



Formulario de Consentimiento Informado Terapia Física de Piso Pélvico

| | |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| Establecimiento de salud | Servicio Terapia Física |
| Nombre de la persona usuaria | N.º de Identificación |
| Edad | Sexo |
| Nombre del profesional que informa | Código profesional |
| Nombre del profesional que realiza el procedimiento | Código profesional |

Este documento sirve para que usted dé su consentimiento para este procedimiento. Eso significa que nos autoriza a realizarlo. Lea cuidadosamente y consulte al profesional cualquier duda que le surja.

Descripción del procedimiento: la fisioterapia del piso pélvico evalúa, trata y previene alteraciones de la pelvis como: incontinencia urinaria, incontinencia fecal y de gases, dolor perineal (área genital y recto), prolapsos (caídas de órganos, por ejemplo vejiga, recto, útero bajo), estreñimiento, dispareunias (dolor en las relaciones sexuales), vulvodinia (dolor en la vulva), disfunción eréctil, dolor en la pelvis, neuropatías (problemas en los nervios), anismo (dolor en el ano y/o dificultad para defecar) e hipertonía muscular (alta tensión de músculos), que pueden presentarse tanto en mujeres como en hombres.

La fisioterapia del piso pélvico es realizada por profesionales especializados; en su caso, se recomiendan las intervenciones marcadas con “X”:

- Estimulación eléctrica: colocación de parches o electrodos en la vagina, recto, abdomen u otra zona pélvica externa; estos utilizan electricidad para estimular o bajar la actividad del músculo.
- Ultrasonido terapéutico: utilización de un equipo que produce calor para disminuir el dolor y la inflamación.
- Técnica retroalimentación: colocación de electrodos internos o externos en el área perineal para enseñarle a la persona la relajación y contracción de los músculos.
- Terapias manuales: realización de masajes, movilización de articulaciones y otras técnicas realizadas con las manos.
- Ejercicios pasivos activos: en este caso el terapeuta realiza diversos movimientos de la pelvis, los cuales deberán ser imitados por la persona.
- Ejercicios activos: la persona realiza los ejercicios voluntariamente de acuerdo con la indicación del profesional y a su condición específica.
- Ejercicios hipopresivos: son una serie de ejercicios sistematizados de tonificación de la musculatura abdominal y piso pélvico y de estabilizadores de columna que se realizan en diferentes posiciones.
- Colocación de vendas: vendaje neuromuscular que se coloca en piernas, espalda y abdomen; estos son temporales.
- Técnicas intracavitarias: colocación de dispositivos dentro de la vagina y el recto.
- Punción seca: técnica invasiva para eliminar puntos dolorosos musculares, que utiliza una aguja de acupuntura en la cual no se introduce ninguna sustancia.
- Diatermia: utilización de un equipo que produce calor para disminuir el dolor y la inflamación, así como para la regeneración de colágeno (tejido del cuerpo).

Para realizar cualquiera de las técnicas descritas se requiere que usted se coloque ropa hospitalaria y se retire la ropa interior; además, implica que el profesional manipule la zona genital o el ano. Se recomienda asistir a



las sesiones con una adecuada higiene de la zona perineal y de los pies. Se le brindara la terapia con el recurso humano especializado con que cuente el centro de salud, independientemente del género.

En general, estas terapias se realizan en ciclos de entre 6 y 12 semanas, un día a la semana, con una duración de una hora por sesión. Según el criterio del terapeuta y la condición de la persona usuaria, la terapia podría modificarse.

Las actividades diarias se pueden retomar al finalizar cada una de las sesiones. El periodo menstrual no es contraindicación para recibir la terapia.

Objetivo y beneficios esperables: el objetivo de la intervención es mejorar la función y la fuerza de los músculos del área perineal, así como disminuir el dolor en esta zona. Esto permitirá mejorar los síntomas de incontinencia urinaria, incontinencia fecal y de gases, dolor perineal, prolapsos, estreñimiento, dispareunias, vulvodinia, disfunción eréctil, dolor en la pelvis, neuropatías, anismo o hipertonía muscular que usted presenta.

