cada 2 horas
 - 2) 1 vez por hora
 - 3) Con más frecuencia
2. ¿Con qué frecuencia se levanta por la noche para orinar?
 - 0) 1 vez
 - 1) 2 veces
 - 2) 3 veces
 - 3) Más de 3 veces
3. ¿Se orina cuando duerme/está dormida?
 - 0) Nunca
 - 1) A veces, menos de una vez a la semana
 - 2) Con frecuencia, una o más veces a la semana
 - 3) Casi todos los días, a diario
4. ¿Es la urgencia urinaria tan fuerte que tiene que ir enseguida al baño?
 - 0) Nunca
 - 1) A veces, menos de una vez a la semana
 - 2) Con frecuencia, una o más veces a la semana
 - 3) Casi todos los días, a diario
5. ¿Pierde de repente mucha orina (una pérdida grande) antes de llegar al baño?
 - 0) Nunca
 - 1) A veces, menos de una vez a la semana
 - 2) Con frecuencia, una o más veces a la semana
 - 3) Casi todos los días, a diario
6. ¿Pierde orina al toser, estornudar, reír, levantarse o hacer deporte?
 - 0) Nunca
 - 1) A veces, menos de una vez a la semana
 - 2) Con frecuencia, una o más veces a la semana
 - 3) Casi todos los días, a diario

7. ¿Es el chorro de orina flojo, reducido o prolongado?
- Nunca
 - A veces, menos de una vez a la semana
 - Con frecuencia, una o más veces a la semana
 - Casi todos los días, a diario
8. ¿Tiene la sensación de valorar correctamente cómo de llena está la vejiga?
- Sí, siempre
 - La mayoría de las veces
 - En ocasiones
 - No, nunca
9. ¿Tiene la sensación de que su vejiga no se puede vaciar completamente?
- Nunca
 - A veces, menos de una vez a la semana
 - Con frecuencia, una o más veces a la semana
 - Casi todos los días, a diario
10. ¿Tiene que hacer presión para orinar?
- Nunca
 - A veces, menos de una vez a la semana
 - Con frecuencia, una o más veces a la semana
 - Casi todos los días, a diario
11. ¿Lleva protegeslip o compresa por una pérdida de orina?
- Nunca
 - En ocasiones, sólo como profilaxis
 - Con frecuencia, con el deporte/con el resfriado
 - Casi todos los días, a diario
12. ¿Restringe la ingesta de agua para evitar la pérdida de orina?
- Nunca
 - A veces, menos de una vez a la semana
 - Con frecuencia, una o más veces a la semana
 - Casi todos los días, a diario
13. ¿Tiene quemazón, molestia o dolor con la micción?
- Nunca
 - A veces, menos de una vez a la semana
 - Con frecuencia, una o más veces a la semana
 - Casi todos los días, a diario
14. ¿Con qué frecuencia tiene infecciones urinarias?
- Muy pocas veces o nunca
 - 1-3 veces al año
 - 4-12 veces al año
 - 1 o más veces al mes
15. ¿Perjudica la pérdida de orina a su vida diaria? (por ejemplo: deporte, trabajo, compra, salidas)
- No procede, no tiene síntomas
- No, en absoluto
 - Un poco
 - Bastante
 - Mucho

16. ¿Cuánto le molestan sus síntomas urinarios?

No procede, no tiene síntomas

- 0) No, en absoluto
- 1) Un poco
- 2) Bastante
- 3) Mucho

Función Intestinal (Rectal)

1. ¿Con qué frecuencia defeca?

- 0) Cada 3 días o más frecuente, incluso diariamente.
- 1) Más de 1 vez al día
- 2) Cada 3 días o menos
- 3) Menos de 1 vez a la semana

2. ¿Cómo es la consistencia normalmente de sus heces?

- 0) Blanda o formada
- 1) Variada, diversa
- 2) Muy dura
- 3) Aguada, pastosa

3. ¿Tiene que hacer una presión muy fuerte para defecar?

- 0) Nunca
- 1) A veces, menos de una vez a la semana
- 2) Con frecuencia, una o más veces a la semana
- 3) La mayoría de las veces, a diario

4. ¿Sufre de estreñimiento?

- 0) Nunca
- 1) A veces, menos de una vez a la semana
- 2) Con frecuencia, una o más veces a la semana
- 3) La mayoría de las veces, a diario

5. ¿Se le escapan ventosidades o flatulencias sin que pueda retenerlas?

- 0) Nunca
- 1) A veces, menos de una vez a la semana
- 2) Con frecuencia, una o más veces a la semana
- 3) La mayoría de las veces, a diario

6. ¿Tiene retortijones que no pueda contener, o pujos para defecar?

- 0) Nunca
- 1) A veces, menos de una vez a la semana
- 2) Con frecuencia, una o más veces a la semana
- 3) La mayoría de las veces, a diario

7. ¿Encuentra su ropa manchada con heces?

- 0) Nunca
- 1) A veces, menos de una vez a la semana
- 2) Con frecuencia, una o más veces a la semana
- 3) La mayoría de las veces, a diario

8. ¿Pierde o se le escapan por descuido, heces?

- 0) Nunca
- 1) A veces, menos de una vez a la semana
- 2) Con frecuencia, una o más veces a la semana
- 3) La mayoría de las veces, a diario

9. ¿Tiene la sensación de que no puede vaciar totalmente su intestino?

- 0) Nunca
- 1) A veces, menos de una vez a la semana
- 2) Con frecuencia, una o más veces a la semana
- 3) La mayoría de las veces, a diario

10. ¿Perjudican sus síntomas su vida diaria?

No procede, no tiene síntomas

- 0) No, en absoluto
- 1) Un poco
- 2) Bastante
- 3) Mucho

11. ¿Con qué frecuencia le molestan sus síntomas intestinales?

No procede, no tiene síntomas

- 0) No, en absoluto
- 1) Un poco
- 2) Bastante
- 3) Mucho

Prolapso**1. ¿Tiene la sensación de tener un cuerpo extraño en la vagina?**

- 0) Nunca
- 1) A veces, menos de una vez a la semana
- 2) Con frecuencia, una o más veces a la semana
- 3) Casi todos los días, a diario

2. ¿Tiene la sensación de que su vagina o su útero ha descendido?

- 0) Nunca
- 1) A veces, menos de una vez a la semana
- 2) Con frecuencia, una o más veces a la semana
- 3) Casi todos los días, a diario

3. ¿Tiene la sensación de que su vagina o su útero desciende cuando sube, camina o corre?

- 0) No, en absoluto
- 1) Un poco
- 2) Bastante
- 3) Mucho

4. ¿Perjudican los síntomas a su vida diaria?

No procede, no tiene síntomas

- 0) No, en absoluto
- 1) Un poco
- 2) Bastante
- 3) Mucho

5. ¿Cuánto le molesta su “descenso”

No procede, no tiene síntomas

- 0) No, en absoluto
- 1) Un poco
- 2) Bastante
- 3) Mucho

Función Sexual

1. ¿Es sexualmente activa?

- En absoluto
- Rara vez
- Regularmente

2. En caso de no tener relaciones, ¿por qué no?

- Ninguna pareja
- La pareja tiene problema/impotente
- No siente/ No excitación
- El sexo es para mí molesto porque.....

3. ¿Ha tenido relaciones sexuales/experiencias sexuales que le han pesado/agobiado mucho?

- No
- Sí

4. ¿Se humedece su vagina suficientemente durante las relaciones sexuales?

- 0) Sí
- 1) No

5. ¿Qué sensación tiene su vagina durante las relaciones sexuales?

- 0) Siente mucho
- 1) Siente poco
- 2) No siente nada
- 3) Tiene dolor

6. ¿Piensa que su vagina es demasiado blanda o ancha?

- 0) No, nunca
- 1) A veces
- 2) Con frecuencia
- 3) Siempre

7. ¿Piensa que su vagina es demasiado estrecha o tensa?

- 0) No, nunca
- 1) A veces
- 2) Con frecuencia
- 3) Siempre

8. ¿Tiene dolor durante las relaciones sexuales?

- 0) No, nunca
- 1) A veces
- 2) Con frecuencia
- 3) Siempre

9. En caso de tener dolor durante las relaciones sexuales, ¿dónde le duele?

- 1) En la entrada de la vagina
- 2) Profundo, por dentro, en la pelvis
- 3) Ambos

10. ¿Pierde orina o heces con el sexo, involuntariamente?

- 0) No, nunca
- 1) A veces
- 2) Con frecuencia
- 3) Siempre

11. ¿Perjudican estos síntomas su sexualidad?

No procede, no tiene síntomas

- 0) No, en absoluto
- 1) Un poco
- 2) Bastante
- 3) Mucho

12. ¿Cómo de molestos son sus síntomas?

No procede, no tiene síntomas

- 0) No, en absoluto
- 1) Un poco
- 2) Bastante
- 3) Mucho

Módulo postparto

¿Cuántos hijos tiene?		¿Con cuántos partos se le ha hecho Ventosa?		¿Con cuántos partos ha tenido Cesárea?	
¿Con cuántos partos ha necesitado fórceps?		¿Cuánto pesó su hijo más pesado al nacer?	gr.		
¿Ha tenido con algún parto, daño del esfínter o del recto? (daño perineal de 3º o 4º grado) ¿Ha tenido tras el parto, dolor en la vagina, periné o zona rectal? ¿Tiene la sensación de que ha procesado los dolores del parto; es decir, han cambiado sus dolores después del parto? ¿Tiene la sensación de que los miedos relacionados con el parto han cambiado?	NO		SÍ		
	NO		SÍ		
	SÍ	En su mayor parte	Un poco	NO	
	SÍ	En su mayor parte	Un poco	NO	

REFERENCIAS

1. Díaz del Campo Gómez-Rico C. Fisioterapia Perinatal In: Torres Lacomba M and Meldaña Sánchez A, (eds.). *Fisioterapia del suelo pélvico Manual para la prevención y el tratamiento en la mujer, en el hombre y en la infancia*. Madrid: Médica Panamericana, 2022.
2. Goossens N, Massé-Alarie H, Aldabe D, Verbrugghe J and Janssens L. Changes in static balance during pregnancy and postpartum: A systematic review. *Gait & posture*. 2022; 96: 160-72.
3. Aldabe D, Milosavljevic S and Bussey MD. Is pregnancy related pelvic girdle pain associated with altered kinematic, kinetic and motor control of the pelvis? A systematic review. *European spine journal : official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society*. 2012; 21: 1777-87.
4. Aldabe D, Ribeiro DC, Milosavljevic S and Dawn Bussey M. Pregnancy-related pelvic girdle pain and its relationship with relaxin levels during pregnancy: a systematic review. *European spine journal : official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society*. 2012; 21: 1769-76.
5. McCarthy M, Houghton C and Matvienko-Sikar K. Women's experiences and perceptions of anxiety and stress during the perinatal period: a systematic review and qualitative evidence synthesis. *BMC pregnancy and childbirth*. 2021; 21: 811.
6. Paúles Cuesta IM, Sánchez Molina MP, Lahoz Gimeno M and Montoro Huguet M. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en embarazadas de una zona básica de salud de Huesca. *Medicina Clínica Práctica*. 2021; 4: 100152.
7. Paz-Pascual C, Artieta-Pinedo I, Bully P, Garcia-Alvarez A and Espinosa M. Anxiety and depression in pregnancy: associated variables during the COVID-19 pandemic period. *Enfermería clínica (English Edition)*. 2024; 34: 23-33.
8. Kuhrt K, Harmon M, Hezelgrave NL, Seed PT and Shennan AH. Is recreational running associated with earlier delivery and lower birth weight in women who continue to run during pregnancy? An international retrospective cohort study of running habits of 1293 female runners during pregnancy. *BMJ open sport & exercise medicine*. 2018; 4: e000296.
9. Morino S, Ishihara M, Umezaki F, Hatanaka H, Yamashita M and Aoyama T. History of pain around the lumbopelvic region during perinatal period: a prospective cohort study. *European Spine Journal*. 2024; 33: 1440-6.
10. Salari N, Mohammadi A, Hemmati M, et al. The global prevalence of low back pain in pregnancy: a comprehensive systematic review and meta-analysis. *BMC pregnancy and childbirth*. 2023; 23: 830.
11. Wu WH, Meijer OG, Uegaki K, et al. Pregnancy-related pelvic girdle pain (PPP), I: Terminology, clinical presentation, and prevalence. *European spine journal : official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society*. 2004; 13: 575-89.
12. Bergström C, Persson M and Mogren I. Pregnancy-related low back pain and pelvic girdle pain approximately 14 months after pregnancy - pain status, self-rated health and family situation. *BMC pregnancy and childbirth*. 2014; 14: 48.



13. Woodley SJ, Lawrenson P, Boyle R, et al. Pelvic floor muscle training for preventing and treating urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2020; 5: Cd007471.
14. Davenport MH, Marchand AA, Mottola MF, et al. Exercise for the prevention and treatment of low back, pelvic girdle and lumbopelvic pain during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *British journal of sports medicine*. 2019; 53: 90-8.
15. Fontana Carvalho AP, Dufresne SS, Rogerio de Oliveira M, et al. Effects of lumbar stabilization and muscular stretching on pain, disabilities, postural control and muscle activation in pregnant woman with low back pain. *European journal of physical and rehabilitation medicine*. 2020; 56: 297-306.
16. Liddle SD and Pennick V. Interventions for preventing and treating low-back and pelvic pain during pregnancy. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2015; 2015: Cd001139.
17. Melzer K, Schutz Y, Boulvain M and Kayser B. Physical activity and pregnancy: cardiovascular adaptations, recommendations and pregnancy outcomes. *Sports medicine (Auckland, NZ)*. 2010; 40: 493-507.
18. Santos FF, Lourenço BM, Souza MB, Maia LB, Oliveira VC and Oliveira MX. Prevention of low back and pelvic girdle pain during pregnancy: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials with GRADE recommendations. *Physiotherapy*. 2023; 118: 1-1
19. Yang S-Y, Lan S-J, Yen Y-Y, Hsieh Y-P, Kung P-T and Lan S-H. Effects of Exercise on Sleep Quality in Pregnant Women: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*. 2020; 14: 1-10.
20. Davenport MH, Nagpal TS, Mottola MF, et al. Prenatal exercise (including but not limited to pelvic floor muscle training) and urinary incontinence during and following pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *British journal of sports medicine*. 2018; 52: 1397-404.
21. Mottola MF, Davenport MH, Ruchat SM, et al. 2019 Canadian guideline for physical activity throughout pregnancy. *British journal of sports medicine*. 2018; 52: 1339-46.
22. Zhang D, Ruchat SM, Barakat R, Silva-Jose C, Gil-Ares J and Sánchez-Polán M. Influence of Physical Activity during Pregnancy on Type and Duration of Delivery, and Epidural Use: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of clinical medicine*. 2023; 12.
23. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *British journal of sports medicine*. 2020; 54: 1451-62.
24. Rial-Vázquez J, Vila-Farinas A, Varela-Lema L, et al. [Physical activity during pregnancy and postpartum: prevalence and healthcare professionals recommendations]. *Atencion primaria*. 2023; 55: 102607.
25. ACOG Committee Opinion No. 650: Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period. *Obstetrics and gynecology*. 2015; 126: e135-e42.
26. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Exercise during pregnancy. 2020.
27. Barakat R, Díaz-Blanco A, Franco E, Rollán-Malmierca A, Brik M and Vargas M. Guías clínicas para el ejercicio físico durante el embarazo. *Prog Obstet Ginecol*. 2019; 62: 463-71.
28. Yang X, Li H, Zhao Q, Han R, Xiang Z and Gao L. Clinical Practice Guidelines That Address Physical Activity and Exercise During Pregnancy: A Systematic Review. *Journal of midwifery & women's health*. 2022; 67: 53-68.

