

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.

CENTRO SANITARIO**SERVICIO DE****1. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA (*) ELECTROESTIMULACIÓN EN LA DISFUNCIÓN DEL SUELO PÉLVICO**

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

(*) Indicar el nombre del procedimiento/intervención a realizar; si es posible, además del nombre técnico que siempre debe figurar, puede tratar de expresarlo con un nombre más sencillo.

1.1 LO QUE USTED DEBE SABER:**EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:**

El periné o suelo pélvico es un conjunto de músculos que sirven de apoyo a la vejiga, el útero y una porción intestinal. Cuando se debilita el suelo pélvico puede producirse una pérdida involuntaria de orina con el esfuerzo, prolapsos (descenso de los órganos pelvianos: uretrocele, cistocele, rectocele, prolapso uterino) alteración de la función sexual (coitos dolorosos, disminución de la sensibilidad e intensidad del orgasmo, etc), dolor perineal y patología coloproctológica (incontinencia de gases o heces). También nos puede ocurrir que tengamos síntomas de urgencia (un fuerte deseo de orinar difícil de controlar) con o sin pérdida de orina, a menudo asociados a aumento en la frecuencia de vaciado vesical y nicturia (necesidad de levantarse durante la noche para orinar).

La electroestimulación pretende mediante estímulos eléctricos recuperar y aumentar la fuerza muscular perineal disminuida y en otros casos disminuir las contracciones involuntarias del músculo de la vejiga que nos provocan los síntomas de urgencia-frecuencia. Es una técnica de tratamiento complementaria a los ejercicios del suelo pélvico, no disponiéndose en la actualidad de una alternativa eficaz en los casos de debilidad muscular importante. En la incontinencia urinaria de urgencia se emplea cuando no hay respuesta a otros tratamientos como son el uso de fármacos (anticolinérgicos), y la terapia conductual.

CÓMO SE REALIZA:

Consiste en aplicar una corriente eléctrica a través de la pared vaginal, rectal o del suelo del periné mediante la colocación de electrodos de uso individual en los lugares referidos. La intensidad y frecuencia del estímulo eléctrico será variable dependiendo de la patología a tratar. El tiempo de aplicación del estímulo nervioso será de unos 20 a 30 minutos, una o dos veces por semana, durante 1,5 a 3 meses.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

Durante el tratamiento notará una sensación de hormigueo que debe ser bien tolerada. Mejorará la capacidad de percepción e integración de la musculatura perineal en su esquema corporal. Mejorará la fuerza de la musculatura debilitada del suelo del periné. Disminuirá la frecuencia de contracción del músculo de la vejiga. Disminuirá el dolor y la sensación de peso vaginal si los tuviese.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

Con este tratamiento mejorará o conseguirá la continencia urinaria. Mejorará su función anorectal, y logrará una sexualidad más satisfactoria.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

En la incontinencia urinaria por esfuerzo la alternativa es la cirugía.

En la incontinencia urinaria de urgencia otras alternativas posibles son el tratamiento farmacológico con anticolinérgicos. La terapia conductual con un programa de entrenamiento vesical. El uso de toxina botulínica y la cirugía en determinados casos.

En los problemas coloproctológicos (hipotonía del conducto anal con incontinencia de gases y /o heces, prolapso, etc) otras alternativas son el tratamiento médico dietético, los programas conductuales, los dispositivos anales y la cirugía.

En la disfunción sexual (congestión pélvica, disfunción eréctil, coito doloroso): tratamiento farmacológico, terapia psicológica y cirugía.

En su caso:

QUÉ RIESGOS TIENE:

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

- **LOS MÁS FRECUENTES:**

Entre los efectos adversos puede presentarse una sensación de disconfor al paso de la corriente, que habitualmente son bien toleradas. Irritación vaginal y/o anal. Fenómenos de hipersensibilidad en la zona (entumecimiento, dolor, etc.) Con menos frecuencia efectos sistémicos (diarrea, calambres, cefalea, dolor lumbar, dolor en el pie, molestias en el estómago).

- **LOS MÁS GRAVES:**

- **LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:**

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:

Su uso está contraindicado en casos de que exista un daño neurológico con falta de inervación en el suelo pélvico. En pacientes con un marcapaso cardíaco. En mujeres embarazadas o con riesgo de embarazo. Infecciones del tracto urinario y/o vaginales. Lesiones o sangrados anorrectales. Lesiones vaginales. Mujeres con sangrado ginecológico en fase de diagnóstico o tratamiento. Obstrucción uretral. Residuos postmiccional elevado (> 100 ml). Fístulas. Malformaciones (uréter ectópico, etc). Prolapso genital severo.

OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):

OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usaran directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.

- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

1.2 IMÁGENES EXPLICATIVAS:

(En este espacio podrán insertarse con carácter opcional imágenes explicativas, esquemas anatómicos, pictogramas etc. que faciliten y permitan explicar de manera más sencilla la información al paciente.)

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
------------------	--

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

(En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal)

(En el caso de MENORES DE EDAD, si el/la paciente es mayor de 12 años y se le considera maduro/a y capaz, el consentimiento lo emitirá el/la menor. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes legales también serán informados y se solicitará su Visto Bueno para la realización de la intervención. (Art. 9.3.c de la Ley 41/2002). Si el/la paciente es considerado/a incapaz o, en todo caso, es menor de 12 años, el consentimiento lo otorgará el representante legal del menor.)

2.1 DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE LEGAL (si es necesario)

APELLIDOS Y NOMBRE, DEL PACIENTE	DNI / NIE
APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL	DNI / NIE

2.2 PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA

2.3 CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña _____, manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

___SI ___NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

___SI ___NO Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

___SI ___NO Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.

___SI ___NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

(NOTA: Márquese con una cruz.)

En _____ a _____ de _____
EL/LA PACIENTE Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.: _____ Fdo.: _____

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
------------------	--

2.4 RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN

Yo, D/Dña _____, no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En _____ a _____ de _____
EL/LA PACIENTE Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.: _____ Fdo.: _____

2.5 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña _____, de forma libre y consciente
he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello
puedan derivarse para la salud o la vida.

En _____ a _____ de _____ de _____

EL/LA PACIENTE _____ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL _____

Fdo.:

Fdo.:
