

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA NEUROMODULACIÓN DE RAICES SACRAS**

### **EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE**

La neuromodulación de raíces sacras consiste en la aplicación de impulsos eléctricos suaves mediante un dispositivo del tamaño de un marcapasos, para estimular de forma continua los nervios sacros, responsables del control de los músculos que controlan la micción y la defecación.

Este procedimiento conlleva una prueba de estimulación, una intervención quirúrgica y un periodo mínimo de seguimiento de 12 meses después de la implantación.

En una primera fase de evaluación, después de analizar y valorar la naturaleza y grado de sus síntomas, se le hará una prueba de estimulación utilizando agujas y un electrodo para confirmar las respuestas al tratamiento. Si éstas son positivas, el electrodo será conectado a una extensión temporal que va unida a un estimulador o generador externo (marcapasos). La estimulación se llevará a cabo durante un mínimo de 7 días.

Durante este tiempo usted estará en casa. En el caso de que los resultados de la estimulación sean positivos, se le retirarán los electrodos temporales y se le colocará un sistema de estimulación permanente debajo de la piel, en la parte superior de las nalgas que sustituye al externo.

En esta fase el sistema para el control de la continencia consta de tres componentes básicos que se implantan en el paciente: una batería generadora de impulsos (dispositivo del tamaño de un marcapasos); un electrodo que se implantará en los nervios sacros o al lado de estos, y una extensión o cable que sirve para conectar el marcapasos con el electrodo,

El marcapasos emite pequeños impulsos a través de la conexión hasta el electrodo y ello actúa controlando la función de continencia.

La finalidad del procedimiento es tratar la incontinencia fecal, de orina o dolor pélvico crónico.

### **CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA**

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

### **RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO**

Los riesgos potenciales del implante del sistema de estimulación no son graves y están asociados a los de la intervención quirúrgica, así como los relacionados con la implantación del sistema:

- Lesión de nervios adyacentes.
- Sensaciones temporales del estímulo eléctrico.
- Hematomas que pueden ocasionar fiebre o infecciones.
- Seromas (acúmulo de líquido).
- Infección local o generalizada.
- Alteraciones de la cicatrización.
- Roturas del sistema o desplazamiento, así como fallos mecánicos en el mismo.
- Dolor en el lugar donde este se implanta (zona baja de la espalda, zona pélvica y extremidades inferiores).
- Cambio en sus hábitos diarios de micción.



NOMBRE Y APELLIDOS.....  
 FECHA DE NACIMIENTO.....  
 CIP AUTONÓMICO.....  
 Nº Htª CLÍNICA.....  
 NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

Servicio de Urología

- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

**RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO**

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

No tiene     Diabetes     Obesidad     Hipertensión

Anemia     Edad Avanzada     Tabaquismo     Tratamiento anticoagulante

.....puede

aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

**CONTRAINDICACIONES**

No tiene.

**ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO**

No tiene.

**AUTORIZACIÓN PARA “NEUROMODULACIÓN DE RAICES SACRAS”**

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./D.ª \_\_\_\_\_, así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

Fdo. Paciente:    DNI/NIE o pasaporte:	Fdo.: Dr./Dra.    Col. Nº:
----------------------------------------------------	----------------------------------------



NOMBRE Y APELLIDOS.....  
FECHA DE NACIMIENTO.....  
CIP AUTONÓMICO.....  
Nº Htª CLÍNICA.....  
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

*Servicio de Urología*

---

**Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:**

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: \_\_\_\_\_, no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_,

Fdo. Paciente: