



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. **¿Qué es?:** La electromiografía (EMG) es una prueba para estudiar cómo funcionan muchos de los nervios que transmiten la sensibilidad y la fuerza, así como los músculos. Su realización ayuda a determinar si los síntomas que presenta el/la paciente se deben a alteraciones de estas estructuras, y dónde se encontraría el problema, aportando una ayuda importante en el diagnóstico de su enfermedad, por lo que es necesario que se la realice si así lo considera su médico/a responsable.
2. **¿Cómo se realiza?:** La prueba la realiza un/a médico/a neurofisiólogo/a, que para explorar los nervios colocará unos electrodos de superficie en lugares precisos del cuerpo, sobre todo en extremidades, dando unos estímulos repetidos de corriente eléctrica. Para explorar los músculos suele ser necesario utilizar un electrodo especial en forma de aguja fina, desechable, y por tanto sin riesgo alguno de contagios, que se introduce y registra la actividad eléctrica muscular. Con esta aguja no se inyecta ninguna sustancia ni se da corriente eléctrica. En la realización de esta prueba es necesario que acuda con el cuerpo limpio sin aplicarse cremas hidratantes ni otros productos cosméticos, y no debe venir en ayunas, pudiendo desayunar o comer normalmente.

La prueba se hará con mayor rapidez si está tranquilo/a, y su duración suele ser de 30 a 60 minutos aproximadamente.

3. **¿Cuáles son sus riesgos?:** Esta prueba suele ser poco dolorosa, y generalmente bien tolerada. No produce ninguna consecuencia importante previsible. Si lleva marcapasos externos se recomienda no realizar la exploración. En caso de marcapasos bipolares internos no existe interferencia con su funcionamiento. Para los marcapasos monopolares internos y desfibriladores existe un riesgo de interferencia de la señal eléctrica del estímulo eléctrico de la EMG con el marcapasos, lo que inhibiría su funcionamiento mientras dura el estímulo (0.1 a 1 milisegundo), lo que hace muy improbable que se produzca una repercusión sobre el/la paciente.
 - **Frecuentes (más del 10%):** Las punciones con electrodo de aguja conllevan un mínimo de sangrado local, que se resolverá espontáneamente en horas o días.
 - **Infrecuentes (menos de 10%):** En pacientes con marcapasos monopolares internos y desfibriladores se puede producir interferencia en el funcionamiento del mismo mientras duren los estímulos (0.1 a 1 milisegundos), por lo que se recomienda consultar con su cardiólogo/a para que valore la necesidad de inactivar el marcapasos durante la realización de la exploración. Existe un mínimo riesgo de infección local o hematoma.
4. **Consecuencias previsibles de su realización:** La realización de esta prueba no produce ninguna consecuencia negativa previsible.
5. **Consecuencias previsibles de su no realización:** En el caso de no realizarse esta prueba, se perdería información diagnóstica o de seguimiento, que podría ser importante para el seguimiento y tratamiento correcto.
6. **Alternativas:** En la actualidad, esta prueba no puede sustituirse por otra que proporcione una información similar sobre la función del nervio y músculo.
7. **Riesgos en función de su situación:** debe indicar al personal responsable qué medicaciones está consumiendo por si pudieran interferir en los resultados de la exploración.



GENERALITAT VALENCIANA

Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

ELECTROMIOGRAFÍA EN PACIENTES CON MARCAPASOS

DECLARACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE		DNI	FECHA DE NACIMIENTO
Nº SIP	DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)				CP
LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO		

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NÚM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

DECLARO que:

- Se me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento
- He comprendido la información recibida
- He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas
- Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento

Por lo tanto:

Autorizo la realización de este procedimiento No autorizo la realización de este procedimiento

_____, de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

_____ de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

Manifiesto que por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.

_____, de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

He sido informado/a de que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato. Por ello:

AUTORIZO:

Paciente / su representante:

Firma: _____

NO AUTORIZO:

Profesional sanitario/a:

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante:

Firma: _____

Profesional Sanitario/a:

Firma: _____