

1. INFORMACIÓN ESPECIFICA DEL PROCEDIMIENTO

El BIOFEEDBACK es una técnica que utiliza instrumentos especializados, con el objeto de revelar a los seres humanos algunos de los fenómenos fisiológicos internos normales o anormales, a modo de señales visuales y auditivas, para así enseñarles a controlar esos fenómenos que, de otro modo, serían involuntarios. El entrenamiento en BIOFEEDBACK es un proceso educativo que tiene por objetivo aprender a reconocer respuestas fisiológicas en tiempo real y controlarlas, alterarlas o modificarlas a nuestro favor.

Con la práctica, los pacientes toman consciencia de los estímulos que pueden generar impulsos físicos y psicológicos, y aprenden a saber cómo controlarlos. Así pues, visualizando los patrones de presión, se pueden desarrollar estrategias para modificarlos. Los pacientes aprenden en primer lugar a interpretar la información que visualizan y posteriormente a provocar cambios conductuales o emocionales para conseguir mejorar su problemática.

2. JUSTIFICACIÓN PARA SU REALIZACIÓN

La terapia correctamente indicada, permite incrementar la capacidad de la persona para controlar voluntariamente las actividades fisiológicas del recto y ano que se hayan alterado. El objetivo principal de esta técnica es entrenar estados de consciencia para incrementar la resolución de conflictos a partir de un control voluntario (sin el uso de instrumentos) de los propios estados biológicos. Los beneficios del entrenamiento se evidencian en la reducción de síntomas y en el aumento de la calidad de vida.

3. PREPARACIÓN Y RIESGOS DE LA NO PREPARACIÓN

Para una exploración adecuada, el recto debe estar completamente limpio. Para ello debe seguir exactamente las indicaciones entregadas al programar su cita. En general, debe tomar su medicación habitual. Tenga en cuenta que si no cumplió la preparación indicada y la limpieza no es adecuada, la terapia puede resultar insuficiente o deberá suspenderse, teniendo que repetirla en otra oportunidad.

4. METODOLOGÍA PARA SU REALIZACIÓN

Tras recoger este documento firmado, el personal de enfermería le invitará a ponerse una bata y será trasladado (a) a sala de procedimientos. Se le acostará sobre el lado izquierdo y tras aplicar gel anestésico en el ano, el médico introducirá una sonda fina a través del ano y se ubicará en la ampolla rectal y se retira posteriormente a lo largo del canal anal para obtener un registro de la presión existente. Antes de empezar el entrenamiento, se realiza un registro inicial de su actividad fisiológica. Los impulsos eléctricos que captan los sensores, se registran y se observan en un monitor con gráficos.

A continuación, se inicia el entrenamiento con una duración entre 15 o 30 minutos dependiendo de la aplicación. Durante el entrenamiento, el paciente maneja el aparato captador de impulsos de la modalidad de BIOFEEDBACK correspondiente. La unidad de BIOFEEDBACK procesa las señales electrónicas y "retroalimenta" la información al paciente a través de gráficos en una pantalla de ordenador. De este modo, el paciente toma consciencia de los cambios (aumentos y/o disminuciones) producidos en la actividad anorrectal. Así pues, a través del dispositivo, la persona aprenderá a modificar los procesos fisiológicos y regulares cambios en el organismo en tiempo real.

5. INCOMODIDADES QUE PUEDE PRESENTAR

Durante la realización de la prueba se pueden producir molestias a nivel del ano y recto. El material utilizado es de goma y látex, en caso de alergia a este material debe comunicárnoslo.

6. INFORMACIÓN ESPECIFICA SOBRE LOS RIESGOS Y COMPLICACIONES

La realización de la terapia BIOFEEDBACK, al igual que cualquier otro procedimiento médico realizado sobre un órgano interno, conlleva un riesgo de fracaso y también de aparición de posibles complicaciones en relación con la introducción y desplazamiento de la sonda: erosiones anales, pequeñas hemorragias y, muy excepcionalmente, perforación rectal.

7. RECOMENDACIONES

Una vez realizada la terapia puede volver a su actividad normal e ingerir la dieta habitual.

8. DISPONIBILIDAD PARA AMPLIACIÓN DE LA INFORMACIÓN

En la página web <https://www.ighosas.com/pages/preparaciones#> encontrará información acerca del procedimiento para su mayor comprensión.

9. LIBERTAD PARA LA DECISIÓN DE REALIZAR O NO EL PROCEDIMIENTO

Una vez realizadas las aclaraciones necesarias sobre el procedimiento y está satisfecho con la información recibida continúe el diligenciamiento del consentimiento; de lo contrario si decide la no realización del mismo y sus condiciones complete los campos en el disentimiento informado donde manifiesta su decisión.

10. PERMISO DE USO DE DATOS PARA ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN

Los datos relacionados con su diagnóstico, tratamiento y respuesta al mismo, complicaciones; así como los datos socio-demográficos como edad, estado civil, nivel educativo, estrato socioeconómico, afiliación al sistema de salud son importantes para la evaluación de las enfermedades y conocer su comportamiento en nuestra población. Por ello y fundamentados en la Resolución 8430 de 1993 Artículo 11 donde en el numeral a Investigación sin riesgo, está dado que son registros de investigación documental donde no se realiza intervención o modificación intencionada de las características biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos; y numeral b Investigación con riesgo mínimo donde se emplea el registro de datos de procedimientos comunes o de procedimientos de diagnóstico o tratamientos que requiere y por criterio médico secundarios a la patología de la persona, y se realizarán independiente de su ingreso a la base de datos.

Así mismo, en Igho la protección de datos personales estará regida por las disposiciones de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 del Congreso de Colombia y del Decreto Nacional 1377 de 2013.

- Autorizo el uso de los datos de mi historia clínica de Igho para estudios de investigación. Si No
- ¿En caso de estudios a futuro, quisiera ser participante en esos nuevos estudios? Si No

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO:

En la Ciudad de Bucaramanga, el día ____ del mes de _____ de 20____, Yo,
_____, identificado con cédula de ciudadanía número
_____ de _____, declaro:

Que el (la) Dr. (a) _____, me ha explicado que es conveniente y necesario, en mi situación la realización de _____ y que he comprendido adecuadamente la información. (Indicaciones, alternativas, riesgos y beneficios del procedimiento), y teniendo la oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron contestadas, aclarando las dudas al respecto, por lo tanto acepto la realización de dicho procedimiento incluyendo las intervenciones del personal de enfermería necesarias. Comprendo que durante el transcurso del procedimiento, ciertas condiciones imprevistas de mi organismo pueden exigir un cambio de conducta o procedimientos adicionales. Declaro que no se me han garantizado los resultados que puedan obtenerse.

FIRMA DE PACIENTE
CC

FIRMA
RM
CC

TESTIGO:

Señor/a, _____, con cédula de ciudadanía número _____ de _____ en calidad de (representante legal, familiar del paciente). Certifico que la anterior declaración es cierta en todo su contenido.

FIRMA TESTIGO
CC

En caso de menores de 18 años la declaración deberá ir firmada por al menos uno de los padres y un testigo (familiar). Para el caso en que la presente deba ser firmada por una persona distinta al paciente, por encontrarse incapacitado/a o ser menor de edad, se hace constar que:

Firma en su lugar _____ (nombre y apellidos) _____
(documento) de _____.

En carácter de _____ (Indicar el grado de parentesco)

FIRMA DEL/LA RESPONSABLE
CC