

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. ¿Qué es?: Es una técnica de inyección de la toxina botulínica que es un fármaco que produce una parálisis transitoria (bloqueo reversible de la transmisión del impulso nervioso) del músculo en el que se inyecta, en este caso el músculo del esfínter urinario externo que pretende evitar la contracción involuntaria del músculo del esfínter externo y las molestias derivadas de ello, generalmente dificultad o imposibilidad para el vaciado que precisa autocateterismos o sonda permanente, crisis de disreflexia, etc. El efecto es reversible y dura entre 3 y 9 meses, por lo que precisará repetir el tratamiento para mantener el efecto si así lo desea.

2. ¿Cómo se realiza?: Mediante anestesia (habitualmente general o regional), se introduce un cistoscopio por la uretra y se realizan varias inyecciones (varían en función de la dosis de toxina botulínica administrada) en el músculo del esfínter urinario externo. También puede emplearse una vía de acceso mediante ecografía transrectal con anestesia local. Previamente a la intervención pueden solicitarle un cultivo de orina para valorar la necesidad de tratamiento antibiótico. Durante la realización y a pesar de la anestesia puede experimentar molestias. Tras la realización del procedimiento tomará antibióticos que se le prescribirán, y 7-10 días tras la intervención se realizará control de posibles efectos adversos y de eficacia del procedimiento mediante flujometría, medición del residuo o control de los cateterismos limpios intermitentes (CLI).

3. ¿Cuáles son sus riesgos?: Los riesgos aparecen en menos del 10% de los/las pacientes.

- **Frecuentes (más del 10%):** Infección urinaria que se trata con antibióticos orales. Sangrado al orinar (Hematuria) que suele ser leve y transitorio, cediendo en 1-3 días. Incontinencia de orina derivada de la parálisis del esfínter urinario.
- **Infrecuentes (menos de 10%):** los efectos adversos son muy raros, pero graves, mayoritariamente en niños, consistentes en debilidad muscular, disfagia, neumonía aspirativa, alguno con desenlace fatal.

4. Consecuencias previsibles de su realización: El esfínter urinario externo debe dejar de contraerse involuntariamente, evitando la dificultad en el vaciado de su vejiga. Así mismo puede desaparecer o disminuir la necesidad autosondajes, hasta conseguir incontinencia urinaria que puede manejarse con absorbentes o colector urinario. Es posible que el efecto sea parcial o no obtenga beneficio, pues este tratamiento no siempre funciona.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: Sus síntomas se mantendrán o pueden empeorar con el tiempo, incluso existe la posibilidad de que se afecten los riñones en algunos casos de vejigas neurógenas, provocando dilatación de los mismos y pérdida de funcionalidad.

6. Alternativas: Tratamiento oral con pastillas, autosondajes, prótesis uretrales, sonda permanente.

7. Riesgos en función de su situación: Situaciones tales como diabetes, enfermedades cardiovasculares, tratamiento con anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios, enfermedad neurológica... puede aumentar la frecuencia o la gravedad de los riesgos o complicaciones.

Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.

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	CATEGORIA PROFESIONAL	NUM. 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:

NO AUTORIZO:

Paciente / su representante:

Profesional sanitario/a:

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante:

Profesional Sanitario/a:

Firma: _____

Firma: _____