29. Mullins E, Sharma S and McGregor AH. Postnatal exercise interventions: a systematic review of adherence and effect. *BMJ open*. 2021; 11: e044567.
30. Schrey-Petersen S, Tauscher A, Dathan-Stumpf A and Stepan H. Diseases and complications of the puerperium. *Deutsches Arzteblatt international*. 2021; 118: 436-46.
31. Thom DH and Rortveit G. Prevalence of postpartum urinary incontinence: a systematic review. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*. 2010; 89: 1511-22.
32. Jansson MH, Franzén K, Tegerstedt G, Brynhildsen J, Hiyoshi A and Nilsson K. Fecal incontinence and associated pelvic floor dysfunction during and one year after the first pregnancy. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*. 2023; 102: 1034-44.
33. Peinado-Molina RA, Hernández-Martínez A, Martínez-Vázquez S, Rodríguez-Almagro J and Martínez-Galiano JM. Pelvic floor dysfunction: prevalence and associated factors. *BMC public health*. 2023; 23: 2005.
34. NICE Guidance - Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management: © NICE (2019) Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management. *BJU international*. 2019; 123: 777-803.
35. Rosen NO, Dawson SJ, Binik YM, et al. Trajectories of Dyspareunia From Pregnancy to 24 Months Postpartum. *Obstetrics and gynecology*. 2022; 139: 391-9.
36. Mo J, Ning Z, Wang X, Lv F, Feng J and Pan L. Association between perinatal pain and postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2022; 312: 92-9.
37. Sperstad JB, Tennfjord MK, Hilde G, Ellström-Engb M and Bø K. Diastasis recti abdominis during pregnancy and 12 months after childbirth: prevalence, risk factors and report of lumbopelvic pain. *British journal of sports medicine*. 2016; 50: 1092-6.
38. Woolhouse H, Gartland D, Perlen S, Donath S and Brown SJ. Physical health after childbirth and maternal depression in the first 12 months post-partum: results of an Australian nulliparous pregnancy cohort study. *Midwifery*. 2014; 30: 378-84.
39. Bane SM. Postpartum Exercise and Lactation. *Clinical obstetrics and gynecology*. 2015; 58: 885-92.
40. Dipietro L, Evenson KR, Bloodgood B, et al. Benefits of Physical Activity during Pregnancy and Postpartum: An Umbrella Review. *Medicine and science in sports and exercise*. 2019; 51: 1292-302.
41. Brown WJ, Hayman M, Haakstad LAH, et al. Australian guidelines for physical activity in pregnancy and postpartum. *Journal of science and medicine in sport*. 2022; 25: 511-9.
42. Marconcin P, Peralta M, Gouveia É R, et al. Effects of Exercise during Pregnancy on Postpartum Depression: A Systematic Review of Meta-Analyses. *Biology*. 2021; 10.
43. Liu N, Wang J, Chen DD, Sun WJ, Li P and Zhang W. Effects of exercise on pregnancy and postpartum fatigue: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2020; 253: 285-95.
44. Carter T, Bastounis A, Guo B and Jane Morrell C. The effectiveness of exercise-based interventions for preventing or treating postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *Archives of women's mental health*. 2019; 22: 37-53.
45. Pritchett RV, Daley AJ and Jolly K. Does aerobic exercise reduce postpartum depressive symptoms? a systematic review and meta-analysis. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*. 2017; 67: e684-e91.

46. Adnan H, Ghous M, Shakil Ur Rehman S and Yaqoob I. The effects of a static exercise programme versus Swiss ball training for core muscles of the lower back and pelvic region in patients with low back pain after child delivery. A single blind randomized control trial. *JPMA The Journal of the Pakistan Medical Association*. 2021; 71: 1058-62.
47. Ehsani F, Sahebi N, Shanbehzadeh S, Arab AM and ShahAli S. Stabilization exercise affects function of transverse abdominis and pelvic floor muscles in women with postpartum lumbo-pelvic pain: a double-blinded randomized clinical trial study. *International urogynecology journal*. 2020; 31: 197-204.
48. Gluppe S, Engh ME and Bø K. What is the evidence for abdominal and pelvic floor muscle training to treat diastasis recti abdominis postpartum? A systematic review with meta-analysis. *Brazilian journal of physical therapy*. 2021; 25: 664-75.
49. Thabet AA and Alshehri MA. Efficacy of deep core stability exercise program in postpartum women with diastasis recti abdominis: a randomised controlled trial. *Journal of musculoskeletal & neuronal interactions*. 2019; 19: 62-8.
50. Liu N, Gou W-H, Wang J, et al. Effects of exercise on pregnant women's quality of life: A systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2019; 242: 170-7.
51. Diz-Teixeira P, Alonso-Calvete A, Justo-Cousiño LA, González-González Y and Cuña-Carrera ID. Update on Physiotherapy in Postpartum Urinary Incontinence. A Systematic Review. *Archivos espanoles de urologia*. 2023; 76: 29-39.
52. Hadizadeh-Talasaz Z, Sadeghi R and Khadivzadeh T. Effect of pelvic floor muscle training on postpartum sexual function and quality of life: A systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Taiwanese journal of obstetrics & gynecology*. 2019; 58: 737-47.
53. Ryhtä I, Axelin A, Parisod H, Holopainen A and Hamari L. Effectiveness of exercise interventions on urinary incontinence and pelvic organ prolapse in pregnant and postpartum women: umbrella review and clinical guideline development. *JB I evidence implementation*. 2023; 21: 394-408.
54. Prieto-Andray C, Torres-Lacombe M and Navarro-Brazález B. Ecografía para la valoración del suelo pélvico femenino. Revisión sistemática. *Fisioterapia*. 2017; 39: 166-73.
55. Inge P, Orchard JJ, Purdue R and Orchard JW. Exercise after pregnancy. *Australian journal of general practice*. 2022; 51: 117-21.
56. Gallo-Galán LM, Gallo-Vallejo M and Gallo-Vallejo JL. [Practical recommendations on physical exercise during pregnancy based on the main clinical practice guidelines]. *Atencion primaria*. 2023; 55: 102553.
57. Evenson KR and Hesketh KR. Monitoring Physical Activity Intensity During Pregnancy. *American journal of lifestyle medicine*. 2023; 17: 18-31.
58. Public Health Agency of Canada. The sensible guide to a healthy pregnancy. Minister of Health. Ottawa, Ontario K1A 0K92012.
59. Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period: ACOG Committee Opinion, Number 804. *Obstetrics and gynecology*. 2020; 135: e178-e88.
60. Prieto-Baquero A. Adaptación cultural y validación al español del cuestionario "Questionnaire for the assessment of pelvic floor disorders and their risk factors during pregnancy and postpartum". PT Thesis. Alcalá de Henares: Alcalá, 2023.

INFOGRAFÍA:

PROTOCOLO FISIOTERAPIA PARA LA SALUD EN EL CLIMATERIO Y LA MENOPAUSIA ACTIVA



Atención y tratamiento específico para mujeres durante el embarazo y el postparto

Objetivo: Mejorar la calidad de vida, prevenir complicaciones relacionadas con el embarazo, y promover una recuperación saludable tras el parto



VALORACIÓN

□ Anamnesis

- ✓ Antecedentes
- ✓ Presencia de dolor lumbo-pélvico, incontinencia urinaria, diástasis de rectos abdominales y otros síntomas relacionados con el suelo pélvico

□ Exploración física

- ✓ Composición corporal, postura, movilidad pélvica y función muscular.
- ✓ Pruebas específicas: fuerza y coordinación musculatura del suelo pélvico y faja abdominal.
- ✓ Cuestionarios autocumplimentables.

1

MOTIVOS DE EXCLUSIÓN

- Ruptura prematura de membranas.
- Amenaza de parto prematuro.
- Antecedentes de parto prematuro.
- Placenta previa después de la semana 20 de gestación.
- Preeclampsia.
- Cérvix incompetente.
- Crecimiento intrauterino retardado.
- Embarazo múltiple.
- Diabetes tipo I no controlada.
- Hipertensión no controlada.
- Trastornos graves (cardiovascular, respiratorio sistémico).



FISIOTERAPIA EN EL EMBARAZO

Mujeres embarazadas desde la semana 16 hasta la semana 38 de gestación

2

FISIOTERAPIA EN EL POSTPARTO

Mujeres en el postparto (4-12 semanas después del parto)



3

Educación para la salud

Recomendación baja (GRADE)

Ejercicio terapéutico en el embarazo

Ejercicio terapéutico en el postparto

Recomendación alta (GRADE)

- Grupos de 4 a 6 mujeres.
- 2 sesiones/semana (30-40')
- Ejercicios aeróbicos y de fuerza.
- Progresión gradual según la Guía de la Sociedad Canadiense de Fisiología del Ejercicio.
- Fomentar la actividad física adicional en casa.

- Estructura en 3 fases (semanas 6-10, 11-15 y 16-20 postparto).
- Ejercicios de fuerza, control motor, hipopresivos y sinergias entre músculos transversos y del suelo pélvico.
- Progresión gradual de la intensidad y complejidad del ejercicio.
- Fomentar la actividad física adicional en casa.



REEVALUACIÓN:

- Realizar una segunda consulta al finalizar el programa de 15 semanas.
- Evaluar el progreso y ajustar el tratamiento según las necesidades individuales.

4

9.2.2. Protocolo de fisioterapia para la salud en el climaterio y la menopausia activa en atención primaria

Autoría principal / coordinación del protocolo: María Torres Lacomba y José Ramón Saiz Llamosas

Autoras colaboradoras: Laura Lorenzo Gallego; Laura Fuentes Aparicio y Beatriz Navarro Brazález

1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA. INTRODUCCIÓN

Fisioterapia en el climaterio

La **menopausia** es una etapa crítica del envejecimiento y de la salud reproductiva de la mujer (1). De acuerdo con las guías clínicas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la menopausia se define como el cese permanente de los periodos menstruales en la mujer debido a la privación de las hormonas ováricas por la pérdida de la actividad de los folículos ováricos (2). En el caso de la menopausia natural, ésta ocurre tras 12 meses consecutivos de amenorrea. En el caso de la menopausia inducida, el cese hormonal ocurre como consecuencia de una ooforectomía o de la ablación iatrogénica de la función ovárica (1).

El **climaterio** comprende el periodo temporal que marca la transición del estado reproductivo al no reproductivo de la mujer (3). Dentro de este marco temporal se distinguen diferentes fases: la premenopausia, que abarca 1 ó 2 años antes de la menopausia; la postmenopausia, que abarca el periodo posterior a la última menstruación, independientemente de su origen; y la perimenopausia, que supone el periodo inmediatamente anterior a la última menstruación, en el que comienzan a manifestarse los signos y síntomas propios de la menopausia y hasta el primer año después de su aparición (1,3).

La edad media global del establecimiento de la menopausia se encuentra entre los 40 y los 54 años. En Europa, esta edad media se encuentra entre los 50 y los 53 años (4). De acuerdo con este dato, entorno al 6% de las mujeres españolas se encontrarían en un estado de perimenopausia (5). Además, teniendo en cuenta que la media de la esperanza de vida de las mujeres españolas es de 85 años, las mujeres pasan más de un tercio de su vida en la fase de postmenopausia (6). La edad en la que ocurre la menopausia puede verse influida por factores como la dieta, el nivel de ejercicio, el tabaquismo, el estatus socioeconómico, el índice de masa corporal, la etnia, las creencias, y por problemas de salud médicos y/o ginecológicos (7).

Los síntomas relacionados con el climaterio y la menopausia afectan a entre un 80-90% de las mujeres, y son severos en al menos un tercio de aquellas que los padecen (7,8). Estos síntomas se producen como consecuencia de la falta de exposición periódica al estrógeno y la progesterona en tejidos diana de las hormonas sexuales y en el sistema reproductor. Entre los síntomas característicos principales se encuentran: síntomas vasomotores (sofocos, sudores, palpitaciones), dificultades en la conciliación del sueño, síntomas psicológicos y cognitivos (cambios de humor, ansiedad, depresión, confusión mental,

fatiga), síntomas musculoesqueléticos (dolor articular), sequedad en la piel y los ojos, cambios en la piel y el cabello, así como el síndrome genitourinario de la menopausia, que incluye al conjunto de síntomas de la menopausia relacionados con los órganos vulva, vagina, vejiga y uretra y con los síntomas sexuales (atrofia vulvovaginal, sequedad vaginal, disuria, poliuria, dolor, pérdida de apetito sexual...) (7-9). Estos síntomas pueden variar en intensidad, frecuencia y extensión temporal, y repercuten en el desarrollo del día a día de las mujeres afectadas, disminuyendo su calidad de vida (10).

Además de estos síntomas, la reducción de los niveles de estrógenos también produce otros cambios físicos como la disminución del metabolismo basal, el aumento de peso corporal, o la redistribución de grasa; y aumenta el riesgo y la aparición de determinadas enfermedades crónicas como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes tipo 2, la osteoporosis, el Alzheimer y ciertos tumores hormono-dependientes, como el cáncer de mama (11).

El conjunto de cambios que sufre la mujer entorno a la menopausia suponen un impacto social y económico relacionado con una menor calidad de vida relacionada con la salud, un sobreuso del sistema sanitario, y una menor capacidad laboral (12).

Para prevenir y aliviar los síntomas mencionados y mejorar la vida de las mujeres en la menopausia se plantean estrategias terapéuticas, como el ejercicio terapéutico, una alternativa de bajo coste, y con escasos riesgos frente a otros tratamientos como la terapia hormonal (13). El ejercicio físico regular contribuye, en general, a la mejora de parámetros de salud psicológicos y fisiológicos (14). Aplicado a esta condición de salud, el ejercicio terapéutico (se considera ejercicio terapéutico *“la realización sistemática y planificada de movimientos, posturas o actividades físicas destinadas a proporcionar al/a la paciente los medios para: 1) Corregir o prevenir cualquier alteración en la función y estructuras corporales; 2) Mejorar, restaurar o promover las actividades y la participación; 3) Prevenir o minimizar los factores de riesgo relacionados con la salud; y 4) Optimizar la salud general o la sensación de bienestar.”* Kisner et al. 2017) afecta positivamente a la salud de la mujer durante la perimenopausia, además de actuar como agente de prevención de enfermedades crónicas en la postmenopausia (15,16). En este sentido, se ha demostrado que el ejercicio terapéutico es efectivo en la mejora de síntomas vasomotores (Ejercicio aeróbico, recomendación fuerte) (17), de disrupción del sueño (18), de disfunción sexual (CEMSP, recomendación fuerte; Ejercicio aeróbico, recomendación débil) (19-21), y psicológicos y cognitivos (Ejercicio aeróbico, recomendación débil; Programa de estiramientos, recomendación débil) ((22). Además, mejora la densidad mineral ósea de las mujeres postmenopáusicas (Ejercicio aeróbico [principalmente trotar, caminar, o saltos], entrenamiento de fuerza, ejercicio combinado, entrenamiento de vibración de cuerpo completo, recomendación fuerte; Tai-chi, recomendación débil) (23-25); disminuye el riesgo cardiovascular a través de la mejora de la función endotelial, de la modulación autonómica, de la presión arterial y de la capacidad cardiorrespiratoria (Ejercicio aeróbico y entrenamiento de fuerza, combinado o no, recomendación fuerte) (26-32); mejora su composición corporal (Ejercicio aeróbico y entrenamiento de fuerza, recomendación fuerte) (33), su fuerza muscular (Entrenamiento de fuerza, recomendación fuerte) (26), su funcionalidad (Entrenamiento de vibración de cuerpo completo, recomendación fuerte)

(34) y su equilibrio (Entrenamiento de vibración de cuerpo completo, recomendación fuerte) (35); reduce los marcadores inflamatorios (Ejercicio aeróbico, entrenamiento de fuerza o combinados; recomendación fuerte) (36); y, en definitiva, supone un aumento de la calidad de vida de las mujeres que lo realizan (CEMSP, recomendación fuerte; Yoga o Pilates, recomendación débil) (13,37,38).

A pesar de los reconocidos beneficios del ejercicio, las cifras de inactividad física continúan creciendo, y lo hacen con disparidad entre géneros. En el caso concreto de España, entorno al 23% de la población masculina y el 31% de la población femenina no alcanzan las recomendaciones mínimas de actividad física establecidas por la OMS (39). Un 54% de las mujeres - frente a un 46% de los hombres - no dedica ningún día a la actividad física en el tiempo libre durante la semana (40). Estos datos reflejan diferencias de género en cuanto a la educación y el comportamiento sedentario (41). Por ello, resulta necesario desarrollar programas educativos y de ejercicio terapéutico que ayuden a concienciar a las mujeres en el climaterio sobre el valor del ejercicio como agente preventivo y terapéutico en relación con los síntomas y cambios relacionados con la menopausia.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL: Mantener la funcionalidad diaria, la independencia, mejorar la calidad de vida relacionada con la salud y prevenir las complicaciones propias del climaterio y la menopausia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Mejorar la **fuerza muscular** y prevenir la pérdida de **masa muscular**.
- Aumentar la flexibilidad y **movilidad articular**: mantener o mejorar la movilidad articular para prevenir rigideces y mejorar la capacidad funcional en las actividades de la vida diaria.
- **Mejorar la salud ósea**: prevenir la pérdida de densidad ósea y reducir el riesgo de osteoporosis mediante ejercicios específicos y hábitos saludables.
- Mejorar la **salud pélvica**: prevenir las disfunciones del suelo pélvico mediante la concienciación del suelo pélvico y la mejora de las cualidades musculares de la musculatura del suelo pélvico.
- **Promover el bienestar emocional** mediante el ejercicio terapéutico.
- Prevenir y mejorar otros síntomas asociados a la menopausia como el **dolor y la fatiga**.
- Mejorar la **calidad de vida**: prevenir y reducir los síntomas asociados a la menopausia, para promover un estado de bienestar físico y emocional.

- **Proporcionar a** la mujer de recursos para evitar las conductas de miedo-evitación frente al dolor, mejorar la autoeficacia, etc.
- **Promover el ejercicio** físico terapéutico combinado, con especial atención al ejercicio de fuerza y al ejercicio adaptado respecto al correcto uso de la musculatura del suelo pélvico en actividades y ejercicio hiperpresivo y de impacto.
- **Proporcionar recursos de adherencia** al ejercicio físico terapéutico adaptado.

3. POBLACIÓN DIANA

3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres en período perimenopáusico
- Mujeres en período menopáusico y postmenopáusico (más de un 1 año de amenorrea).

3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Cualquier contraindicación médica para el ejercicio físico terapéutico.
- Déficit cognitivo que dificulte o imposibilite la adecuada comprensión de las órdenes o pautas.
- Incapacidad para la ejecución de la actividad.
- Síndrome metabólico diagnosticado (Valorar la inclusión de la paciente en el protocolo de Fisioterapia del Síndrome metabólico):
 - o Circunferencia abdominal ≥ 88 cm.
 - o Triglicéridos séricos ≥ 150 mg/dL.
 - o Colesterol HDL < 50 mg/dL.
 - o Presión arterial $\geq 130/85$ mmHg.
 - o Glucosa en ayunas ≥ 100 mg/dL.

4. DERIVACIÓN

- La CAPTACION la realizará el personal sanitario del Equipo de Atención Primaria (EAP) y profesionales de apoyo al equipo.
- La DERIVACION la realizaran los Facultativos Especialistas Médico de Familia (MF).

5. PLAN DE ACTUACIÓN

5.1. VALORACIÓN FISIOTERÁPICA

1ª Consulta:

Anamnesis

- Datos subjetivos
 - o Historia clínica (datos ginecológicos y obstétricos, cardiovasculares, salud ósea, enfermedades crónicas).
 - o Historia laboral (tipo de trabajo).
 - o Historia sociofamiliar (antecedentes familiares, situación civil, nivel educativo).
 - o Historia de dolor (localización, irradiación, intensidad, tipo, cronología)
 - o Actividades deportivas y de ocio.
 - o Otras patologías.

- Datos objetivos

- o Se registrarán diferentes variables mediante el uso un dispositivo de bioimpedancia Tanita (índice de masa corporal, masa magra, masa grasa, etc.) (42).
- o Perímetro circunferencia abdominal a través de una cinta métrica (43).
- o Inspección y palpación de la región afectada (si procede).
- o Nivel de fragilidad (Hand-grip, dinamómetro de miembro superior) (44).
- o Nivel funcionalidad. Test 30 segundos *chair-stand*, se valorará el tiempo (en segundos) que tardan en levantarse y sentarse de una silla (45).

Dinamometría de la musculatura del CORE: resistencia isométrica de flexor de tronco, registrando la fuerza máxima en (46).

- o Valoración de la sensibilidad.
- o Test específicos (Anexo 8.1)
- o Cuestionarios auto reportados (Anexo 8.2)
- o Ecografía transabdominal y/o transperineal para evaluar la calidad contracción musculatura suelo pélvico.

2ª consulta (al finalizar el programa):

Al finalizar el programa de 8 semanas de duración, se volverá a valorar a la mujer realizando una nueva anamnesis y las pruebas y cuestionarios realizados en la primera consulta.

Al finalizar el programa de Fisioterapia en el climaterio se registrarán los resultados obtenidos en la historia clínica. Se animará a las mujeres para que mantengan las rutinas aprendidas durante las semanas que han estado realizando el programa de Fisioterapia, para continuar mejorando su salud. Se les informará de que si dejan de realizar actividad física perderán los beneficios obtenidos. Se animará al grupo a que continúen reuniéndose, para realizar los ejercicios en común, compartir logros y facilitar la adherencia al ejercicio, la socialización y el aspecto lúdico. Se facilitará a las mujeres un dossier en formato papel o formato digital mediante una herramienta digital de prescripción de ejercicio terapéutico, que permite incluir un diario de ejercicio en el que las mujeres podrán anotar, la frecuencia, el tiempo, la intensidad del ejercicio, así como las posibles dificultades que hayan podido encontrar para promover así la adherencia.

5.2. TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO:

El protocolo de atención fisioterapéutica consiste en un programa educativo y de ejercicio terapéutico para mujeres en el período de la perimenopausia, de la menopausia y postmenopausia.

PROGRAMA EDUCATIVO-TERAPÉUTICO

Se generarán grupos de 6-8 mujeres que realizarán un programa educativo-terapéutico de 8 sesiones a razón de 1 sesión por semana presencial y al menos dos domiciliarias (47-49). Los contenidos educativos de todas las sesiones se pueden acompañar dependiendo de los recursos de videotutoriales y registro de la visualización de la sesión realizada.

Educación para la salud

- Ciclo vital de la mujer.
- Síntomas del climaterio.
- Falsos mitos.
- Estrategias para reducir síntomas.
- Movimiento y ejercicio terapéutico como principales herramientas terapéuticas.
- Beneficios del ejercicio terapéutico multimodal.

Los contenidos educativos se distribuirán entre todas las sesiones presenciales (entre 20 y 30 minutos), acompañándose, además, de vídeo tutoriales que podrán consultar a demanda.

Ejercicio físico terapéutico (30/40 minutos cada sesión presencial)

1ª sesión:

En la segunda parte de la sesión (30 minutos) se enseñará la conciencia perineal (contracción y relajación suelo pélvico, correcta dirección, evitar compensaciones) con el objetivo de integrarlo en la realización de los ejercicios las siguientes sesiones.

2ª-8ª sesiones;

Ejercicio terapéutico: este se pautará teniendo en cuenta el nivel de energía, la fatiga y la capacidad funcional de las pacientes teniendo en consideración los niveles de fragilidad y de capacidad funcional de las mujeres. Además, con la finalidad de llevar un mejor control en las sesiones, en todas ellas se registrará el nivel de fatiga con la Escala Borg entendiendo como normal una puntuación de 7-8. Cada sesión se repetirá dos semanas aumentando cada semana la intensidad del ejercicio, mediante el aumento de las repeticiones y de las series con base a la Escala de Borg. Respecto a los ejercicios de fuerza se realizará la progresión aumentando la resistencia de las bandas elásticas (desde media resistencia a fuerte) o aumentando el peso (kettlebells de 2 kg hasta de 8 kg en miembros superiores (MMSS) y mancuernas de 1,5 kg hasta mancuernas de 4 kg según la participante y el grupo muscular implicado en el ejercicio).

La dosificación de cada ejercicio será progresiva.

- 1ª semana: 3 series de 10 repeticiones
- 2ª semana: 3 series de 12 repeticiones
- 3ª semana: 3 series de 15 repeticiones
- 4ª semana: 3 series de 15 repeticiones
- 5ª semana: 4 series de 10 repeticiones

- 6ª semana: 4 series de 12 repeticiones
- 7ª semana: 4 series de 12 repeticiones
- 8ª semana: 4 series de 15 repeticiones

Las sesiones tendrán una duración de 60 minutos y se estructurarán de la siguiente manera.

Diseño sesiones:

Calentamiento. Movilidad pélvica, concienciación y 5 minutos de marcha vigorosa.

Circuito de ejercicio, ejercicio por grupos musculares y de suelo pélvico (tanto aeróbico como de fuerza muscular, de equilibrio, y de coordinación motora). Vuelta a la calma (movilización específica pelvis y articulación coxofemoral, posturas de flexibilización de los tejidos [fasciales, musculares y articulares], estiramientos, relajación, respiración) (50-55).

Los ejercicios establecidos serán:

Circuito de ejercicios con 10 estaciones clasificadas en 5 grupos:

- 2 ejercicios de fortalecimiento de miembros superiores (MMSS)
Flexión de codos con mancuernas
Sentadillas con Kettlebell
- 2 ejercicios de fortalecimiento de miembros inferiores (MMII)
Pasos laterales con banda elástica
Ejercicio de puente de glúteos
- 2 ejercicios de fortalecimiento de esfera abdominal
Plancha lateral bilateral
Plancha horizontal
- 2 ejercicios aeróbicos
Skiping
Jumping Jacks
- 2 ejercicios de equilibrio
Apoyo unilateral sobre bosu
Posición de equilibrio con apoyo unilateral

5.3. VALORACIÓN FISIOTERÁPICA FINAL

2ª consulta del apartado 5.1.

1. RECURSOS NECESARIOS

- Esterillas.
- Bandas elásticas de todos los niveles de resistencia.
- Mancuernas de 1,5 a 4 kg.
- Pesas rusas de 12 a 16 kg.
- Kettlebell de 2 a 8 kilogramos.
- Bosu o foam.
- Pelotas de softbol.
- Banda frecuencia cardiaca.
- Ecógrafo con sonda lineal y convex.

- Dinamómetro Hand grip y Lafayette.
- Cronómetro.
- Escalas y cuestionarios (ver Anexos 8.1 y 8.2).
- Báscula de bioimpedancia.

6. EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO

Los reflejados en el protocolo de derivación.

7. ANEXOS

7.1. Escalas y Test de valoración:

7.1.1. Escala de Borg

Valoración subjetiva del esfuerzo percibido Escala modificada de Borg		
Nivel	Intensidad esfuerzo	
0	Reposo. Ningún esfuerzo	Zona 1
1	Esfuerzo muy suave	
2	Esfuerzo muy suave -	
3	Esfuerzo suave	Zona 2
4	Esfuerzo suave -	
5	Esfuerzo moderado	Zona 3
6	Esfuerzo moderado +	
7	Esfuerzo fuerte	Zona 4
8	Esfuerzo fuerte +	
9	Esfuerzo muy fuerte	Zona 5
10	Esfuerzo máximo	

7.1.2. Fragilidad con base al IMC:

Mujeres	Punto de corte para criterio de Fragilidad (kg)
IMC < 23	< 17
IMC 23.1 a 26	< 17.3
IMC 26.1 a 29	< 18
IMC > 29	< 21

7.1.3. Tabla punto de corte fragilidad 30 segundos Sit to Stand

Chair Stand Below Average Scores		
AGE	MEN	WOMEN
60-64	< 14	< 12
65-69	< 12	< 11
70-74	< 12	< 10
75-79	< 11	< 10
80-84	< 10	< 9
85-89	< 8	< 8
90-94	< 7	< 4

7.2. Cuestionarios y escalas auto-reportados:

Escala **Menopause Rating Scale (MRS)** para evaluar los síntomas de la menopausia en tres diferentes dimensiones. Adaptada a la población (56).

