

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones más frecuentes que ocurren. Este documento intenta explicarle todas estas cuestiones. Léalo atentamente y consulte con su médico todas las dudas que se le planteen.

Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá que firmar, usted o su representante legal, familiar o persona vinculada de hecho, este Consentimiento Informado para que podamos realizarle dicho procedimiento/tratamiento.

PACIENTE

Yo, D./Dña....., de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Historia Clínica n.º.....DNI n.º.....
con domicilio en.....

REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, D./Dña....., de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

DNI n.º....., en calidad de.....del paciente.
(Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

Previamente a la entrega de este documento he sido informado verbalmente de forma satisfactoria por el Dr./Dra....., colegiado....., de los siguientes puntos: qué es, cómo se realiza, para qué sirve, los riesgos existentes, posibles molestias o complicaciones y alternativas al procedimiento.

Se me recuerdan las siguientes **cuestiones**:

1. PREOPERATORIO

Antes de la cirugía será necesario realizarle algunas pruebas diagnósticas, como son: una analítica y un electrocardiograma; Y/o las pruebas que el servicio de anestesia considere necesarias en función de sus características individuales. Le indicaremos desde qué hora debe permanecer en ayunas.

2. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Por haber sido diagnosticado de.....
y habiendo agotado otras alternativas, se le recomienda realizar el siguiente procedimiento

El objetivo de esta técnica es aliviar el dolor producido por la inflamación de la raíz nerviosa, médula o saco dural.

La infiltración se puede hacer a nivel cervical, dorsal, lumbar o sacra, según donde esté el problema a tratar. Cada zona tiene sus características y riesgos potenciales por las estructuras neurológicas, vasculares o viscerales que circundan la zona a tratar.

El espacio epidural es un espacio virtual. Los fármacos inyectados pueden tener un efecto antiinflamatorio local y sistémico.

Al espacio epidural se puede acceder por:

-vía interlaminar (epidural proximal), que generalmente se realiza a nivel lumbar entre las vértebras L2 y S1. Menos frecuentemente puede hacerse a nivel cervical o dorsal.

Otro acceso al espacio puede ser

-a través del hiato sacro "epidural caudal"

-vía transforaminal, a través del orificio por donde salen las raíces nerviosas del canal vertebral hacia las extremidades.

El procedimiento se realiza generalmente en quirófano (bajo anestesia local y en régimen ambulatorio sin necesidad de ingreso). Para localizar el lugar de punción, si el médico lo considera necesario, puede usarse un aparato de Rx-escopia directa (es importante avisar si existe riesgo de EMBARAZO) o bien ecografía.

La técnica consiste en la inyección epidural de un anestésico local y un antiinflamatorio.

En algunos casos se usa un catéter (con o sin contraste) para acceder a la zona de la columna a tratar. En estos casos es importante documentar cualquier tipo de ALERGIA A CONTRASTES.

Las alternativas a la infiltración propuesta son seguir con tratamiento analgésico antiinflamatorio, realizar tratamiento rehabilitador o considerar la posibilidad de alguna alternativa quirúrgica, siempre que exista, y que generalmente conlleva mayores riesgos y complicaciones.

Si surgiera alguna situación imprevista urgente, que requiriese la realización de algún procedimiento distinto de los que he sido informado o fuese preciso la administración de hemoderivados autorizo al equipo médico para realizarlo.

3. DESCRIPCIÓN DE RIESGOS

Toda técnica, por la situación vital de cada paciente (diabetes, hipertensión, edad avanzada, obesidad, anemia, alteraciones cardiológicas...) lleva implícitas una serie de complicaciones comunes, inherentes a toda intervención, pero que específicamente con esta intervención, son muy infrecuentes y pueden considerarse leves:

Frecuentes (<1%) :

- Hematoma y dolor en la zona de punción, generalmente pasajeros.
- Síndrome vaso-vagal, desvanecimiento o lipotimia.
- Cefalea en los casos en los que se punciona la duramadre. Suele ceder en unos días con reposo en cama y analgésicos.
- Debilidad transitoria de la extremidad afecta debida al anestésico local inyectado

Infrecuentes (< 0,5%):

- Reacción alérgica al contraste o a los fármacos
- Irritación de raíz nerviosa por punción
- Inyección intravascular del anestésico local que puede producir pérdida consciencia, convulsiones, coma.
- Bloqueo excesivo por sobredosis de anestésico: se trata con sueroterapia y control de constantes.
- Meningitis por infección en el canal epidural
- Hematoma peridural (punción de plexo venoso o arterial) o absceso (infección) que puede producir compresión neurológica (debilidad, pérdida de fuerza y/o sensibilidad, disfunción de esfínteres) y requerir intervención quirúrgica urgente para descomprimir.
- Infarto de la médula espinal, infarto cerebral, edema cerebral, ceguera, convulsiones
- Punción inadvertida de alguna de las vísceras o vasos adyacentes a la columna vertebral, sobre todo a nivel cervical y torácico en abordajes transforaminales (pleura, arteria vertebral...)
- Embolia grasa o pulmonar, tromboembolismo.
- Por la posición del paciente boca abajo, se pueden producir compresiones oculares, nervios periféricos o partes blandas, sobre todo en técnicas con sedación.

