

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

**1. ¿Qué es?:** Consiste en la estimulación eléctrica de las raíces sacras mediante un electrodo y un generador de impulsos que se implantan con el fin de regular los reflejos miccionales alterados (incontinencia urinaria de urgencia, frecuencia y urgencia urinaria, retención de orina) y aliviar el dolor pélvico.

**2. ¿Cómo se realiza?:** El procedimiento se puede efectuar con anestesia local o general. Usted se situará boca abajo, y su médico colocará una aguja de estimulación en la zona sacra para observar las respuestas musculares y sensitivas al estímulo eléctrico. Se puede utilizar radiología o ecografía para ayudar a su localización. Si se utiliza anestesia local, usted notará sensación de hormigueo en zona perineal y genital, así como contracción de los músculos del ano y pierna. Si las respuestas son adecuadas, se colocará un estimulador externo temporal. Durante un periodo de tiempo variable (entre una y 10 semanas) su médico comprobará la eficacia de la estimulación mediante entrevista, cuestionarios y diarios miccionales. Si es eficaz, se procederá a la colocación del estimulador interno en un segundo tiempo (habitualmente con anestesia local). Tras el implante de marcapasos definitivo, usted precisará de revisiones y reprogramaciones del mismo.

**3. ¿Cuáles son sus riesgos?:** Los riesgos aparecen en menos del 20% de los/las pacientes. Se distinguen:

➤ Riesgos de la exploración de raíces sacras y el periodo de prueba:

- **Más frecuentes:** dolor leve transitorio en la zona de punción o extensión del cable; sangrado; hematoma; estímulo molesto o en zona indeseada (pierna).
- **Menos frecuentes:** sangrado; infección cutánea; infección del cable de extensión o del electrodo; “descargas” o “sacudidas” nerviosas por el estímulo eléctrico; alteración del hábito intestinal; alteración de la erección-eyaculación; afectación del nervio con parálisis.

➤ Riesgos a largo plazo:

- **Más frecuentes:** pérdida de estímulo y de eficacia; estímulo en zonas no deseadas; dolor en la zona del marcapasos; dolor en zona de estimulación;
- **Menos frecuentes:** desplazamiento del electrodo o del marcapasos; avería del electrodo o marcapasos; infección del dispositivo.
- **Muy infrecuentes:** alergia o intolerancia a los componentes; rotura del electrodo; extrusión del marcapasos (salida por la piel).
- Algunas de estas incidencias pueden requerir una re-intervención quirúrgica para su resolución.

**4. Consecuencias previsibles de su realización:** Mejoría de los síntomas urinarios (incontinencia de urgencia, frecuencia y urgencia, retención) y del dolor pélvico.

**5. Consecuencias previsibles de su no realización:** Persistencia de los síntomas urinarios y del dolor pélvico

**6. Alternativas:** Estimulación percutánea del nervio tibial, inyección de toxina botulínica en la vejiga, cateterismo limpio intermitente.

**7. Riesgos en función de su situación:** Situaciones tales como diabetes, enfermedades cardiovasculares, tratamiento con anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios, enfermedad neurológica, etc pueden 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: \_\_\_\_\_