ESCALA MRS PARA EVALUAR CALIDAD DE VIDA EN PERIMENOPAUSIA Y MENOPAUSIA

¿Cuál de las siguientes molestias siente en la actualidad y con qué intensidad?
Marque solamente una casilla en cada línea

		No siente molestia	Siente molestia leve	Siente molestia moderada	Siente molestia importante	Siente demasiada molestia
		😊	😊😊	😊😊😊	😊😊😊😊	😊😊😊😊😊
	PUNTOS	0	1	2	3	4
1	Bochornos, sudoración, calores	☐	☐	☐	☐	☐
2	Molestias al corazón (sentir latidos del corazón, palpitaciones, opresión al pecho)	☐	☐	☐	☐	☐
3	Molestias musculares y articulares (dolores de huesos y articulaciones, dolores reumáticos)	☐	☐	☐	☐	☐
4	Dificultades en el sueño (insomnio, duerme poco)	☐	☐	☐	☐	☐
5	Estado de ánimo depresivo (sentirse deprimida, decaída, triste, a punto de llorar, sin ganas de vivir)	☐	☐	☐	☐	☐
6	Irritabilidad (sentirse tensa, explota fácil, sentirse rabiosa, sentirse intolerante)	☐	☐	☐	☐	☐
7	Ansiedad (sentirse angustiada, temerosa, inquieta, tendencia al pánico)	☐	☐	☐	☐	☐
8	Cansancio físico y mental (rinde menos, se cansa fácil, olvidos frecuentes, mala memoria, le cuesta concentrarse)	☐	☐	☐	☐	☐
9	Problemas sexuales (menos ganas de sexo, menor frecuencia de relaciones sexuales, menor satisfacción sexual)	☐	☐	☐	☐	☐
10	Problemas con la orina (problemas al orinar, orina más veces, urgencia al orinar, se le escapa la orina)	☐	☐	☐	☐	☐
11	Sequedad vaginal (sensación de genitales secos, malestar o ardor en los genitales, malestar o dolor con las relaciones sexuales)	☐	☐	☐	☐	☐

Para uso del profesional	Somático (1 al 4)	Psicológico (5 al 8)	Urogenital (9 al 11)	Total

- Schneider HP, Heinemann LA, Rosemeyer HP, Potthoff P, Behre HM. The Menopause Rating Scale (MRS): comparison with Kupperman Index and quality-of-life scale SF-36. *Climacteric*. 2000 Mar;3(1):50-8.
- Schneider HP, Heinemann LA, Rosemeyer HP, Potthoff P, Behre HM. The Menopause Rating Scale (MRS): reliability of scores of menopausal complaints. *Climacteric*. 2000 Mar;3(1):59-64.
- Heinemann LA, Potthoff P, Schneider HP. International versions of the Menopause Rating Scale (MRS). *Health Qual Life Outcomes*. 2003 Jul 30;1:28.
- Heinemann K, Ruebig A, Potthoff P, Schneider HP, Strelow F, Heinemann LA, Do MT. The Menopause Rating Scale (MRS) scale: a methodological review. *Health Qual Life Outcomes*. 2004 Sep 2;2:45.
- Heinemann LA, DoMink T, Strelow F, Gerlach S, Schreier J, Schneider HP. The Menopause Rating Scale (MRS) as outcome measure for hormone treatment? A validation study. *Health Qual Life Outcomes*. 2004 Nov 22;2:57.
- Dinger J, Zimmermann T, Heinemann LA, Strelow F. Quality of life and hormone use: new validation results of MRS scale. *Health Qual Life Outcomes*. 2006 May 31;4:32.
- Chedraui P, Aguirre W, Hidalgo L, Fayad L. Assessing menopausal symptoms among healthy middle aged women with the Menopause Rating Scale. *Maturitas*. 2007 Jul 20;57(3):271-8.
- Aedo S, Schlattino I, Cavada G, Porcile A. Quality of life in climacteric Chilean women treated with low-dose estrogen. *Maturitas*. 2008 Nov 20;51(3):248-51.
- Prado M, Fuenzalida A, Jara D, Figueroa R, Flores D, Blumel JE. [Assessment of quality of life using the Menopause Rating Scale in women aged 40 to 59 years]. *Rev Med Chil*. 2008 Dec;136(12):1511-7.

Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ), adaptado a la población española.

CUESTIONARIO INTERNACIONAL DE ACTIVIDAD FÍSICA (IPAQ)

Piense en todas las actividades VIGOROSAS que usted realizó en los últimos 7 días. Las actividades físicas intensas se refieren a aquellas que implican un esfuerzo físico intenso y que lo hacen respirar mucha más intensamente que lo normal. Piense sólo en aquellas actividades físicas que realizó durante por lo menos 10 minutos seguidos.	
1. Durante los últimos 7 días ¿En cuántos realizó actividades físicas vigorosas tales como levantar pesos pesados, cavar, hacer ejercicios aeróbicos o andar rápido en bicicleta?	☐ Días por semana ☐ Ninguna actividad física intensa (vaya a la pregunta 3)
2. Habitualmente, ¿Cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física intensa en uno de esos días? (ejemplo: si practicó 20 minutos marque 0 h y 20 min)	☐ Horas por día ☐ Minutos por día ☐ No sabe/no está seguro
Piense en todas las actividades MODERADAS que usted realizó en los últimos 7 días. Las actividades moderadas son aquellas que requieren un esfuerzo físico moderado que lo hace respirar algo más intensamente que lo normal. Piense solo en aquellas actividades que realizó durante por lo menos 10 minutos seguidos.	
3. Durante los últimos 7 días, ¿En cuántos días hizo actividades físicas moderadas como transportar pesos livianos, andar en bicicleta a velocidad regular o jugar a dobles en tenis? No incluya caminar.	☐ Días por semana ☐ Ninguna actividad física intensa (vaya a la pregunta 5)
4. Habitualmente, ¿Cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física moderada en uno de esos días? (ejemplo: si practicó 20 minutos marque 0 h y 20 min)	☐ Horas por día ☐ Minutos por día ☐ No sabe/no está seguro
Piense en el tiempo que usted dedicó a CAMINAR en los últimos 7 días. Esto incluye caminar en el trabajo o en la casa, para trasladarse de un lugar a otro, o cualquier otra caminata que usted podría hacer solamente para la recreación, el deporte, el ejercicio o el ocio.	
5. Durante los últimos 7 días, ¿En cuántos caminó por lo menos 10 minutos seguidos?	☐ Días por semana ☐ Ninguna actividad física intensa (vaya a la pregunta 7)
6. Habitualmente, ¿Cuánto tiempo en total dedicó a caminar en uno de esos días?	☐ Horas por día ☐ Minutos por día ☐ No sabe/no está seguro

La última pregunta es acerca del tiempo que pasó usted SENTADO durante los días hábiles de los últimos 7 días. Esto incluye el tiempo dedicado al trabajo, en la casa, en una clase, y durante el tiempo libre. Puede incluir el tiempo que pasó sentado ante un escritorio, leyendo, viajando en autobús, o sentado o recostado mirando tele.	
7. Habitualmente, ¿Cuánto tiempo pasó sentado durante un día hábil?	☐ Horas por día ☐ Minutos por día ☐ No sabe/no está seguro

Valor del test:

1. Actividad física vigorosa: 8 MET x minutos x días por semana
2. Actividad física moderada: 4 MET x minutos x días por semana
3. Caminata: 3,3 x minutos x días por semana.

Ejemplo: 8 MET x 30 minutos x 5 días = 1200 MET (ACTIVIDAD FÍSICA INTENSA)

A continuación sume los tres valores obtenidos:

TOTAL= Actividad física vigorosa + Actividad física Moderada + caminata

Clasificación de los niveles de actividad física

Nivel de actividad física alto	• Reporte de 7 días en la semana de cualquier combinación de caminata, y/o actividades de moderada y/o alta intensidad logrando un mínimo de 3.000 MET-min/semana; • O cuando se reporta actividad vigorosa al menos 3 días a la semana alcanzando al menos 1.500 MET-min/semana
Nivel de actividad física moderado	• Reporte de 3 o más días de actividad vigorosa por al menos 20 minutos diarios; • o cuando se reporta 5 o más días de actividad moderada y/o caminata al menos 30 minutos diarios; • o cuando se describe 5 o más días de cualquier combinación de caminata y actividades moderadas o vigorosas logrando al menos 600 MET-min/semana
Nivel de actividad física bajo	• Se define cuando el nivel de actividad física del sujeto no esté incluido en las categorías alta o moderada

Clasificación del nivel de actividad física mediante podómetro (pasos al día):

Categoría	Cantidad de pasos
Altamente activo	≥ 12.500
Activo	10.000 - 12.499
Algo activo	7.500 - 9.999
Poco activo	5.000 - 7.499
Sedentario o inactivo	< 5.000

Pelvic Floor Distress Inventory-20 (PFDI-20) para evaluar la presencia y severidad de síntomas relacionados con disfunciones del piso pélvico en mujeres. Consta de 20 preguntas divididas en tres subescalas, está adaptado a la población española (48).

REFERENCIAS

- (1) Ambikairajah A, Walsh E, Cherbuin N. A review of menopause nomenclature. *Reprod Health* 2022 Jan 31;19(1):29-7.
- (2) Research on the menopause in the 1990s. Report of a WHO Scientific Group. *World Health Organ Tech Rep Ser* 1996;866:1-107.
- (3) Utian WH. The International Menopause Society menopause-related terminology definitions. *Climacteric* 1999 Dec;2(4):284-286.
- (4) Palacios S, Henderson VW, Siseles N, Tan D, Villaseca P. Age of menopause and impact of climacteric symptoms by geographical region. *Climacteric* 2010 Oct;13(5):419-428.
- (5) Instituto Nacional de Estadística. (National Statistics Institute). Available at: <https://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?padre=7841&capsel=7900>. Jun 25, 2024.
- (6) La esperanza de vida al nacer se sitúa en España en 82,2 años en 2020. Available at: <https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=5944>. Accessed Jun 25, 2024.
- (7) Talaulikar V. Menopause transition: Physiology and symptoms. *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology* 2022 May;81:3-7.
- (8) Gatenby C, Simpson P. Menopause: Physiology, definitions, and symptoms. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2024 Jan;38(1):101855.
- (9) Lumsden MA, Davies M, Sarri G, Guideline Development Group for Menopause: Diagnosis and Management (NICE Clinical Guideline No. 23). *Diagnosis and Management of Menopause: The National Institute of Health and Care Excellence (NICE) Guideline. JAMA Intern Med* 2016 Aug 1;176(8):1205-1206.
- (10) Nguyen TM, Do TTT, Tran TN, Kim JH. Exercise and Quality of Life in Women with Menopausal Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Int J Environ Res Public Health* 2020 Sep 26;17(19):7049. doi: 10.3390/ijerph17197049.
- (11) Erdélyi A, Pálfi E, Túú L, Nas K, Szűcs Z, Török M, et al. The Importance of Nutrition in Menopause and Perimenopause-A Review. *Nutrients* 2023 Dec 21;16(1):27. doi: 10.3390/nu16010027.
- (12) Whiteley J, DiBonaventura Md, Wagner J, Alvir J, Shah S. The impact of menopausal symptoms on quality of life, productivity, and economic outcomes. *J Womens Health (Larchmt)* 2013 Nov;22(11):983-990.
- (13) Nguyen TM, Do TTT, Tran TN, Kim JH. Exercise and Quality of Life in Women with Menopausal Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Int J Environ Res Public Health* 2020 Sep 26;17(19):7049. doi: 10.3390/ijerph17197049.
- (14) ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription, 11th Edition. *ProtoView* 2021 May 5;2021(8).
- (15) Warburton DER, Bredin SSD. Health benefits of physical activity: a systematic review of current systematic reviews. *Curr Opin Cardiol* 2017 Sep;32(5):541-556.

- (16) Sternfeld B, Dugan S. Physical activity and health during the menopausal transition. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2011 Sep;38(3):537-566.
- (17) Liu T, Chen S, Mielke GI, McCarthy AL, Bailey TG. Effects of exercise on vasomotor symptoms in menopausal women: a systematic review and meta-analysis. *Climacteric* 2022 Dec;25(6):552-561.
- (18) Qian J, Sun S, Wang M, Sun Y, Sun X, Jevitt C, et al. The effect of exercise intervention on improving sleep in menopausal women: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in medicine* 2023 Apr 25;10:1092294.
- (19) Carcelén-Fraile MDC, Aibar-Almazán A, Martínez-Amat A, Cruz-Díaz D, Díaz-Mohedo E, Redecillas-Peiró MT, et al. Effects of Physical Exercise on Sexual Function and Quality of Sexual Life Related to Menopausal Symptoms in Peri- and Postmenopausal Women: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health* 2020 Apr 14;17(8):2680. doi: 10.3390/ijerph17082680.
- (20) Khosravi A, Riazi H, Simbar M, Montazeri A. Effectiveness of Kegel exercise and lubricant gel for improving sexual function in menopausal women: A randomized trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2022 Jul;274:106-112.
- (21) Fausto DY, Martins JBB, Moratelli JA, Lima AG, Guimarães ACdA. The Effect of Body Practices and Physical Exercise on Sexual Function of Menopausal Women. A Systematic Review with Meta-Analysis. *Int J Sex Health* 2023 Jun 13;35(3):414-426.
- (22) Mehrnoush V, Darsareh F, Roozbeh N, Ziraeie A. Efficacy of the Complementary and Alternative Therapies for the Management of Psychological Symptoms of Menopause: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *J Menopausal Med* 2021 Dec;27(3):115-131.
- (23) Mohebbi R, Shojaa M, Kohl M, von Stengel S, Jakob F, Kerschhan-Schindl K, et al. Exercise training and bone mineral density in postmenopausal women: an updated systematic review and meta-analysis of intervention studies with emphasis on potential moderators. *Osteoporos Int* 2023 Jul;34(7):1145-1178.
- (24) de Oliveira RDJ, de Oliveira RG, de Oliveira LC, Santos-Filho SD, Sá-Caputo DC, Bernardo-Filho M. Effectiveness of whole-body vibration on bone mineral density in postmenopausal women: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Osteoporos Int* 2023 Jan;34(1):29-52.
- (25) Liu X, Jiang C, Fan R, Liu T, Li Y, Zhong D, et al. The effect and safety of Tai Chi on bone health in postmenopausal women: A meta-analysis and trial sequential analysis. *Front Aging Neurosci* 2022 Sep 13;14:935326.
- (26) Khalafi M, Sakhaei MH, Habibi Maleki A, Rosenkranz SK, Pourvaghari MJ, Fang Y, et al. Influence of exercise type and duration on cardiorespiratory fitness and muscular strength in post-menopausal women: a systematic review and meta-analysis. *Front Cardiovasc Med* 2023 May 9;10:1190187.
- (27) Ho TY, Redmayne GP, Tran A, Liu D, Butlin M, Avolio A, et al. The effect of interval sprinting exercise on vascular function and aerobic fitness of post-menopausal women. *Scandinavian journal of medicine & science in sports* 2020 Feb;30(2):312-321.

