

# TRATAMENTO REHABILITADOR DA DISFUNCIÓN DO “SUELO PÉLVICO”

## 1.- Que é?

O “suelo pélvico” é un conxunto de músculos que serven de apoio á vexiga, ao útero e a unha porción intestinal.

A disfunción pola que foi remitida/o a esta unidade, pódese manifestar como perda involuntaria de ouriños ou de feces, desprendementos de órganos pélvicos, dor pélvica, alteración da función sexual ou debilidade da musculatura pelviana entre outros. Nos homes a incontinencia urinaria pode aparecer despois dunha cirurxía da próstata.

## 2.- Como se realiza e para que serve?

Será valorada/o en consulta por un médico especialista en Rehabilitación, mediante unha exploración física (xeral e xinecolóxica).

Pode ser necesario avaliar o funcionamento da musculatura do “suelo pélvico” con electromiografía de superficie por medio dunha sonda vaxinal/anal ou eléctrodos de superficie en periné.

Segundo os achados, o seu médico pautará un tratamento individualizado para cada paciente que pode constar de pautas domiciliarias (normas hixiénico-dietéticas, exercicios), tratamento farmacolóxico oral e/ou tratamento específico local da musculatura pélvica asistido por unha enfermeira especializada:

- Os exercicios poden ser realizados coa axuda dun sistema a través dunha sonda vaxinal, anal ou con eléctrodos de superficie (biofeedback).
- Nalgúns casos, será preciso asociar tratamento de electroestimulación (por vía vaxinal, anal ou eléctrodos de superficie). Esta técnica pretende mediante unha corrente eléctrica mellorar a forza muscular perineal, diminuír as contraccións involuntarias do músculo da vexiga ou a sensación da dor e peso vaxinal. O/a paciente notará unha sensación de hormigueo durante o tratamento que debe ser ben tolerado. Mellora a capacidade de percepción e integración da musculatura do “suelo pélvico” no seu esquema corporal. É unha técnica de tratamento complementaria aos exercicios do chan pelviano, non dispoñéndose dunha alternativa eficaz no momento actual, nos casos de debilidade muscular importante. A intensidade e frecuencia do estímulo eléctrico, así como o tempo de aplicación e o número de sesións serán variables dependendo da patoloxía para tratar.

## 3.- Cales son os riscos?

Os efectos secundarios da exploración e do tratamento son pouco frecuentes en xeral, debendo ter en conta que:

- Durante a realización dos exercicios (mediante biofeedback ou tacto vaxinal/anal), ocasionalmente poden presentarse efectos adversos como: erosión da mucosa vaxinal ou anal, e tamén é posible favorecer unha infección urinaria/xenital.
- A electroestimulación pode provocar unha sensación de disconfort ao paso da corrente, habitualmente ben tolerada pola maioría dos pacientes; ocasionalmente pode provocar irritación local por mal contacto da sonda e podería favorecer unha infección urinaria/xenital, por manipulación a este nivel.
- O seu uso está contraindicado en casos de dano neurolóxico con falta de inervación do “suelo pélvico”, en pacientes que teñen implantado un marcapasos cardíaco ou DIU, se presenta sangrado por vía anal, urinaria ou vaxinal sen menstruación, así como sospeita de infección actual ou de embarazo.

## 4.- Cales son as alternativas?

- Na incontinencia urinaria de esforzo a alternativa é a cirurxía.
- Na incontinencia urinaria de urxencia as alternativas de tratamento son: tratamento farmacolóxico con anticolinéxicos, terapia conductual, toxina botulínica ou cirurxía en determinados casos.
- Na incontinencia de gases ou feces as alternativas son: tratamento dietético, terapia conductual, dispositivos anais ou cirurxía.
- Na disfunción sexual as alternativas son: tratamento farmacolóxico, terapia psicolóxica ou cirurxía.

*Se vostede ou algunha persoa autorizada desexa maior información, non dubide en consultar ao seu médico/a responsable ou a calquera do persoal médico do Servizo que o atende.*

### **RISCOS PERSONALIZADOS**

.....  
.....

## CONSENTIMENTO INFORMADO

Lei 3/2001, Título II (D.O.G. 8/6/01), modificada pola Lei 3/2005 (D.O.G. 21/3/05)

D./Dna. .... maior de idade, con  
D.N.I.: ....., veciño/a de ..... rúa .....  
..... Nº ....., teléfono .....

### MANIFESTO:

Que fun informado/a polo/pola Dr./Dra. .... en data ...../...../..... (e que me foi entregada unha copia da información) do procedemento: ..... e igualmente dos beneficios que se esperan e do tipo de riscos que comporta a súa realización (complicacións máis frecuentes) e a súa non realización, así como das posibles alternativas segundo os medios asistenciais deste Centro.

Comprendo toda a información que se me proporcionou e as miñas dúbidas foron aclaradas satisfactoriamente.

### CONSINTO:

Aos facultativos do Servizo de ..... a que me practiquen o procedemento referido (descrito no anverso) e as probas complementarias necesarias. Son coñecedor/a de que en caso de urxencia ou por causas imprevistas poderán realizarse as actuacións médicas necesarias para manterme con vida ou evitarme un dano.

Sei que en calquera momento podo revogar o meu consentimento.

Por incapacidade ou renuncia á toma de decisión: Persoa que autoriza (familiar ou titor legal)

D./Dna. ...., con D.N.I.: .....  
en calidade de .....

Asino dous exemplares en A Coruña, a ..... de ..... de .....

Sinatura do/a paciente

Sinatura do/a representante legal

Sinatura do/a facultativo/a

Decidín **REVOGAR** o meu consentimento respecto da realización do procedemento referido.

Sinatura do/a paciente  
(ou persoa autorizada)

Sinatura da testemuña

Sinatura do/a facultativo/a

**(Asinar só en caso de revogar o consentimento previo).**

Data: ...../...../.....