



Consentimiento Informado Para  
Evaluación De Las Raíces Sacras

## **Consentimiento Informado Para Evaluación De Las Raíces Sacras**

## Consentimiento Informado Para Evaluación De Las Raíces Sacras

---

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento: .....Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad: .....Comuna:.....

En calidad de:.....  
(Representante legal o familiar responsable)

**DECLARO:**

Que: El / La Dr (a) : .....

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al procedimiento quirúrgico de  
**EVALUACIÓN DE RAÍCES SACRAS**

## INFORMACIÓN GENERAL

- Mediante este procedimiento se identifican y localizan los nervios sacros y se verifica su integridad funcional, de tal manera que podré notar las sensaciones propias de la estimulación y durante los días de prueba comprobaré el efecto de la estimulación eléctrica de las raíces sacras, lo que permitirá averiguar si me podré beneficiar del tratamiento de la disfunción miccional crónica antes de la colocación de un marcapasos urinario definitivo.
- El médico me ha explicado que el procedimiento requiere la administración de anestesia local, de cuyos riesgos me informará el servicio de anestesia.
- Mediante esta técnica se coloca un fino electrodo junto a las raíces nerviosas sacras mediante función con aguja a través del tercer agujero del hueso sacro. El médico me ha explicado que la prueba se realiza con anestesia local, colocando las agujas al final de la espalda con el paciente tumbado boca abajo. La estimulación eléctrica de los nervios me provocará sensaciones en la región genital, así como contracción en los músculos del ano y de la pierna. Si la respuesta es adecuada se me dejará un electrodo conectado a un estimulador externo, que deberé llevar durante cinco a siete días para comprobar el efecto de la estimulación eléctrica sobre la micción.
- Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, en general raros y bien tolerados, habiéndose descrito dolor leve en el lugar de la punción, cambios en la sensación percibida (descargas o sacudidas) producidas por el movimiento corporal, desplazamiento del electrodo con pérdida de la estimulación y, más raramente, infección cutánea, sangrado en el lugar de micción, alteraciones del hábito intestinal, alteraciones de la erección o eyaculación o afectación del nervio con parálisis.
- El médico también me ha explicado las precauciones que deberé adoptar durante la prueba, especialmente que sólo debo manejar los controles del estimulador que me haya explicado y avisar si tengo algún problema en su funcionamiento, que debo evitar los cambios de postura bruscos, los esfuerzos y la actividad sexual durante el período de prueba pues pueden provocar desplazamientos del electrodo; advertir si estoy embarazada, ya que no se ha establecido la seguridad de este dispositivo en caso de embarazo, no conducir ni manejar maquinaria peligrosa con el estimulador conectado pues una sacudida o descarga inesperada produciría un movimiento brusco de la pierna; advertir si soy portador de un marcapasos cardiaco, y si el estimulador puede intervenir en su funcionamiento; no realizaré una resonancia magnética nuclear mientras lleve el dispositivo e informar al médico si tengo que realizarme una ecografía; y no mojar la zona del electrodo, utilizando para la higiene diaria baños de esponja, pero no baños de inmersión ni duchas en agua.
- El médico me ha advertido igualmente que debo ponerme en contacto con él si dejo de notar la estimulación durante el período de prueba y, especialmente, rellenar los diarios miccionales y la escala de dolor durante el período de prueba.
- El médico me ha explicado que para la realización de esta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones con peculiaridades como:

.....  
Aunque puede ser posible su realización sin una preparación completa.

- También me ha explicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.



Por mi situación actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como:

.....

– El médico me ha explicado que no existen alternativas para esta prueba.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

**CONSENTIMIENTO**

**CONSIENTO** que se me realice el procedimiento quirúrgico para:  
**EVALUACIÓN DE RAÍCES SACRAS**

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.: .....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: ..... Edad: .....

Con domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna: .....

Sr./Sra. ....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad: .....

Con domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna: .....

En calidad de: .....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha ..... Hora: .....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En .....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: ..... Rut: .....

Firma del Paciente: ..... Rut: .....

Firma del representante legal: ..... Rut: .....

(Representante legal o familiar responsable).