- (28) Lew LA, Ethier TS, Pyke KE. The impact of exercise training on endothelial function in postmenopausal women: a systematic review. *Exp Physiol* 2022 Dec;107(12):1388-1421.
- (29) Sánchez-Delgado JC, Jácome-Hortúa AM, Yoshida de Melo K, Aguilar BA, Vieira Philbois S, Dutra de Souza HC. Physical Exercise Effects on Cardiovascular Autonomic Modulation in Postmenopausal Women-A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health* 2023 Jan 26;20(3):2207. doi: 10.3390/ijerph20032207.
- (30) Rodrigues MdL, Carrijo VHV, Amaral AL, Cunha ACR, Tavares JB, Costa JG, et al. Acute effect of interval step exercise versus continuous walk exercise on cardiovascular parameters in hypertensive postmenopausal women: A clinical, controlled, and randomized study. *J Bodyw Mov Ther* 2023 Jul;35:124-129.
- (31) Loaiza-Betancur AF, Chulvi-Medrano I, Díaz-López VA, Gómez-Tomás C. The effect of exercise training on blood pressure in menopause and postmenopausal women: A systematic review of randomized controlled trials. *Maturitas* 2021 Jul;149:40-55.
- (32) Ferreira L, Abrantes C, Alves ME, Moreira C, Moreira H. Effects of exercise programs on cardiorespiratory fitness and arterial stiffness on postmenopausal women: A systematic review study. *Maturitas* 2024 Mar;181:107917.
- (33) Khalafi M, Habibi Maleki A, Sakhaei MH, Rosenkranz SK, Pourvaghar MJ, Ehsanifar M, et al. The effects of exercise training on body composition in postmenopausal women: a systematic review and meta-analysis. *Front Endocrinol* 2023 Jun 14;14:1183765.
- (34) Guedes De Aguiar EDO, Moreira Marconi E, Monteiro-Oliveira BB, Gomes-Santos AC, Coelho Oliveira AC, Paineiras-Domingos LL, et al. Whole-Body Vibration Exercise Improves the Functionality in Postmenopausal Women: A Systematic Review. *Iran J Public Health* 2023 Mar;52(3):476-487.
- (35) Walsh GS, Delextrat A, Bibbey A. The comparative effect of exercise interventions on balance in perimenopausal and early postmenopausal women: A systematic review and network meta-analysis of randomised, controlled trials. *Maturitas* 2023 Sep;175:107790.
- (36) Khalafi M, Malandish A, Rosenkranz SK. The impact of exercise training on inflammatory markers in postmenopausal women: A systemic review and meta-analysis. *Exp Gerontol* 2021 Jul 15;150:111398.
- (37) de Almeida PP, de Oliveira RG, de Almeida LIM, de Oliveira LC. Effects of Pilates exercises on health-related quality of life in postmenopausal women: a systematic review and meta-analysis. *Qual Life Res* 2024 Apr 11.
- (38) Nguyen TTB, Hsu Y, Sari YP. The Effect of Pelvic Floor Muscle Training on Health-Related Quality of Life in Postmenopausal Women With Genitourinary Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Nurs Res* 2024 Jan 1;32(1):e316.
- (39) Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1·6 million participants. *Lancet Child Adolesc Health* 2020 Jan;4(1):23-35.
- (40) Sedentarismo según sexo y comunidad autónoma. Población de 15 y más años. Available at: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?tpx=48055&L=0>. Accessed Jun 25, 2024.

- (41) Prince SA, Roberts KC, Melvin A, Butler GP, Thompson W. Gender and education differences in sedentary behaviour in Canada: an analysis of national cross-sectional surveys. *BMC Public Health* 2020 Jul 27;20(1):1170-y.
- (42) Son W, Park H, Jeon BH, Ha M. Moderate intensity walking exercises reduce the body mass index and vascular inflammatory factors in postmenopausal women with obesity: a randomized controlled trial. *Sci Rep* 2023 Nov 17;13(1):20172-2.
- (43) Chen Z, Klimentidis YC, Bea JW, Ernst KC, Hu C, Jackson R, et al. Body Mass Index, Waist Circumference, and Mortality in a Large Multiethnic Postmenopausal Cohort-Results from the Women's Health Initiative. *J Am Geriatr Soc* 2017 Sep;65(9):1907-1915.
- (44) Bohannon RW. Reference values for extremity muscle strength obtained by hand-held dynamometry from adults aged 20 to 79 years. *Arch Phys Med Reh* 1997 Jan;78(1):26-32.
- (45) Bruun IH, Mogensen CB, Nørgaard B, Schiøttz-Christensen B, Maribo T. Validity and Responsiveness to Change of the 30-Second Chair-Stand Test in Older Adults Admitted to an Emergency Department. *J Geriatr Phys Ther* 2019;42(4):265-274.
- (46) De Blaiser C, De Ridder R, Willems T, Danneels L, Roosen P. Reliability and validity of trunk flexor and trunk extensor strength measurements using handheld dynamometry in a healthy athletic population. *Phys Ther Sport* 2018 Nov;34:180-186.
- (47) Li Y, Tsai Y, Wang L, Ou Y, Kao Y, Lin K. The feasibility of a multimodal exercise program for sedentary postmenopausal women with urinary incontinence: A pilot randomized controlled trial. *Maturitas* 2023 Jan;167:90-98.
- (48) de Freitas LM, Bø K, Fernandes ACNL, Uechi N, Duarte TB, Ferreira CHJ. Pelvic floor muscle knowledge and relationship with muscle strength in Brazilian women: a cross-sectional study. *Int Urogynecol J* 2019 Nov 1;30(11):1903-1909.
- (49) Tang Y, Guo X, Wang Y, Liu Z, Cao G, Zhou Y, et al. Rumba Dance Combined with Breathing Training as an Exercise Intervention in the Management of Stress Urinary Incontinence in Postmenopausal Women: A Randomized Controlled Trial. *International journal of environmental research and public health* 2022 Dec 28;20(1):522.
- (50) Mohebbi R, Shojaa M, Kohl M, von Stengel S, Jakob F, Kerschhan-Schindl K, et al. Exercise training and bone mineral density in postmenopausal women: an updated systematic review and meta-analysis of intervention studies with emphasis on potential moderators. *Osteoporos Int* 2023 Jul 1;34(7):1145-1178.
- (51) Shojaa M, von Stengel S, Kohl M, Schoene D, Kemmler W. Effects of dynamic resistance exercise on bone mineral density in postmenopausal women: a systematic review and meta-analysis with special emphasis on exercise parameters. *Osteoporos Int* 2020 Aug 1;31(8):1427-1444.
- (52) Kim S, Park H, Jung W, Lim K. Effects of Twenty-Four Weeks of Resistance Exercise Training on Body Composition, Bone Mineral Density, Functional Fitness and Isokinetic Muscle Strength in Obese Older Women: A Randomized Controlled Trial. *International journal of environmental research and public health* 2022 Nov 6;19(21):14554.
- (53) Malinauskas AP, Bressan EFM, de Melo, Andrea Maria Zaher Rosa Pereira, Brasil CA, Lordêlo P, Torelli L. Efficacy of pelvic floor physiotherapy intervention for stress urinary

incontinence in postmenopausal women: systematic review. Arch Gynecol Obstet 2023 Jul 1,;308(1):13-24.

(54) Sarmento ACA, Costa APF, Lírio J, Eleutério J, José, Baptista PV, Gonçalves AK. Efficacy of Hormonal and Nonhormonal Approaches to Vaginal Atrophy and Sexual Dysfunctions in Postmenopausal Women: A Systematic Review. Revista Brasileira de ginecologia e obstetrícia 2022 Oct 1,;44(10):986-994.

(55) Lialy HE, Mohamed MA, AbdAllatif LA, Khalid M, Elhelbawy A. Effects of different physiotherapy modalities on insomnia and depression in perimenopausal, menopausal, and post-menopausal women: a systematic review. BMC women's health 2023 Jul 8,;23(1):363.

(56) Aedo M S, Porcile J A, Irribarra A C. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON EL CLIMATERIO EN UNA POBLACIÓN CHILENA DE MUJERES SALUDABLES. Revista chilena de obstetrícia y ginecologã-a 2006;71(6):402-409.

INFOGRAFÍA:

Protocolo de Fisioterapia para el climaterio y la menopausia activa

La **menopausia** es el cese permanente de la menstruación en la mujer, que ocurre debido a la disminución de la actividad de los ovarios. Se confirma **tras 12 meses consecutivos sin periodos menstruales** y puede ser natural o inducida por intervenciones médicas.



>19.000.000 mujeres en el climaterio

Inicio: 50 - 54 años, lo que supone que las mujeres se encuentran en climaterio más de **un tercio de su vida**.

A pesar de tratarse de un proceso **fisiológico**, múltiples son los síntomas

SÍNTOMAS

- Vasomotores (sofocos, sudores, palpitaciones)
- Musculoesqueléticos (dolor, reducción movilidad, pérdida masa ósea y muscular)
- Síndrome Genitourinario de la Menopausia (incontinencia, sequedad, dolor, etc.)
- Psicológicos y cognitivos (depresión, labilidad emocional, fatiga, etc.)

Mujeres en perimenopausia, menopausia y postmenopausia



1º CONSULTA:
Anamnesis
Datos objetivos

Variables:

Bioimpedancia
Perímetro abdominal
Fragilidad
Funcionalidad
Dinamometría
Ecografía suelo pélvico
Calidad de vida

Tratamiento de
Fisioterapia

DURANTE 8 SEMANAS
GRUPOS 6-8 MUJERES
1 SESIÓN PRESENCIAL
2 DOMICILIARIAS



Ejercicio terapéutico
+
Educación en salud

EDUCACION PARA SALUD
(20'-30') y videotutoriales



EJERCICIO TERAPEUTICO (30'-40'):

- Ejercicios de movilidad (recomendación débil)
- Ejercicios de fuerza (recomendación fuerte)
- Ejercicio aeróbico (recomendación fuerte)
- Ejercicios de equilibrio (recomendación fuerte)
- Ejercicios de estiramiento (recomendación débil)
- Ejercicios respiratorios
- Ejercicios de relajación



9.2.3. Protocolo de intervención fisioterapéutica en fibromialgia y síndromes de dolor complejo con enfoque de género en atención especializada

Autoría principal / coordinación del protocolo: Laura Menés Fernández

Autoras colaboradoras: Tania López Hernández y Cristina Adillón Camón

1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA. INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, la investigación sobre las diferencias por sexo y género en relación con el dolor ha experimentado un notable auge. Este avance abarcando desde los mecanismos fisiopatológicos subyacentes hasta los aspectos clínicos y epidemiológicos, permitiendo diferenciar las experiencias de ambos sexos (1,2). La evidencia científica disponible indica que las mujeres presentan una mayor prevalencia de dolor en comparación con los varones, especialmente en condiciones de dolor crónico (3,4). El dolor crónico, descrito como aquél que perdura más de tres meses en el tiempo (5), afecta al 20% de la población adulta y constituye una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial. Esta condición muestra una prevalencia mayor en mujeres y niñas (6).

Para comprender esta diferencia en la prevalencia del dolor entre ambos sexos, es fundamental considerar la doble dimensión de la experiencia dolorosa en las mujeres. En primer lugar, es esencial reconocer la existencia de síndromes dolorosos específicos del sexo femenino, tales como la dismenorrea y el dolor lumbar relacionado con el embarazo, los cuales son exclusivos de la mujer debido a su base biológica (7). En segundo lugar, las mujeres presentan una mayor prevalencia de dolor en comparación con los hombres en condiciones comunes como el dolor musculoesquelético generalizado y la fibromialgia (8).

En este sentido, la fibromialgia es una condición de carácter persistente caracterizada por dolor musculoesquelético difuso, acompañado de hiperalgesia y alodinia (9). Este cuadro clínico se asocia frecuentemente con manifestaciones comórbidas como fatiga crónica, trastornos del sueño y alteraciones afectivas, incluyendo ansiedad y depresión (10). Desde el punto de vista clínico, está clasificada como una enfermedad reumática e implica una considerable carga psicosocial y económica, con repercusiones sustanciales en el estado de salud, la calidad de vida y el funcionamiento social del paciente (11). La prevalencia estimada en la población general oscila entre el 0,20 % y el 6,60 %, con un claro predominio a las mujeres de entre 20 y 50 años (9,12,13).

Las guías clínicas *National Institute for Health and Care Excellence* NICE (14) y *European Alliance of Associations for Rheumatology* EULAR (15), reconocen a la fisioterapia como un componente terapéutico fundamental en el abordaje de la fibromialgia. La intervención terapéutica centrada en el ejercicio físico se ha consolidado como una estrategia no farmacológica eficaz en la reducción del dolor (16), la sintomatología asociada, así como en la mejora de la calidad del sueño y en la calidad de vida (17).

Respecto a la dosificación óptima del ejercicio terapéutico, la evidencia sugiere que un rango de 21 a 40 sesiones, con una frecuencia de tres veces por semana y una duración de entre 31 y 60 minutos por sesión, resulta apropiado para obtener beneficios clínicamente relevantes en la disminución general de la sintomatología (18). En cuanto a sus modalidades, destacan el entrenamiento aeróbico y el entrenamiento de fuerza para reducción del dolor.

Según la guía clínica de EULAR, tanto el ejercicio aeróbico como el entrenamiento de resistencia cuentan con una fuerte recomendación, respaldada por evidencia de su eficacia para reducir la intensidad del dolor y mejorar la función física (19). Aunque con un menor impacto, el entrenamiento de resistencia por sí solo ha demostrado ser una herramienta terapéutica no farmacológica útil para reducir el dolor y mejorar tanto la funcionalidad como la calidad de vida de las personas con diagnóstico de fibromialgia (calidad de la evidencia moderada) (20,21). Además, los programas de ejercicio estructurados en formato de circuito, que combinan componentes aeróbicos, de fuerza, flexibilidad y resistencia, muestran alta efectividad en la disminución del dolor y el aumento del bienestar físico y mental (18).

Entre las opciones fisioterapéuticas disponibles, el enfoque que ha demostrado mayor eficacia en el abordaje de la fibromialgia es la terapia multicomponente (recomendación fuerte) que incluye principalmente intervenciones de educación en neurociencia del dolor y ejercicio terapéutico (22–25). Este modelo de intervención ha demostrado ser eficaz en la reducción de los síntomas centrales de la fibromialgia, así como en la mejora de la autoeficacia y la condición física (26).

Así, las diferencias entre sexos en relación con el dolor, desde los mecanismos de señalización hasta la percepción, incluyendo el componente cultural del género, así como la existencia de condiciones dolorosas específicas del sexo femenino, hacen imprescindible una intervención fisioterapéutica con conocimientos especializados. Este enfoque permite un abordaje más adecuado del dolor y los síndromes dolorosos en la mujer, particularmente en la fibromialgia, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida de esta población.

