

UNIDAD DE DOLOR	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE UNA INFILTRACIÓN Y/O RADIOFRECUENCIA PULSADA DE LOS NERVIOS GENICULADOS	F-UDO-__
		EDICIÓN: 1

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

Apellido 1: Apellido 2: Nombre: NHC:

y la Unidad de Dolor de _____ en cuanto a la técnica analgésica propuesta para el alivio de su dolor, de acuerdo con la información médica que le ha sido explicada de forma clara y comprensible por el Dr./Dra..... (Nº de Colegiado:.....).

1. Este documento tiene como **objetivo** reflejar que usted ha sido informado sobre la técnica analgésica que se le propone, sus complicaciones y alternativas.
2. **Técnica propuesta:** INFILTRACIÓN Y/O RADIOFRECUENCIA PULSADA DE LOS NERVIOS GENICULADOS
3. **Información del procedimiento.**

Consiste en la introducción de una aguja hasta el nervio que se sospecha que es el causante del dolor. En ocasiones, la punción se puede realizar con ecografía y/o rayos X (en función de la experiencia del médico/a que le atiende).

En el caso del bloqueo, se introducen únicamente fármacos, generalmente corticoides y/o anestésico local.

En el caso de la radiofrecuencia, una vez localizado el nervio, se somete a una corriente eléctrica que provoca pequeños cambios inflamatorios temporales que pueden hacer que el alivio del dolor se prolongue en el tiempo. Además, se administra una dosis de diferentes fármacos que contribuyen al alivio del dolor.

OBJETIVO: El objetivo de la técnica consiste en lograr que la aplicación de la corriente eléctrica y las sustancia inyectadas actúe en la zona responsable de transmitir la información al cerebro aliviando la sintomatología dolorosa; nunca la curación de su patología. En un número variable de casos en los que se realiza una radiofrecuencia pulsada de nervios periféricos se consigue una mejoría, que a menudo es temporal y en algunos casos puede llegar a ser duradera proporcionando un alivio importante del dolor. El alivio completo del dolor no es imposible, pero sí difícil de conseguir mediante esta técnica

EXPECTATIVAS: La pretensión terapéutica es la de aliviar su dolor, no curar. Facilitar una mejora de su funcionalidad y de esta manera procurar una mayor percepción de su calidad de vida. Debe saber que el grado de alivio es muy variable de un paciente a otro.

4. **Alternativas a la técnica:**

- I. Tratamiento conservador:
 - Optimizar la analgesia habitual de tolerancia que usted tiene prescrita.
 - Analgesia tópica no invasiva
 - Terapia Física rehabilitadora funcional

- Seguimiento terapéutico y técnicas de soporte conductual

II. Otras técnicas en función del protocolo establecido en la Unidad del Dolor y/o la experiencia del médico que le trate:

.....

III. Cirugía (deberá consultar con los cirujanos las técnicas quirúrgicas disponibles).

5. **Riesgos**

1.-Generales

- Aumento del dolor habitual que puede empeorar su estado previo.
- Falta de efectividad del tratamiento (ausencia de mejoría).
- Reacciones alérgicas o de intolerancia a los medicamentos, contrastes o instrumental utilizados.
- Molestias locales en el punto de punción, que pueden ser leves o intensas y desaparecer o prolongarse en el tiempo.
- SÍNCOPE VASOVAGAL: Es un mareo que suele darse en ciertas personas ante determinadas situaciones (visión de sangre, agujas, etc). Por un cuadro de nerviosismo o de ansiedad. Consiste en una sensación de sudor, calor o frío y desvanecimiento. Es reversible en manos expertas. Debe avisar al médico de inmediato si presenta alguno de estos síntomas.
- Infección: acuda de inmediato a urgencias si presenta calor y enrojecimiento de la zona infiltrada, especialmente si se acompaña de fiebre o si pierde sensibilidad o capacidad para mover una parte de su cuerpo. La infección y/o defectos de cicatrización del punto de punción podrían dejar marcas temporales o permanentes sobre la piel.
- Descompensación de otras enfermedades de base que usted padezca (arritmias cardíacas, enfermedades neurológicas, problemas respiratorios, insuficiencia renal, diabetes, miastenia, esclerosis múltiple, tensión alta...).
- Malformaciones del feto en caso de que esté embarazada. Si está embarazada o sospecha que puede estarlo, es fundamental que lo comunique al médico que le va a hacer la infiltración. De esta forma se podrán reducir al mínimo los efectos sobre su bebé o buscar otras alternativas a este procedimiento.
- EFECTOS SECUNDARIOS Y/O COMPLICACIONES ASOCIADOS AL USO DE CORTICOIDES:
 - Insuficiencia adrenal (bajadas de tensión, debilidad, pérdida o ganancia de peso, pérdida de apetito, depresión, dolor abdominal, desaparición de la regla).
 - Osteoporosis,
 - Aumento del azúcar en sangre,
 - Subida de la tensión.
 - Cambios del color de la piel, atrofia (destrucción) de la piel o de la grasa, caída del pelo, calor y rojez en la cara, rotura de tendones, atrofia muscular, irritación de los nervios, sangrado en el punto de punción o en otras partes del cuerpo, úlcera de estómago, ansiedad.
 - Debilidad muscular local, regional o generalizada, lo que se conoce como miopatía por corticoides.
 - Trombosis de un vaso, lo que implicaría la muerte del tejido al que aporta sangre ese vaso sanguíneo. En el caso del espacio epidural, esto implicaría la parálisis de las piernas, que puede ser temporal o permanente
- EFECTOS SECUNDARIOS Y/O COMPLICACIONES ASOCIADOS CON EL USO DE ANESTÉSICOS LOCALES:
 - Arritmias, mareos, bajada de tensión.
 -

