

 Centro de Especialistas en Urología S.A.	CONSENTIMIENTO Y PREPARACIÓN PARA TERAPIA DE PISO PELVICO	CÓDIGO: FORC06	
		Version 5	
		Pág. 1 de 2	

Yo _____ Con C.C. _____ de _____

En pleno uso de mis Facultades mentales autorizo a los médicos, Enfermeras, Terapistas o personal de salud, de CEUSA a que me realicen el procedimiento denominado **EJERCICIO DEL MUSCULO PÉLVICO, ESTIMULACIÓN ELECTRICA DEL PISO PÉLVICO Y RETROALIMENTACION (FEED-BACK).**

A Usted se le va a practicar una terapia de fortalecimiento de los músculos de la región perineal (esfínteres urinarios, rectal y piso vaginal en mujeres).

La única preparación la deben realizar los pacientes de Sexo Masculino y pacientes con diagnóstico de incontinencia fecal; prolapso (rectales) o estreñimiento, aplicando un enema rectal pequeño cuatro (4) horas antes del procedimiento. En mujeres no se debe presentar infección vaginal para prevenir complicaciones y no estar con el período menstrual.

El día del tratamiento el paciente se debe presentar veinte (20) minutos antes de la hora asignada para la cita con el fin de realizar el trámite administrativo previo.

El tratamiento de ejercitación de músculos pélvicos consiste en realizar contracciones y relajaciones repetidas, controladas con un transductor que se coloca a nivel rectal en los hombres y las mujeres en caso de incontinencia fecal.

Vaginal en las mujeres con el fin de calificar cada contracción realizada por el grupo muscular requerido y su intensidad.

El paciente va a saber qué tipo de contracción debe realizar de acuerdo a las gráficas del computador y así puede identificar el grupo muscular a ejercitar para mejorar su continencia urinaria y/o fecal.

El tratamiento de Estimulación Eléctrica consiste en transmitir estímulo de electro conducción a los grupos musculares responsables de la continencia lo cual le permite ejercitar y fortalecer los grupos encargados de la continencia. El procedimiento se lleva a cabo a través de un estimulador colocado a nivel vaginal en las mujeres con diagnóstico incontinencia urinaria. En hombres y mujeres con diagnóstico incontinencia fecal, el estimulador se coloca a nivel rectal.

En cada sesión de tratamiento se recomienda iniciar con los ejercicios de músculo pélvico con un mínimo de repeticiones adecuadas y continuar con el estímulo de electro conducción que complementa con ejercicios musculares inducidos en forma pasiva.

Existen contraindicaciones absolutas para la estimulación eléctrica y ejercitación del músculo pélvico:

1. Pacientes con marcapasos cardiaco
2. Durante el embarazo o si existe riesgo de embarazo
3. Orina residual mayor de 100 ml
4. Obstrucción uretral o alta complacencia del detrusor
5. Sangrado vaginal o durante el período menstrual
6. Infección del tracto urinario o infección vaginal
7. Denervación periférica completa del piso pélvico
8. Prolapso de útero o enterocele

Con el correr de las sesiones, en caso de electro estimulación vaginal, se pueden producir reacciones electroquímicas en la interfase electrodo-mucosa. Esta última puede sufrir irritaciones que provoquen ardor y molestia al paciente. Esto se debe vigilar y en caso de producirse, suspender el tratamiento hasta que la lesión haya desaparecido.

Fecha: _____

FECHA	SESION	%	FASE	OBSERVACIONES

“Recuerde que todos los afiliados al sistema de salud, tenemos derechos y deberes que cumplir. En lo relacionado a las citas médicas, uno de ellos es: “Asistir puntualmente a las citas programadas y en caso de no poder asistir, reasignarlas o cancelarlas oportunamente.”

De esta forma, facilitamos que otro usuario pueda tomar oportunamente la cita que hemos cancelado; lo cual se debe avisar oportunamente (24 horas antes-día hábil) .

Siendo conscientes de las consecuencias que un incumplimiento genera para otros usuarios, CEUSA ha implementado por incumplimiento en las citas programadas notificación a su respectiva EPS y culminación de las sesiones de terapia, lo que le ocasiona volver a solicitar una nueva orden si desea continuar con la terapia

“Cumplir, reasignar o cancelar mis citas médicas a tiempo, permite que otra persona pueda acceder a los servicios de salud de manera oportuna.

¡Ése otro puedo ser yo!”

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE Y FIRMA DEL ACOMPAÑANTE