2. OBJETIVOS

Objetivo general

Ofrecer atención fisioterapéutica especializada para el manejo de la fibromialgia en la mujer, desde una perspectiva de género, con el fin de reducir el dolor, la discapacidad, mejorar la calidad de vida y fomentar la equidad en el acceso a tratamientos de fisioterapia eficaces.

Objetivos específicos:

- Analizar los mecanismos neurofisiológicos implicados en la cronificación del dolor y su relevancia en el tratamiento de la fibromialgia.

- Identificar y reformular creencias maladaptativas o erróneas asociadas al dolor, que puedan influir negativamente en el pronóstico y la adherencia terapéutica.
- Fomentar la autoeficacia del paciente mediante intervenciones educativas y estrategias activas de participación en el tratamiento.
- Reducir el catastrofismo y otras respuestas emocionales disfuncionales relacionadas con la experiencia del dolor.
- Mejorar las alteraciones del sistema inhibitorio del dolor, el esquema corporal, el control motor y la integración somatosensorial mediante técnicas específicas de fisioterapia.
- Disminuir la kinesiofobia y las conductas de evitación por miedo al movimiento, favoreciendo una recuperación funcional progresiva y sostenible

3. POBLACIÓN DIANA

Criterios de inclusión

- Mujeres con diagnóstico clínico de fibromialgia.
- Mujeres con diagnóstico médico de dolor crónico complejo generalizado.
- Mujeres que presenten factores de riesgo para la cronificación del dolor musculoesquelético generalizado.

Criterios de exclusión

- Contraindicaciones médicas absolutas que limiten o impidan la realización de intervenciones fisioterapéuticas.
- Alteraciones cognitivas graves que comprometan de forma significativa la comprensión y la participación activa en las estrategias terapéuticas propuestas.

4. DERIVACIÓN

- La identificación y captación inicial de las pacientes podrá realizarse tanto en Atención Primaria como en consultas de especialidades médicas del nivel hospitalario o ambulatorio, en el marco de la atención integral a mujeres con fibromialgia o dolor crónico complejo.
- La derivación formal al programa de fisioterapia especializada será efectuada por los facultativos de Medicina Familiar y Comunitaria o por médicos especialistas, una vez valorada la idoneidad clínica de la paciente y verificado el cumplimiento de los criterios de inclusión establecidos en este protocolo
- El abordaje fisioterapéutico se llevará a cabo en unidades específicas del nivel de atención especializada, bajo la supervisión de fisioterapeutas con formación avanzada en salud de la mujer y dolor crónico complejo.

5. PLAN DE ACTUACIÓN

5.1. Valoración en fisioterapia

Consideraciones generales desde la perspectiva de género

La evaluación inicial constará en primer lugar de una anamnesis detallada, con un enfoque biopsicosocial, seguida de una exploración física específica, adaptada al perfil clínico de la paciente.

La valoración de la fibromialgia desde una perspectiva de género resulta fundamental dado que esta condición puede manifestarse con fenotipos clínicos diferentes entre sexos influenciados tanto por factores biológicos como por construcciones sociales de género (27,28). A pesar de que las mujeres reportan de forma consistente una mayor intensidad y persistencia del dolor, sus síntomas son con frecuencia minimizados o deslegitimados en el ámbito sanitario. Esta falta de reconocimiento agrava su sufrimiento y limita el acceso a tratamientos adecuados (29,30).

En este contexto, las mujeres con fibromialgia suelen reportar mayores niveles de dolor y una hipersensibilidad generalizada más acentuada. Durante la exploración física, esto se traduce en la detección de umbrales de dolor por presión (PPT) significativamente más bajos, de forma bilateral y en múltiples zonas corporales, en comparación con los observados en varones (27,31).

Un aspecto clave en la valoración de las personas con dolor persistente, como ocurre en la fibromialgia, es el análisis de la funcionalidad, la cual se considera un indicador prioritario frente a la mera intensidad del dolor a la hora de evaluar la gravedad del cuadro clínico (32). No obstante, es esencial comprender que la capacidad funcional no siempre refleja con precisión la intensidad del dolor ni el nivel de sufrimiento, particularmente en el caso de las mujeres (33).

Factores socioculturales y de género, como los mandatos tradicionales asociados al rol femenino y las expectativas sociales sobre el cumplimiento de tareas domésticas, de cuidado y laborales, llevan a muchas mujeres a mantener un nivel funcional externo aceptable, incluso ante un dolor significativo. Esta disociación entre funcionalidad aparente y sufrimiento real puede generar una infraestimación clínica de la severidad del trastorno. En consecuencia, se vuelve indispensable incorporar una perspectiva de género en la evaluación del dolor, que permita una interpretación adecuada de la expresión funcional femenina, evitando sesgos clínicos que puedan derivar en atenciones insuficientes o inadecuadas (33,34).

En este contexto, resulta esencial integrar los elementos previamente descritos y diseñar una valoración fisioterapéutica integral, que contemple de forma equilibrada las dimensiones biológica, psicológica y social del dolor, incorporando de manera transversal una perspectiva de género. Esta evaluación debe tener en cuenta variables clínicas relevantes, como la mayor intensidad del dolor, la disminución de los umbrales de tolerancia a la presión y la hipersensibilidad

generalizadas, características frecuentemente observadas en mujeres con fibromialgia.

Asimismo, es indispensable reconocer la influencia de factores psicosociales que modulan la percepción y expresión del dolor, tales como el nivel de apoyo social, las creencias individuales del dolor y el impacto emocional en el diagnóstico. Para ello, es clave incorporar el análisis de los determinantes socioculturales y los mandatos de género, los cuales influyen tanto en la manera en que las mujeres perciben, procesan y comunican su dolor, como en la respuesta que reciben del entorno clínico y social. Una evaluación que contemple estos aspectos contribuye a una comprensión más precisa del cuadro clínico y favorece una intervención terapéutica más empática, eficaz y equitativa.

Estructura de la valoración

- Anamnesis

La anamnesis constituye la fase inicial del proceso de valoración fisioterapéutica. En esta primera parte de la evaluación se recogerán los datos relacionados con la historia clínica detallada (identificación de banderas rojas que puedan contraindicar o modificar el abordaje fisioterapéutico), y se evaluarán las limitaciones en las actividades y restricciones en la participación, conforme a los dominios establecidos por la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

Durante la anamnesis también es de especial importancia indagar sobre las creencias y actitudes de la paciente, los pensamientos y las expectativas frente a su situación y al tratamiento de fisioterapia, así como la detección de banderas amarillas, es decir, factores psicológicos y conductuales que puedan contribuir a la cronificación del dolor (como catastrofismo, miedo al movimiento, baja autoeficacia o evitación de la actividad).

Esta recopilación de información permitirá construir una visión biopsicosocial y centrada en la persona, favoreciendo un abordaje terapéutico más eficaz, ajustado tanto a las necesidades clínicas como al contexto de vida de la paciente.

A continuación, se detallan los componentes fundamentales que deben incluirse en esta parte:

- o Historia clínica general: recopilación de datos clínicos médicos relevantes incluyendo diagnósticos previos, comorbilidades y tratamiento farmacológico actual (tipo de fármacos, dosis y adherencia).
- o Historia laboral: identificación del tipo de trabajo desempeñado, nivel de carga física o estrés laboral, y su posible relación con el inicio o mantenimiento del dolor.
- o Historia sociofamiliar: antecedentes familiares de enfermedades reumatológicas o dolor crónico, estado civil, nivel educativo y red de apoyo

- social, factores clave para valorar la vulnerabilidad o resiliencia de la paciente.
- o Historia de dolor: caracterización detallada de la experiencia dolorosa mediante los siguientes parámetros:
 - Localización, irradiación, intensidad, descriptores cualitativos y evolución temporal (inicio, duración, variaciones).
 - Uso de instrumentos validados para su medición:
 - ✓ *Pain Visual Analogue Scale* (VAS)
 - ✓ *Short-form McGill Pain Questionnaire*
 - ✓ *Widespread Pain Index* (WPI), específico para fibromialgia.
 - o Hábitos deportivos y actividades de ocio: frecuencia, tipo de actividad, barreras percibidas para la práctica de ejercicio, y grado de impacto funcional.
 - o Valoración funcional específica en fibromialgia:
 - *Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire* (FIQR) – versión española validada.
 - o Evaluación de síntomas asociados a sensibilización central:
 - Escalas para medir los síntomas asociados a la Sensibilización Central: *Central Sensitization Inventory* (CSI).
 - o Escalas validadas relacionadas con la esfera psicosocial: *Pain Catastrophizing Scale* (PCS), *Fear Avoidance Beliefs Questionnaire* (FAB), *Tampa Scale of Kinesiophobia* (TSK-11) y el *Pain Vigilance and Awareness Questionnaire*.
 - o **Cuestionarios validados de calidad de vida: SF-36 o EQ-5D.**

Exploración física: en esta segunda parte de la evaluación se realizarán diferentes pruebas y test con el objetivo de explorar a nivel físico general a la paciente. Debe tenerse en cuenta que la exploración debe ser individualizada y, basada en los hallazgos de la anamnesis previamente realizada y teniendo en cuenta la irritabilidad y severidad de los síntomas. También es relevante tener en cuenta los resultados de los cuestionarios relacionados con la Kinesiofobia pueden condicionar en gran medida los resultados de la exploración física que se pueda llegar a realizar.

- o Palpación (puede ir acompañada de algometría).
- o Pruebas de movilidad específicas y de provocación de síntomas (teniendo en cuenta la irritabilidad y severidad del dolor).
- o Exploración neurológica.
- o Exploración somatosensorial: *Quantitative Sensory Testing* (QST) o *Clinical Sensory Testing* (CST).

5.2. Tratamiento fisioterapéutico

El protocolo de intervención fisioterapéutica para mujeres con diagnóstico de fibromialgia se basa en un enfoque multicomponente o multimodal, respaldado

por la evidencia científica como el abordaje más eficaz para el manejo integral de esta condición (25). El programa de fisioterapia combina principalmente dos ejes terapéuticos fundamentales: un programa de Educación Terapéutica en Dolor y un programa de ejercicio terapéutico estructurado y adaptado.

— Educación Terapéutica en Dolor

Se llevará a cabo en formato grupal, conformando grupos de entre 6 y 8 mujeres que realizarán un programa de Educación Terapéutica en Dolor de 5 sesiones presenciales, con una frecuencia de 1-2 sesiones por semana. El objetivo principal del programa de Educación Terapéutica en Dolor será modificar la conceptualización del dolor de las pacientes, pasando de una concepción tradicional de «un marcador de daño tisular o enfermedad» a una visión más actual y fundamentada en la neurociencia de «un marcador de la necesidad percibida para proteger el tejido corporal» (35).

El contenido de las sesiones estará basado en los principios y temáticas descritas en la literatura sobre Educación en Ciencias del Dolor, con adaptación al contexto de la fibromialgia (22,23).

Las sesiones se pueden acompañar de materiales de refuerzo didáctico (vídeos, infografías, esquemas) y de actividades a realizar con el objetivo de favorecer la neuroplasticidad adaptativa a través de la repetición, la reflexión y la comprensión progresiva de los conceptos.

— Programa de ejercicio terapéutico

Tras la finalización del programa de Educación Terapéutica en Dolor, los mismos grupos de 6-8 mujeres continuarán con un programa de ejercicio terapéutico estructurado, diseñado específicamente para personas con fibromialgia o dolor complejo generalizado.

Este programa tendrá una duración de 7 semanas, con un total de 21 sesiones, distribuidas en 3 sesiones a la semana, en modalidad presencial y supervisada por un fisioterapeuta (18).

Previo a iniciar el programa de ejercicio terapéutico se deben tener algunas consideraciones que pudieran favorecer la adaptación de las pacientes a su realización.

- o En primer lugar, dependiendo del grado de discapacidad funcional de la paciente, puede ser recomendable comenzar el programa con una frecuencia reducida de 2 sesiones semanales, incrementando progresivamente la frecuencia hasta alcanzar las 3 sesiones semanales previstas en el programa. Asimismo, en mujeres con alta restricción funcional, se puede optar inicialmente por implementar el programa en el medio acuático, aprovechando las propiedades de flotación, resistencia y descarga de peso que ofrece este entorno. Posteriormente, se podrá realizar

la transición progresiva al medio terrestre, cuando la paciente esté clínicamente preparada (36). Además, en pacientes que presenten niveles elevados de sensibilización, puede ser beneficioso incorporar intervenciones previas centradas en el trabajo propioceptivo y la reorganización cortical. Entre estas estrategias recomendadas se incluyen: la observación de acciones, el entrenamiento en lateralidad, la imaginación motora graduada y la terapia con espejo (37).

- o En segundo lugar, es importante tener en cuenta que, es frecuente que, durante las primeras sesiones del programa, se produzca un incremento transitorio de la sintomatología (dolor, fatiga, molestias musculares). No obstante, este fenómeno no debe interpretarse como un indicador de daño ni como un criterio excluyente para la continuidad del ejercicio terapéutico. El dolor en estos contextos no refleja objetivamente el estado estructural del sistema musculoesquelético, sino que responde, principalmente, a procesos neurofisiológicos maladaptativos vinculados a la sensibilización central (38,39). Por esta razón, resulta clave que las pacientes hayan completado previamente un programa de Educación en Dolor, donde se abordan estos conceptos de forma clara y comprensible. Comprender la función protectora del dolor, su carácter modulable y su relación con factores psicosociales, facilita la participación, reduce el miedo al movimiento y promueve una mayor tolerancia al ejercicio.

Estructura de la sesión

Cada sesión del programa de ejercicio terapéutico tendrá una duración total de 60 minutos, y se organizará en tres partes, conforme a un modelo de entrenamiento estructurado en circuito (18). Esta distribución responde a principios de seguridad, adaptación progresiva y modulación del esfuerzo, especialmente relevantes en pacientes con fibromialgia.

1. Activación (10 minutos): durante esta fase inicial se realizarán ejercicios de movilidad articular general y activación muscular, con el objetivo de preparar progresivamente al cuerpo para el esfuerzo físico, elevar la temperatura corporal y reducir el riesgo de exacerbación de síntomas.
2. Parte principal (45 minutos): circuito de ejercicios que combinan diferentes modalidades de trabajo físico.
 - o Ejercicio aeróbico de bajo impacto, orientado a la mejora de la capacidad cardiorrespiratoria.

- o Entrenamiento de fuerza funcional, centrado en grandes grupos musculares, con uso progresivo de resistencias (mancuernas, bandas elásticas, kettlebells).
- o Ejercicios de resistencia muscular y propiocepción, para mejorar el control motor, la estabilidad y la tolerancia al esfuerzo.

La estructura en circuito permite alternar los grupos musculares implicados y regular la carga en función del nivel de fatiga de la paciente, favoreciendo la adherencia y minimizando la aparición de dolor postejercicio (18).

3. Vuelta a calma (5 minutos): Se realizarán ejercicios de relajación, respiración diafragmática y movilidad articular, con el objetivo de promover el retorno progresivo a la calma fisiológica, facilitar la recuperación, reducir la tensión muscular y cerrar la sesión en un estado de bienestar.

