

<b>UNIDAD DE DOLOR</b>	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA IMPLANTACIÓN DE UN CATÉTER INTRATECAL ASOCIADO A UNA BOMBA DE INFUSIÓN Y/O RESERVORIO INTRADURAL</b>	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:** Implantación de un catéter intratecal asociado a una bomba de infusión y/o reservorio intradural
3. **Información del procedimiento y recomendaciones previas**
  - La técnica consiste en la implantación de un catéter (tubo de plástico muy fino) que se coloca directamente dentro de su columna en contacto con el líquido cefalorraquídeo cercano a la médula espinal, mediante una pequeña punción en la espalda a nivel de la zona lumbar.
  - Tras la punción el extremo del catéter se conecta a una bomba de infusión externa a través de la cual se inyecta la medicación, generalmente morfina, aunque se pueden inyectar otros medicamentos como clonidina, anestésicos locales o baclofeno.
  - Se canalizará una vía venosa en uno de los brazos por si necesitara sedación y se vigilarán sus constantes vitales .
  - La intervención se realizará en un quirófano en condiciones de asepsia bajo anestesia general o anestesia intradural. En función del tipo de anestesia que se vaya a utilizar para realizar el procedimiento se le proporcionará información y consentimiento específico .
  - Se utilizará un aparato de rayos X para comprobar la correcta colocación del catéter.
  - Deberá estar en ayunas las 6 h previas a la técnica. Vendrá duchado y aseado. No deberá traer joyas ni objetos metálicos. Deberá venir acompañado por un adulto responsable.
  - Permanecerá ingresado/a en el hospital unos días hasta que se compruebe que el dispositivo funciona .
4. **Riesgos**
  - Las complicaciones más frecuentes que pueden aparecer son:

*I.-RIESGOS ASOCIADOS A LA TÉCNICA*

**RIESGOS FRECUENTES**

- 1.- **Cefaleas**, (dolor de cabeza) suele aparecer durante los primeros días tras el implante y no suele necesitar mas tratamiento que analgésicos y reposo tumbado.
- 2.- **Hematomas, hemorragias o infección** en la zona de implantación de la bomba, normalmente se suelen solucionar fácilmente, pero en ocasiones puede requerir una reintervención e incluso la necesidad de retirar el implante.

**3.- Roturas o desplazamiento del catéter,** con la consiguiente pérdida de eficacia del tratamiento y la necesidad de su sustitución por uno nuevo.

**RIESGOS POCO FRECUENTES, DE ESPECIAL GRAVEDAD , ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS**

1. **Meningitis,** por contaminación de la bomba o del catéter, lo que además de ser una complicación grave, puede obligar a retirar el implante. Requiere ingreso hospitalario y tratamiento con antibióticos.
2. **Fístula de líquido cefalorraquídeo,** al no cerrarse el agujero de la duramadre por el que se ha insertado el catéter. Suele desaparecer espontáneamente, aunque en raras ocasiones puede precisar tratamientos más agresivos.
3. **Sobredosificación de opioides** por mal funcionamiento de la bomba o por error al recargarla o programarla. Puede precisar la administración de otros fármacos y medidas de reanimación.
- 4.- **Dolor radicular** por irritación de una raíz nerviosa asociado a la colocación del catéter intradural, lo que podría obligar a la retirada del mismo.
- 5.- **Infeción** a nivel del reservorio que puede obligar a suspender el tratamiento o incluso a tener que retirarlo.

*II.-RIESGOS ASOCIADOS A LA SOLUCIÓN ADMINISTRADA*

Habitualmente se administra morfina intradural. En este caso pueden aparecer picores, náuseas y vómitos, dificultad para orinar, que normalmente no suelen requerir tratamiento pues son poco importantes. La administración crónica de morfina puede producir cuadros de alteraciones hormonales que se van a manifestar por disminución de la libido, impotencia en los varones, ganancia de peso, disminución de la secreción de la hormona del crecimiento, edemas (hinchazón) de las piernas Todo esto puede requerir un tratamiento hormonal substitutivo

*III.-RIESGOS PERSONALIZADOS*

.....  
.....  
.....

**5. Alternativas a la técnica:**

- Tratamiento oral
- .....

## CONSENTIMIENTO

Yo, D/ Dña \_\_\_\_\_ doy mi consentimiento para que se me implante un catéter intratecal asociado a una bomba de infusión y/o reservorio intradural . 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