

UNIDAD DE DOLOR	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RADIOFRECUENCIA DE LOS NERVIOS ESPLÁCNICOS	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 realización de la radiofrecuencia de los nervios esplácnicos, 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: Radiofrecuencia de los nervios esplácnicos**
- **Información del procedimiento y recomendaciones previas.**
 - Los nervios esplácnicos son dos nervios situados a ambos lados de la columna y que llevan la sensibilidad de las vísceras del abdomen superior, esófago distal, estómago, páncreas y colon transversal.
 - La radiofrecuencia consiste en la aplicación de una corriente eléctrica que interrumpe la inervación simpática de las vísceras situadas en la parte superior del abdomen al destruir los nervios esplácnicos. Para ello es necesario colocar 2 agujas a ambos lados de la columna o de un solo lado dependiendo de la localización del dolor.
 - Una vez colocadas correctamente las agujas se administra la corriente eléctrica y una serie de fármacos que contribuyen al alivio del dolor. Es necesario utilizar pequeñas cantidades de contraste radiológico para comprobar la situación de las agujas, por lo que si es alérgico al contraste o ha tenido algún problema en alguna exploración radiológica comuníquelo a su médico
 - Deberá estar en ayunas las 6 h previas a la técnica
 - 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 del tratamiento es aproximadamente de unos 40 minutos.
- **Objetivos del procedimiento**
 - El objetivo de la técnica consiste en lograr que la radiofrecuencia actúe en la zona responsable de transmitir la información al cerebro aliviando la sintomatología dolorosa; nunca la curación de su patología.
 - En un cierto porcentaje de los que se realiza el procedimiento se consigue una mejoría, que a menudo es temporal y en algunos casos puede llegar a ser duradera (en torno a 6 meses), proporcionando un alivio importante del dolor. El alivio completo del dolor no es imposible, pero sí difícil de conseguir mediante esta técnica.
- **Riesgos**
 - Riesgos asociados a la técnica :
 - Molestias locales en el lugar de punción. Ceden en pocas horas con analgésicos convencionales
 - Síncope vasovagal. Es un “mareo” que suele darse en ciertas personas ante determinadas situaciones (análisis, visión de sangre, dolor, etc.). Se acompaña de sensación de calor, sudor y desvanecimiento. Debe avisar si nota estos síntomas. No es grave y cede con atropina (que se puede administrar de forma preventiva).

- 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. Infección y/o defectos de cicatrización del punto de punción, que podrían dejar marcas temporales o permanentes sobre la piel.
- Riesgos poco frecuentes de especial gravedad y asociados al procedimiento por criterios científicos
 - 1.Reacciones alérgicas al anestésico local.
 - 2.Inyección intravascular con toxicidad aguda producida por el anestésico, que se manifiesta por pérdida de conciencia, convulsiones y coma.
 - 3.Neumotórax, con entrada de aire a la cavidad pleural, que puede requerir la colocación de un tubo de drenaje en el tórax para su evacuación.
 - 4.Hemotórax: Es infrecuente. Consiste en que el espacio entre el pulmón y la pleura se llene de sangre impidiendo la circulación. Puede requerir cirugía además del ingreso en el hospital.
 - 5.Lesión nerviosa: Implica que los nervios afectados dejen de funcionar (parálisis). También puede provocar diversos grados de dolor (desde una leve molestia a un dolor muy severo) o molestias locales o regionales, transitorias o permanentes.
 - 6.Hematoma (acumulo de sangre), por punción de alguno de las venas o arterias del abdomen, no suelen tener trascendencia
 7. Hematuria que se produce por punción accidental del riñón o de las vías urinarias, no tiene trascendencia normalmente desaparece sola y no requiere tratamiento.
 - 8.Afectación de alguna raíz nerviosa a lo largo de su trayecto desde su salida de la columna produciéndose una neuritis con dolor abdominal quemante que puede persistir varias semanas

- 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.
- Efectos secundarios y/o complcaciones asociados al 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.
- Personalizados:

.....

• **Alternativas a la técnica:**

1. Tratamiento conservador: Optimizar la analgesia habitual de tolerancia que usted tiene prescrita. Seguimiento terapéutico y técnicas de soporte conductual (psicoterapia)
2. Otras técnicas en función del protocolo establecido en la Unidad del Dolor y/o la experiencia del médico que le trate:

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

CONSENTIMIENTO

Yo, D/ Dña _____ doy mi consentimiento para que me sea aplicado una **radiofrecuencia de los nervios espláncnicos**. 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