Los tiempos asignados a cada parte de la sesión pueden ajustarse de forma progresiva a lo largo de su desarrollo. Durante las primeras dos semanas, se recomienda ampliar el tiempo de activación y reducir la duración de la parte principal, con el fin de favorecer la familiarización con el movimiento y evitar la sobrecarga. A medida que progresa el programa y se incrementa la tolerancia al esfuerzo y la seguridad en el ejercicio, se invertirá esta proporción, aumentando gradualmente el tiempo dedicado al trabajo principal, en coherencia con los principios de progresión terapéutica (40,41).

Dosificación y modalidades del ejercicio

La intensidad del ejercicio se ajustará de forma progresiva y personalizada a lo largo del programa en función de la evolución clínica de cada paciente y la respuesta individualizada al esfuerzo. La monitorización de la carga se puede realizar a través de:

- La Escala de Percepción del Esfuerzo de Borg (6–20).
- El cálculo de la frecuencia cardíaca máxima (FCmáx).
- El porcentaje del consumo máximo de oxígeno (VO₂máx) estimado, como indicador de la intensidad relativa del ejercicio aeróbico.

Esta estrategia permite adecuar la prescripción del ejercicio al nivel funcional de cada mujer, favoreciendo la seguridad, la progresión y la eficacia terapéutica del entrenamiento. En este sentido, resulta fundamental que el programa de ejercicios y su progresión sean supervisados por un/a fisioterapeuta.

A continuación, se describe una progresión orientativa (por semanas) de la intensidad del programa de ejercicio terapéutico:

- **1ª y 2ª semana: intensidad baja-media**
 - 40-50% $\text{VO}_2\text{màx}$
 - 40-60% de la FCmàx
 - Percepción del esfuerzo: 9–11 en escala de Borg
- **3ª y 4ª semana: aumento de la intensidad a media-alta de forma progresiva**
 - 60-70 $\text{VO}_2\text{màx}$
 - 60-80 FCmàx
 - Percepción del esfuerzo: 12–14
- **5ª a 7ª semana: se pueden introducir ejercicios de alta intensidad (según tolerancia) o implementación de entrenamiento en intervalos de alta intensidad (HIIT).**
 - 75-80 $\text{VO}_2\text{màx}$ / 80-90 FCmàx
 - Para HIIT (*High-Intensity Interval Training*): 80-90 $\text{VO}_2\text{màx}$ / 85-95% FCmàx .
 - Percepción del esfuerzo: 15–17

Por lo que respecta a la modalidad de ejercicio y dosificación específica, durante la parte principal de la sesión, de acuerdo con las recomendaciones de la literatura científica para pacientes con fibromialgia, se podrán realizar tanto ejercicios aeróbicos como de fuerza y de resistencia muscular (18,21):

o **Ejercicio aeróbico:**

- Modalidades sugeridas: marcha o bicicleta estática.
- Frecuencia: 2-3 veces por semana.
- Duración: 20-30 minutos por sesión.
- Intensidad: 60%–70% de la frecuencia cardíaca máxima.

o **Ejercicios de fuerza muscular:**

- Modalidades: trabajo con autocarga, mancuernas (1,5-4Kg), kettlebells, bandas elásticas.
- Grupos musculares: grandes grupos (extremidades superiores, inferiores y tronco).
- Frecuencia: 2-3 veces por semana.
- Series y repeticiones:
 - Fase inicial: 1-2 series de 10-12 repeticiones.
 - Fase avanzada: hasta 3 series de 12-15 repeticiones.
- Intensidad recomendada: 40%–60% de una repetición máxima (1RM), ajustado por tolerancia.

o **Ejercicios de resistencia muscular:**

- Modalidades: circuitos funcionales de baja carga con repeticiones más altas.
- Frecuencia: 2-3 veces por semana.
- Duración total: dentro de la parte principal.
- Progresión: 2 series de entre 15-20 repeticiones.
- Intensidad recomendada: rango del 40%-60% de una repetición máxima (1RM).

La dosificación de cada tipo de ejercicio durante la progresión del programa de ejercicio terapéutico debe ser flexible y ajustada clínicamente a cada una de las pacientes.

Aunque se han descrito múltiples modalidades de ejercicio terapéutico aplicadas en el abordaje de la fibromialgia, es importante destacar que la literatura actual no ha identificado diferencias estadísticamente significativas entre ellas en cuanto a su efectividad clínica (18). Este hallazgo sugiere que el beneficio terapéutico del ejercicio no depende exclusivamente del tipo de actividad realizada, sino de otros factores transversales como la adherencia, el contexto de ejecución y, muy especialmente, la disminución de la kinesiophobia (42).

- o Entrenamiento de doble o triple tarea (42,43): integrar tareas cognitivas (memoria, cálculo, lenguaje), funcionales o sensoriales durante el movimiento para mejorar la automatización, la neuroplasticidad y el control motor. Esta estrategia también promueve la disociación del dolor durante la actividad.
- o Uso de la gamificación (43,44): introducir elementos lúdicos y motivacionales en la sesión, como retos, juegos con puntuaciones, dinámicas en grupo o tecnologías interactivas, para fomentar la participación, la adherencia y el refuerzo positivo.
- o Actividades expresivas como la danza terapéutica (45): La danza no solo integra componentes aeróbicos y de coordinación, sino que también facilita la expresión emocional, mejora la imagen corporal y favorece la conexión mente-cuerpo.
- o Modificación del entorno durante la intervención del programa de ejercicio (46): Alternar los espacios de trabajo (interior/exterior), variar la disposición del material, utilizar música o estímulos visuales novedosos, puede contribuir a reducir la percepción de monotonía, generar un ambiente más estimulante y romper asociaciones contextuales negativas con el ejercicio.

Ejemplo de una sesión del programa de ejercicio terapéutico

ESTRUCTURA DE LA SESIÓN		EJEMPLO DE EJERCICIOS
Activación (10 min)		- Marcha en el sitio con brazos activos. - Círculos de hombros (adelante y atrás). - Elevaciones de talones. - Inclinationes laterales de tronco. - Movilidad de cadera (step touch o aperturas laterales). - Respiración diafragmática + movilidad cervical.
Parte central (45 min)	Bloque 1 (aeróbico)	- Marcha con step bajo. - Sentadillas con banda elástica + memoria de colores (tarea dual). - Subir y bajar del step con mancuerna ligera con suma matemática de 3 en 3 (tarea dual). - Desplazamientos laterales con bandas en rodillas
	Bloque 2 (fuerza y resistencia)	- Remo con banda elástica sentada sobre esterilla. - Zancada hacia atrás, si es necesario asistida con silla. - Plancha apoyada de rodillas. - Press de hombros con mancuernas.
	Bloque 3 (coordinativas)	- Pasos de baile sencillo, como salsa o merengue. - Caminar por línea en el suelo en un circuito, y si es posible, con ojos tapados mientras otra compañera la guía. - Lanzamiento de pelota entre compañeras. - Secuencia de toques entre manos, muslos, etc.
Vuelta a la calma (5 min)		- Respiración diafragmática guiada (sedestación o decúbito supino). - Estiramiento de cadena posterior. - Estiramientos cervicales. -Ejercicio de visualización corporal positiva (estilo “mindfulness”).

6. Recursos necesarios

Para la adecuada implementación del programa fisioterapéutico dirigido al abordaje integral de la fibromialgia, se requiere contar con los siguientes recursos materiales y didácticos:

- Equipamiento audiovisual:
 - o Proyector o pantalla para presentaciones.
 - o Ordenador o dispositivo compatible para apoyar las sesiones de Educación en Dolor.
- Materiales para ejercicio terapéutico:
 - o Esterillas para la realización de ejercicio en el suelo.
 - o Bandas elásticas de diferentes resistencias, para trabajo de fuerza y/o movilidad.
 - o Mancuernas con rangos de peso entre 1.5 y 4 kg, adaptables al nivel funcional de las participantes.
 - o *Kettlebells* de 2 a 8 Kg para entrenamiento de fuerza progresiva.
 - o *Steps* de altura ajustable.
- Complementarios:
 - o Banda de frecuencia cardíaca, para monitorizar y controlar la intensidad durante el ejercicio terapéutico.
 - o Escalas e instrumentos de valoración clínica (descritas en el apartado de *Anamnesis*).

Referencias bibliográficas

1. Bartley EJ, Fillingim RB. Sex differences in pain: A brief review of clinical and experimental findings. *Br J Anaesth*. 2013;111(1):52-8.
2. Keogh E. Sex and gender differences in pain: past, present, and future. *Pain*. 2022;163(S1): S108-16.
3. Mogil JS. Sex differences in pain and pain inhibition: Multiple explanations of a controversial phenomenon. *Nat Rev Neurosci*. 2012;13(12):859-66.
4. Sorge RE, Totsch SK. Sex Differences in Pain. *J Neurosci Res*. 2017;95(6):1271-81.
5. Rief W, Finnerup N, Scholz J, First M, Barke A, Cohen M, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11) Rolf-Detlef. *Pain*. 2018;160(1):19-27.
6. Osborne N, Davis K. Sex and gender differences in pain. *Int Rev Neurobiol*. 2022;(164).

7. Casale R, Atzeni F, Bazzichi L, Beretta G, Costantini E, Sacerdote P, et al. Pain in Women: A Perspective Review on a Relevant Clinical Issue that Deserves Prioritization. *Pain Ther* [Internet]. 2021;10(1):287-314. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s40122-021-00244-1>
8. Tsang A, Von Korff M, Lee S, Alonso J, Karam E, Angermeyer MC, et al. Common Chronic Pain Conditions in Developed and Developing Countries: Gender and Age Differences and Comorbidity With Depression-Anxiety Disorders. *J Pain*. 2008;9(10):883-91.
9. Cabo-Meseguer A, Cerdá-Olmedo G, Trillo-Mata JL. Fibromyalgia: Prevalence, epidemiologic profiles and economic costs. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2017;149(10):441-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2017.06.008>
10. Garrido-Ardila EM, González-López-arza MV, Jiménez-Palomares M, García-Nogales A, Rodríguez-Mansilla J. Effects of physiotherapy vs. Acupuncture in quality of life, pain, stiffness, difficulty to work and depression of women with fibromyalgia: A randomized controlled trial. *J Clin Med*. 2021;10(17).
11. Campos RP, Vázquez MI. The impact of Fibromyalgia on health-related quality of life in patients according to age. *Rheumatol Int*. 2013;33(6):1419-24.
12. Heidari F, Afshari M, Moosazadeh M. Prevalence of fibromyalgia in general population and patients, a systematic review and meta-analysis. *Rheumatol Int*. 2017;37(9):1527-39.
13. Marques AP, Santo A de S do E, Berssaneti AA, Matsutani LA, Yuan SLK. Prevalence of fibromyalgia: literature review update. *Rev Bras Reumatol (English Ed)*. 2017;57(4):356-63.
14. NICE. Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain. NICE Guidel [Internet]. 2021;(April):NICE guideline [NG193]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng193/resources/chronic-pain-primary-and-secondary-in-over-16s-assessment-of-all-chronic-pain-and-management-of-chronic-primary-pain-pdf-66142080468421>
15. Buraschi R, Ranica G, Villafañe JH, Pullara R, Gobbo M, Pollet J. Fibromyalgia Patients : A Systematic Review and Meta-Analysis. *Biomedicines*. 2024;12:2412.
16. Couto N, Monteiro D, Cid L, Bento T. Effect of different types of exercise in adult subjects with fibromyalgia: a systematic review and meta-analysis of randomised

clinical trials. Sci Rep [Internet]. 2022;12(1):1-16. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41598-022-14213-x>

17. Estévez-López F, Maestre-Cascales C, Russell D, Álvarez-Gallardo IC, Rodríguez-Ayllon M, Hughes CM, et al. Effectiveness of Exercise on Fatigue and Sleep Quality in Fibromyalgia: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Trials. Arch Phys Med Rehabil. 2021;102(4):752-61.

18. Rodríguez-Almagro D, Del Moral-García M, López-Ruiz M del C, Cortés-Pérez I, Obrero-Gaitán E, Lomas-Vega R. Optimal dose and type of exercise to reduce pain, anxiety and increase quality of life in patients with fibromyalgia. A systematic review with meta-analysis. Front Physiol. 2023;14(April):1-17.

19. Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, Atzeni F, Häuser W, Flub E, et al. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. Ann Rheum Dis. 2017;76(2):318-28.

20. Chiapeta AV, Oliveira CEP de, Moraes AA de, Moreira OC, Natali AJ, Carneiro-Júnior MA. Effects of resistance training on pain, functionality and quality of life in women with fibromyalgia: A systematic review. J Bodyw Mov Ther. 2024;40(May):761-8.

21. Rodríguez-Domínguez ÁJ, Rebollo-Salas M, Chillón-Martínez R, Rosales-Tristancho A, Jiménez-Rejano JJ. Clinical relevance of resistance training in women with fibromyalgia: A systematic review and meta-analysis. Eur J Pain (United Kingdom). 2024;28(1):21-36.

22. Saracoglu I, Akin E, Aydin Dincer G. Efficacy of adding pain neuroscience education to a multimodal treatment in fibromyalgia: A systematic review and meta-analysis. Int J Rheum Dis. 2022;25(4):394-404.

23. Chan S, Lu L, Lin S, Ma K. Pain neuroscience education for fibromyalgia. Int J Rheum Dis. 2023;26(6):1202-3.

24. Elizagaray-garcía I, Muriente-gonzález J, Gil-martínez A. Educación al paciente con fibromialgia. Rev Neurol. 2016;62(2):49-60.

25. Antunes MD, Marques AP. The role of physiotherapy in fibromyalgia: Current and future perspectives. Front Physiol. 2022;13(August):1-11.

26. Musekamp G, Gerlich C, Ehlebracht-Knig I, Dorn M, Hfter A, Tomiak C, et al. Evaluation of a self-management patient education programme for fibromyalgia -

results of a cluster-RCT in inpatient rehabilitation. *Health Educ Res.* 2019;34(2):209-22.

27. Jiang L, D'Souza RS, Oh T, Vincent A, Mohabbat AB, Ashmore Z, et al. Sex-Related Differences in Symptoms and Psychosocial Outcomes in Patients With Fibromyalgia: A Prospective Questionnaire Study. *Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes* [Internet]. 2020;4(6):767-74.

28. Ruschak I, Montesó-Curto P, Rosselló L, Aguilar Martín C, Sánchez-Montesó L, Toussaint L. Fibromyalgia Syndrome Pain in Men and Women: A Scoping Review. *Healthc.* 2023;11(2):1-19.

29. Katz JD, Mamyrova G, Guzhva O, Furmark L. Gender bias in diagnosing fibromyalgia. *Gend Med* [Internet]. 2010;7(1):19-27.