Convulsiones. • Signos de intoxicación sistémica por anestésicos locales como sabor metálico en la boca, zumbidos de oídos, visión borrosa, escalofríos.

- EFECTOS SECUNDARIOS Y/O COMPLICACIONES ASOCIADOS CON EL USO DE CONTRASTE IODADO: • Shock anafiláctico (reacción alérgica severa). • Trombosis de venas o arterias. • Arritmias (más frecuentes en pacientes con antecedentes de problemas de corazón). • Epilepsia o infarto cerebral. • Insuficiencia renal.

2.-Asociados a la técnica

- MOLESTIAS LOCALES EN EL SITIO DE PUNCIÓN: Suelen ceder en pocas horas, o en algunos casos, en los días siguientes a la punción.
- MOLESTIAS REGIONALES: Corriente eléctrica, calambres, calor, hormigueo y/o dolor en rodilla u otras partes de la extremidad. Suelen desaparecer en horas o días, aunque en ocasiones pueden ser permanentes.
- HIPOESTESIA Y/O DISESTESIA: Pérdida de la sensibilidad de la extremidad o alteraciones de dicha sensibilidad. Es una complicación muy frecuente. Suele ser temporal pero puede llegar a ser permanente.
- MARCAS O CICATRICES EN EL PUNTO DE PUNCIÓN: Normalmente desaparecen pasados unos días, pero podrían dejar marcas permanentes en la zona de punción o incluso a distancia.
- ANESTESIA DOLOROSA: Aumento del dolor con sensación de quemazón, alteración de la sensibilidad y dolor muy intenso al tacto. Puede ser temporal o permanente.
- DÉFICIT MOTOR Y/O DEBILIDAD DE LA MUSCULATURA DE LA EXTREMIDAD: Implicaría dificultad para mover la extremidad y/o aumento del dolor. Puede ser temporal o permanente.
- HEMATOMA: Puede conducir a la lesión de nervios o músculos, provocando una parálisis temporal o permanente de los mismos.
- LESIÓN DE LAS ARTERIAS GENICULARES: Podrían implicar la lesión de la rótula e incluso su necrosis (destrucción).
- LESIÓN DE LA MUSCULATURA DE LA RODILLA: Atrofia (destrucción) de músculos y/o ligamentos próximos a la articulación.
- PÉRDIDA DE LA PROPIOCEPCIÓN: Pérdida de la capacidad de sentir la posición relativa de las partes corporales cercanas a la rodilla. Puede implicar una pérdida del equilibrio, con el consiguiente riesgo de caída accidental.

3.-Personalizados: Debido a su estado de salud y situación clínica (_____) pueden estar aumentados la frecuencia y la gravedad de los riesgos o complicaciones, como.....
.....

6. **Consideraciones a tener en cuenta:** ALERGIAS: Advierta a su médico si tiene alergia a alguna medicación, en especial los corticoides, los derivados de la morfina, el contraste iodado o los anestésicos locales. ANTICOAGULANTES: En caso de que tome medicamentos que afecten a la coagulación de la sangre, recuerde que puede ser necesario cambiarlos, según las

recomendaciones de su médico, unos días antes de la prueba. **DIABETES e HIPERTENSIÓN:** Informe a su médico si es diabético o si toma medicación para la tensión arterial. Es posible que tenga que hacer cambios o ajustes en su medicación tanto el día del procedimiento como en días posteriores. **EMBARAZO y/o LACTANCIA:** Informe a su médico si está embarazada o sospecha que pueda estarlo, así como si está en periodo de lactancia.

7. **Recomendaciones:** No conduzca ni consuma alcohol durante las 24 horas posteriores al procedimiento. Tenga en cuenta que en ocasiones se pueden administrar fármacos para que el procedimiento sea menos molesto (sedación) y que estos pueden producir amnesia que puede durar hasta 24 o 48 horas. No debería tomar ninguna decisión de consideración hasta transcurridas al menos 48 horas del procedimiento. Por su seguridad tras el procedimiento, se recomienda que venga acompañado. Es importante que tras el alta médica tenga ayuda para los desplazamientos, independientemente de cómo haya acudido al hospital. Después del procedimiento, siga las instrucciones de su médico y del personal de enfermería. Es importante que guarde reposo relativo durante al menos 24 horas y que acuda de inmediato a urgencias si presenta alguna de las complicaciones descritas anteriormente en este documento.

CONSENTIMIENTO

Yo, D/ Dña _____ doy mi consentimiento para que me sea aplicada la técnica propuesta .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