

UNIDAD DE DOLOR	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA COLOCACIÓN DE ELECTRODOS EPIDURALES	F-UDO-__
		EDICIÓN: 1

El presente documento formaliza el acuerdo entre el Sr./Sra.

Apellido 1:

Apellido 2:

Nombre:

DNI

y la Unidad de Dolor de en cuanto la colocación de electrodos epidurales, de acuerdo con la información médica que le ha sido explicada de forma clara y comprensible por el Dr./Dra..... (Nº de Colegiado:.....).

- Este documento tiene como **objetivo** reflejar que usted ha sido informado sobre la técnica analgésica que se le propone, sus complicaciones y alternativas.
- **Técnica propuesta: Colocación de electrodos epidurales.**
- **Información del procedimiento.**
 - La técnica consiste en la introducción en la columna vertebral mediante una aguja, de uno o dos cables finos con electrodos distribuidos a lo largo de él. Estos electrodos se colocan cerca de su médula espinal (sistema nervioso).
 - Esta intervención se realiza en quirófano con anestesia local, pues es necesario que usted nos diga si nota la estimulación (un pequeño hormigueo) en la zona que intentamos tratar.
 - En el quirófano se colocará tumbado boca abajo.
 - Se canalizará una vía venosa en uno de los brazos por si necesitara un sedante suave y se vigilarán sus constantes vitales (tensión arterial, pulso...).
 - La duración es de entre 45 minutos y una hora.
 - Si se realiza una fase de prueba previo al implante definitivo durante una semana o quince días llevará un estimulador externo, hasta comprobar que la estimulación es eficaz para controlar o mejorar su dolor. Posteriormente será necesario volver al quirófano para implantar la pila definitiva. Este último procedimiento se puede hacer con anestesia local o general.
- **Objetivos del procedimiento y beneficios que se esperan alcanzar :** Mejoría del dolor.
- **Alternativas razonables al procedimiento :** Tratamiento oral.
- **Riesgos**
 1. Riesgos asociados a la técnica
 - a. Cefalea (dolor de cabeza), que puede ser intenso y requerir reposo en cama y analgésicos durante un tiempo variable. Normalmente desaparece en una semana, pero puede prolongarse.
 - b. Desplazamiento o rotura de los electrodos, lo que obligaría a recolocarlos o extraerlos y reemplazarlos.
 - c. Hemorragia o hematoma en la zona de colocación de la batería. Podría necesitar revisión quirúrgica.
 - d. Seroma o higroma (acumulo de líquido) en la zona de implantación de la batería. Puede necesitar drenaje.
 - e. Apertura de la herida quirúrgica. Puede precisar nueva sutura.
 - f. Infección, tanto de la zona de la batería como de la zona de los electrodos. Puede obligar a extraer todo el sistema y tratar con antibióticos.
 2. El electrodo puede producir hormigueos de forma probable, que se correlacionan con la correcta posición del mismo, u otras sensaciones anómalas desagradables.
 3. La batería de su sistema implantado tiene una vida limitada, que dependerá del número de horas de estimulación que precise y de la intensidad con que se realice la estimulación, por lo que tendrá que cambiarla cada cierto tiempo (normalmente años).

4. Riesgos poco frecuentes de especial gravedad y asociados al procedimiento por criterios científicos
En raras ocasiones podría producirse lesión medular o de nervios periféricos que diera lugar a dificultad o imposibilidad para movilizar los miembros inferiores y/o alteración de sensibilidad de manera transitoria o permanente así como afectación esfinteriana o impotencia sexual. Puede producirse lesión meníngea con fístula de LCR, meningitis o complicaciones secundarias a hipotensión de LCR.

5. Personalizados:

.....
.....

CONSENTIMIENTO

Yo, D/ Dña _____ doy mi consentimiento para que me sea aplicado un tratamiento con parches de capsaicina al 8%. 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 cuanto lo estime oportuno

SÍ NO

Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la técnica, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud

SÍ NO

Autorizo que se puedan utilizar, de forma anónima, datos específicos y concretos de la técnica analgésica al que usted se va a someter con fines docentes y científicos.

SÍ NO

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

En _____, a ____ de _____ de _____

Firma del paciente

Firma del médico responsable de la información

Fdo.....

Fdo.....

REPRESENTANTE LEGAL (en caso de incapacidad del paciente)

D./Dña.....D.N.I.....

.....

Parentesco (padre, madre, tutor, etc.):.....

Firma

DENEGACIÓN O REVOCACIÓN

Yo, D/ Dña _____ después de ser informado/a del tratamiento que se me va a realizar y sus riesgos, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación / revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión .

En _____ ,a ____ de _____ de _____

Firma del paciente

Firma del médico responsable de la información

Nombre.....

Nombre.....

REPRESENTANTE LEGAL (en caso de incapacidad del paciente):

D./Dña.....D.N.I.....

...

Parentesco (padre, madre, tutor, etc.):.....

Firma