30. Colombo B, Zanella E, Galazzi A, Arcadi P. The Experience of Stigma in People Affected by Fibromyalgia: A Metasynthesis. *J Adv Nurs.* 2025;(Goffman 1986):1-16.

31. Castro-sánchez AM, Matarán-peñarocha GA, Arendt-nielsen L, Almeria U De. <Castro-Sanchez-2012-Gender differences i.pdf>. 2012;1639-47.

32. Nogueira Carrer HC, Zanca GG, Haik MN. Clinical Assessment of Chronic Musculoskeletal Pain—A Framework Proposal Based on a Narrative Review of the Literature. *Diagnostics.* 2023;13(1).

33. Pedulla R, Glugosh J, Jeyaseelan N, Prevost B, Velez E, Winnitoy B, et al. Associations of Gender Role and Pain in Musculoskeletal Disorders: A Mixed-Methods Systematic Review. *J Pain* [Internet]. 2024;25(12):104644. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2024.104644>

34. Samulowitz A, Gremyr I, Eriksson E, Hensing G. «Brave Men» and «Emotional Women»: A Theory-Guided Literature Review on Gender Bias in Health Care and Gendered Norms towards Patients with Chronic Pain. *Pain Res Manag.* 2018;6358624.

35. Moseley GL, Butler DS. Fifteen Years of Explaining Pain: The Past, Present, and Future. *J Pain.* 2015;16(9):807-13.

36. Bidonde J, Busch AJ, Webber SC, Schachter CL, Danyliw A, Overend TJ, et al. Aquatic exercise training for fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;2014(10).

37. Araya-Quintanilla F, Álvarez-Bueno C, Cavero-Redondo I, Ramírez-Vélez R, Sepúlveda-Loyola W, Gutiérrez-Espinoza H. Effectiveness of a novel multicomponent treatment in women with fibromyalgia: A randomized clinical trial. *Br J Pain*. 2024;18(6):504-13.
38. Smith BE, Hendrick P, Smith TO, Bateman M, Moffatt F, Rathleff MS, et al. Should exercises be painful in the management of chronic musculoskeletal pain? A systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med*. 2017;51(23):1679-87.
39. De la Corte-Rodriguez H, Roman-Belmonte JM, Resino-Luis C, Madrid-Gonzalez J, Rodriguez-Merchan EC. El papel del ejercicio físico en el dolor musculoesquelético crónico: La mejor medicina: una revisión narrativa. *Healthc*. 2024;12(2):242.
40. Solé J. Teoría del entrenamiento deportivo. Barcelona: Sicropat Sport; 2008.
41. Galán-Martín MA, Montero-Cuadrado F, Lluch-Girbes E, Coca-lópez MC, Mayo-Iscar A, Cuesta-Vargas A. Pain neuroscience education and physical exercise for patients with chronic spinal pain in primary healthcare: a randomised trial protocol. *BMC Musculoskelet Disord*. 2019;20(505):1-11.
42. Murillo C, Galán-Martín, MÁ Montero-Cuadrado, F Lluch E, Meeus M, WW L. Reductions in kinesiophobia and distress after pain neuroscience education and exercise lead to favourable outcomes: a secondary mediation analysis of a randomized controlled trial in primary care. *Pain*. 2023;164(10):2296-305.
43. Alfieri FM, da Silva Dias C, de Oliveira NC, Battistella LR. Gamification in Musculoskeletal Rehabilitation. *Curr Rev Musculoskelet Med*. 2022;15(6):629-36.
44. Grech EM, Briguglio M, Said E. A field experiment on gamification of physical activity – Effects on motivation and steps. *Int J Hum Comput Stud [Internet]*. 2024;184(October 2023):103205. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijhcs.2023.103205>
45. Murillo-García Á, Villafaina S, Adsuar JC, Gusi N, Collado-Mateo D. Effects of dance on pain in patients with fibromyalgia: A systematic review and meta-analysis. *Evidence-based Complement Altern Med*. 2018;2018.
46. Serrat M, Almirall M, Musté M, Sanabria-Mazo JP, Feliu-Soler A, Méndez-Ulrich JL, et al. Effectiveness of a multicomponent treatment for fibromyalgia based on pain neuroscience education, exercise therapy, psychological support, and nature exposure (Nat-fm): A pragmatic randomized controlled trial. *J Clin Med*. 2020;9(10):1-24.

INFOGRAFÍA:

PROTOCOLO DE ATENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA EN FIBROMIALGIA CON PERSPECTIVA DE GÉNERO



Ofrecer atención fisioterapéutica especializada para el manejo de la fibromialgia en mujeres, desde una perspectiva de género, con el fin de reducir el dolor, la discapacidad, mejorar la calidad de vida y fomentar la equidad en el acceso a tratamientos de fisioterapia eficaces.



1 VALORACIÓN EN FISIOTERAPIA

Anamnesis

- Historia clínica, laboral y sociofamiliar.
- Historia de dolor (localización, intensidad, descriptores, etc)
- Escalas validadas de funcionalidad (FIQR), de Sensibilización Central (CSI), catastrofización (PCS), Kinesiofobia (TSK-1) y de calidad de vida (SF-36).

Exploración física

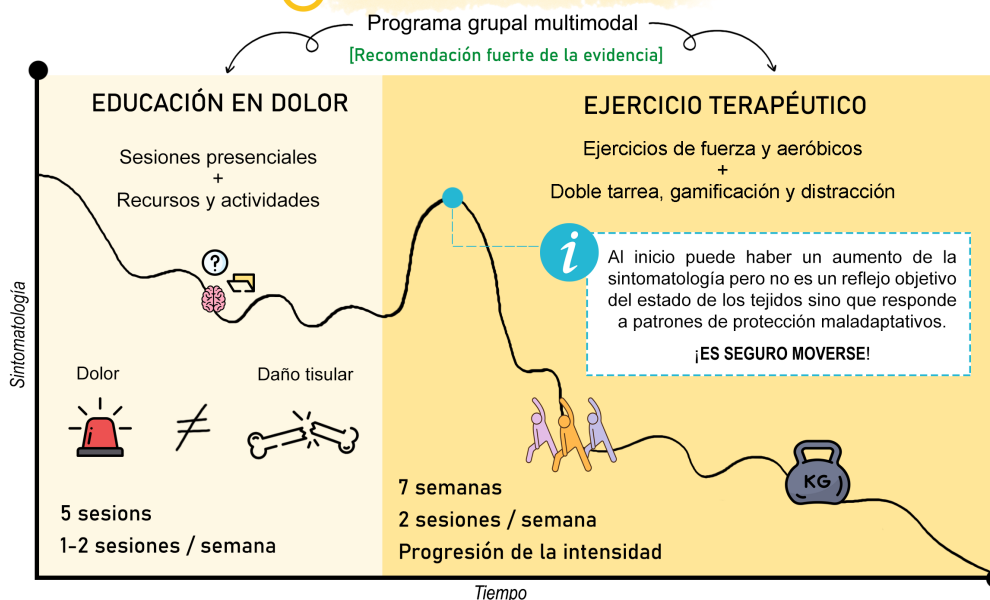
- Palpación (puede ir acompañada de algometría).
- Pruebas de movilidad específicas.
- Pruebas de provocación de síntomas.
- Exploración neurológica.
- Exploración somatosensorial: QST o CST.



Abordar dimensiones biológicas, psicológicas y sociales del dolor de la mujer

Menor tolerancia a UPP Mayor intensidad de dolor Sesgo de género

2 TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA



9.3. Anexo III Avals y apoyos

9.3.1. Nacionales



Madrid, 8 de septiembre de 2025.

A la atención de

María Torres Lacomba

Presidenta de la Asociación Española de Fisioterapeutas en Salud de la Mujer y Salud Pélvica.
(AEF-SAMU)

Estimada presidenta, estimada compañera y amiga,

La Asociación Española de Fisioterapeutas (AEF) manifiesta mediante la presente su respaldo institucional y **AVAL al Documento Marco para la Especialización en Fisioterapia en Salud de la Mujer y Salud Pélvica**, elaborado por la Asociación Española de Fisioterapeutas en Salud de la Mujer y Salud Pélvica (AEF-SAMU).

Este documento supone un aporte estratégico y científico de gran relevancia para el avance de la profesión, ofreciendo un marco sólido y basado en la evidencia para el reconocimiento formal de la especialización en salud de la mujer y salud pélvica dentro del Sistema Nacional de Salud.

La AEF destaca de manera particular:

- La consistencia del documento en cuanto a su fundamentación normativa, conceptual y clínica.
- La clara definición de competencias avanzadas, esenciales para garantizar una atención de calidad y equitativa a lo largo de todo el ciclo vital.
- La proyección de un modelo inclusivo e interdisciplinar que refuerza la integración de la Fisioterapia en las políticas de salud pública.

Estamos convencidos de que la publicación de este Documento Marco contribuirá de manera significativa a fortalecer la posición de la Fisioterapia en nuestro país y a mejorar la calidad asistencial, el acceso equitativo y los resultados en salud de la población.



Por todo ello, la Asociación Española de Fisioterapeutas expresa su felicitación al equipo de trabajo del AEF-SAMU y reafirma su disposición a seguir colaborando en el desarrollo y consolidación de esta especialidad en beneficio de la sociedad.

Reciba un cordial saludo,

Atentamente,

Fdo. Fernando Ramos Gómez
Presidente
Asociación Española de Fisioterapeutas (AEF)

9.3.2. Internacionales



International Organization of Physiotherapists in
Pelvic & Women's Health

Date: August 25, 2025

To: Maria Torres Lacomba

President of the Spanish Association of Physiotherapists in Women's and Pelvic Health (AEF-SAMU)

Subject: Endorsement of the Framework Document for Specialisation in Physiotherapy in Women's and Pelvic Health

Dear Maria Torres,

On behalf of the International Organization of Physiotherapists in Pelvic and Women's Health (IOPPWH), we are pleased to formally endorse the Framework Document for Specialisation in Physiotherapy in Women's and Pelvic Health, developed by the Spanish Association of Physiotherapists in Women's and Pelvic Health (AEF-SAMU).

This document represents a significant milestone in the advancement of our profession, as it provides a comprehensive, well-structured, and evidence-based framework for the recognition of two equally essential areas of practice: women's health and pelvic health. By addressing them together, the document reflects the breadth and depth of knowledge, competencies, and interventions that define advanced practice in these fields.

We highlight in particular:

- The strong scientific foundation and international benchmarking that support the proposals.
- The clear articulation of the scope of practice, covering the full spectrum of women's health across the life course as well as the complexity of pelvic health conditions affecting women, men, and children.
- The establishment of structured educational and professional pathways, ensuring high standards of training and accreditation.
- The emphasis on integrating specialised physiotherapists into healthcare systems to improve quality, efficiency, and outcomes.

The IOPPWH recognises this Framework Document as a solid and timely contribution that strengthens the professional identity of physiotherapists in both women's health and pelvic health. Its endorsement by our organisation reaffirms our shared commitment to advancing specialised practice, promoting clinical excellence, and ensuring that these two fundamental areas are fully recognised and valued within healthcare systems.

We congratulate AEF-SAMU authors for their outstanding work, and we look forward to continued collaboration in supporting the growth and recognition of these specialties worldwide.

Sincerely,

 Documento assinado digitalmente
CRISTINE HOMSI JORGE
Data: 25/08/2025 17:00:29-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Cristine Homsí Jorge

President

International Organization of Physiotherapists in Pelvic and Women's Health (IOPPWH)

www.ioppwh.org



26 September 2025

Spanish Ministry of Health
Madrid, Spain

Re: Support for the Framework Document for Specialisation in Physiotherapy in Women's and Pelvic Health

On behalf of World Physiotherapy*, we write in support of the Spanish Association of Physiotherapists in Women's and Pelvic Health (AEF-SAMU), and its submission of the Framework Document for Specialisation in Physiotherapy in Women's and Pelvic Health to the Spanish Ministry of Health.

AEF-SAMU's aim is to establish a comprehensive, evidence-based framework defining the scope, competencies, and strategic implementation of this specialisation within the Spanish National Health System. The framework reflects a collaborative effort involving national and international experts, scientific societies, patient associations, and service users.

World Physiotherapy strongly supports the recognition and establishment of physiotherapy specialisation in women's and pelvic health in Spain. Specialisation is essential for advancing the physiotherapy profession and improving patient care. According to our **Policy Statement on Specialisation**, specialisation "recognises advanced clinical and professional competence in a particular field of physiotherapist practice that goes beyond entry-level competence" and ensures patients receive evidence-based, high-quality services delivered by physiotherapists with advanced expertise.¹

Further, the establishment of this specialisation in Spain aligns with international structures that already exist in this field. The World Physiotherapy specialty group **International Organisation of Physiotherapists in Pelvic and Women's Health (IOPPWH)** promotes collaboration among national groups, develops standards of best practice, and supports specialist capacity worldwide. Formal recognition of AEF-SAMU's proposed framework will enable Spain to strengthen its integration with this global network and contribute to advancing women's and pelvic health physiotherapy internationally.

The need for specialisation in women's and pelvic health physiotherapy is particularly compelling. Across the lifespan, women experience a range of health conditions—including pregnancy-related musculoskeletal issues, pelvic floor dysfunctions, incontinence, pain, and rehabilitation needs following gynecological surgery—that require physiotherapists with advanced skills and knowledge. Timely access to specialised physiotherapy services contributes to improved outcomes, reduced complications, enhanced quality of life, and cost savings for health systems.

¹World Physiotherapy policy statement (2023). *Specialisation in physiotherapist practice*. <https://world.physio/policy/ps-specialisation>

²International Organisation of Physiotherapists in Pelvic and Women's Health (IOPPWH) <https://world.physio/subgroups/pelvic-womens-health>, <https://iopppwh.org/>

3rd Floor South, Chancery Exchange
10 Funnival Street
London EC4A 1AB, UK

www.world.physio

Registered office: Greenham Business Park, 2 Communications Road, Newbury RG19 6AB, UK

@WorldPhysio1951



Globally, many countries recognise physiotherapy specialisations to meet population health needs. The Spanish Ministry of Health has the opportunity to strengthen its health system by endorsing AEF-SAMU's framework, ensuring patients in Spain benefit from specialised care that is aligned with international standards and best practices.

We commend the Spanish Ministry of Health for its commitment to strengthening healthcare provision and urge you to formally adopt the Framework Document for Specialisation in Physiotherapy in Women's and Pelvic Health. Doing so will provide lasting benefits for patients, professionals, and the Spanish healthcare system as a whole.

We remain available for any clarifications you may require with regards to this issue.

Sincerely,



Side Dieye
World Physiotherapy CEO

** World Physiotherapy is the sole international organisation for physiotherapy, representing more than 600,000 physiotherapists worldwide through its 129 member organisations. It is a non-profit, non-governmental organisation in official relations with the World Health Organization.*