Contraindicaciones:

- Alergia conocida a alguno de los fármacos a utilizar
- Infección en el lugar de punción
- Estado séptico
- Trastorno severo de la coagulación

Efectos adversos de los corticoides:

- No son considerados reacciones alérgicas
- Son generalmente transitorios y tratables
- Aumento de la tensión arterial, hiperglucemia, aumento de la tensión ocular, rubor facial, trastornos menstruales, Osteoporosis, retención de líquidos, ansiedad, supresión del eje hipotálamo-hipofisario, insuficiencia suprarrenal, debilidad del sistema inmunitario, anafilaxia y en casos extremos, muerte.

Es altamente improbable que complicaciones graves puedan comprometer la vida del paciente.

El efecto de la infiltración puede ser variable en el tiempo, por lo que puede ser necesaria la aplicación de otras infiltraciones u otros tratamientos. En raras ocasiones puede sentir molestias tipo hormigueo en las piernas o dificultad para moverse que suelen durar unos días.

Aunque tras realizar una sesión de tratamiento se encuentre bien, es importante que recuerde que se encontrará bajo los efectos de los fármacos. Se recomienda no realizar ninguna acción que pudiera ser peligrosa durante el resto del día (incluye, por supuesto, el no conducir vehículos a motor o manejar máquinas), así como evitar las bebidas alcohólicas (que podrían aumentar los efectos de dichos fármacos). Y que lo dicho es aplicable al día siguiente, si aún no se encontrase del todo bien. Se recomienda que vaya acompañado por una persona adulta responsable y disponer de la ayuda precisa durante el resto del día y esa noche.

4. CONCLUSIÓN

Mediante la firma del presente documento declaro que he sido amplia y satisfactoriamente informado/a de forma oral, en un lenguaje claro y sencillo. Que he leído este documento, he comprendido y estoy conforme con las explicaciones en cuanto a los fines, alternativas, métodos, inconvenientes y posibles complicaciones, así como del pronóstico. Que dicha información ha sido realizada y se me ha permitido aclarar cualquier duda, así como los riesgos y complicaciones que por mi situación actual pudieran surgir, tales como:

Así mismo, he entendido y acepto que durante el procedimiento/tratamiento se podrán realizar fotografías o grabar imágenes y obtener datos clínicos. Estos se podrán conservar, transmitir y utilizar con fines científicos y/o de docencia en sesiones clínicas, juntas facultativas, conferencias, congresos, publicaciones médicas y actos científicos, sin que en las mismas figure identidad alguna del paciente

Por ello **doy mi consentimiento** para que se proceda a la realización de dicho procedimiento diagnóstico o quirúrgico. (Art. 10.6 Ley General de Sanidad). También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el Consentimiento que ahora presto.

1. Relativo al paciente:

Y para que así conste, enterado y conforme firmo el presente original.

D./Dña....., con DNI

Firma del paciente

Fecha: / /

2. Relativo al médico (cirujano):

Dr./Dra..... ha informado al paciente y/o al tutor o familiar del objeto y naturaleza de la intervención que se le va a realizar explicándole los riesgos, complicaciones y alternativas posibles.

Firma del médico

Fecha: / /

3. Relativo a los familiares y tutores:

El paciente D./Dña..... no tiene capacidad para decidir en este momento. D./D^o. con D.N.I.....

y en calidad de he sido informado/a suficientemente de la intervención que se le va a realizar. Por ello, doy expresamente mi consentimiento. Mi aceptación es voluntaria y puedo retirar este consentimiento cuando lo crea oportuno.

Firma detutor o familiar

Fecha: / /

4. Revocación:

D./Dña..... con D.N.I..... o en su caso,
ya que no tiene capacidad para decidir en este momento D./D^a
con D.N.I. y en calidad de..... REVOCO el consentimiento prestado en fecha de:
.....y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado, conociendo, por
haber sido informado de ello, de las consecuencias de dicha decisión.

Firma del paciente, tutor o familiar

Fecha: / /

Asimismo, he entendido y acepto que durante el procedimiento/tratamiento se podrán realizar fotografías o grabar imágenes que luego se conservarán y se podrán transmitir con fines científicos y/o de docencia y utilizar en sesiones clínicas, juntas facultativas, conferencias, congresos, publicaciones médicas y actos científicos, sin que en las mismas figure identidad alguna del paciente. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el Consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este procedimiento/tratamiento.

Acepto

No acepto