Adicionalmente, en ocasiones la terapia corrige el problema, evitando así la cirugía. En caso de requerirse la cirugía, la terapia podría contribuir con el proceso de rehabilitación.

Alternativas disponibles: las alternativas a la terapia física del piso pélvico dependen de cada situación en particular; en caso de no realizarse la terapia, será referido al médico tratante para su valoración.

Consecuencias previsibles: con las intervenciones de terapia del piso pélvico se espera un aumento de la fuerza y resistencia muscular, alivio del dolor, reducción de episodios de incontinencia urinaria o anal, así como disminución de la frecuencia urinaria diurna y nocturna.

En caso de no aceptar terapias que requieran la colocación de dispositivos dentro de la vagina o el recto, se realizarán únicamente los ejercicios, pero estos por sí solos no garantizan su mejoría. Tampoco se cumplirá el objetivo terapéutico si la persona no se compromete a hacer los ejercicios indicados por el profesional.

Riesgos frecuentes: la mayoría de las técnicas empleadas en fisioterapia del piso pélvico presentan escasos riesgos, por ejemplo:

- La estimulación eléctrica puede provocar una sensación de cosquilleo u hormigueo que normalmente es bien tolerado. Sin embargo, en ocasiones produce molestia o dolor, en especial si se desacomoda el electrodo.
- La punción seca puede producir hematoma (morete) o dolor posterior a su aplicación.
- El ultrasonido puede generar sensación quemante.
- Las técnicas manuales pueden provocar dolor o fatiga muscular.
- Las técnicas intracavitarias pueden producir sensación de cosquilleo o pesadez; además, dependiendo de la hipertonía muscular pueden producir dolor.
- La diatermia puede producir sensación de intenso calor, por lo que se puede graduar la temperatura.

Riesgos graves: se pueden presentar quemaduras por los vendajes fríos\calientes o por los equipos de estimulación eléctrica que producen calor.

Por otra parte, la punción seca puede producir riesgo de neumotórax, en especial en punción seca paravertebral y en punción seca de cuello y espalda.



Riesgos personalizados: deberá advertir al fisioterapeuta si tiene implantado un marcapasos, sospechas de infección activa o de embarazo, presión alta, diagnóstico de cáncer, si está anticoagulado(a) o si presenta cualquier otra situación de salud, para que le pueda explicar si la terapia del piso pélvico tiene riesgos adicionales para usted.

Información de interés: usted puede retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a realizarse el procedimiento. De su rechazo parcial o total a la terapia que se le ofrece no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad de la atención que reciba.

Dudas: consulte al profesional si tiene alguna duda sobre el procedimiento, sus consecuencias y los riesgos derivados de este. El profesional anotará en observaciones las dudas que usted le exponga.

Observaciones:

Con base en la información y explicación que el profesional me ha brindado: Hago constar que he recibido y he comprendido la información verbal sobre la terapia física del piso pélvico, en qué consiste, sus beneficios y riesgos. También hago constar que se me han aclarado dudas al respecto, lo cual entiendo y acepto. Igualmente, se me ha indicado que en cualquier momento puedo revocar o retirar mi consentimiento.

De manera libre y voluntaria complete la siguiente información:

| ¿Acepta la Terapia Física de Piso Pélvico? | | (SI) | (NO) |
|---------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| Firma o huella de la persona usuaria | Fecha | Hora | |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| Firma o huella del representante o garante (si procede) | Fecha | Hora | |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| Firma del profesional que informa | Fecha | Hora | |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| Firma del profesional que realiza el procedimiento | Fecha | Hora | |



En caso de consentimiento por delegación (completar solo en caso necesario o bien, dejar en blanco)

| | | |
|--------------------|-------------------------------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| Nombre del testigo | Firma o huella Identificación | Fecha |
| _____ | _____ | _____ |
| Nombre del testigo | Firma o huella Identificación | Fecha |

En caso de revocatoria del consentimiento (completar solo en caso necesario o bien, dejar en blanco)

He cambiado de opinión y ya no deseo realizarme el procedimiento que había autorizado.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| Nombre de la usuaria o del representante o garante (si procede) | Firma o huella Identificación | Fecha |