

Consentimiento informado de infiltración facetaria lumbar y/o cervical

D./Dña. con DNI/Pasaporte
Nº mayor de edad, en pleno uso de mis facultades mentales, en calidad de paciente, manifiesto que:

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:

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Descripción del procedimiento susceptible de autorización: **TRATAMIENTO EN QUIRÓFANO MEDIANTE RIZOLISIS.**

Por tener su columna vertebral afectada por un proceso diagnosticado de y habiendo considerado otras alternativas, se le recomienda la realización de una **rizolisis**, por padecer algún tipo de dolor rebelde a los tratamientos habituales y que necesita otros métodos para intentar hacerlo desaparecer o, en su defecto, aliviarlo. La técnica consiste en la insensibilización térmica de la articulación afecta bajo anestesia local y control radiológico y control de impedancias.

El objetivo de la técnica es aliviar el dolor producido por la inflamación en la faceta (articulaciones en la parte posterior de las vértebras) y se realiza generalmente por vía posterior, pero en determinados casos puede ser necesario realizar un abordaje más lateral simultáneo o alternativo en el mismo acto operatorio para mejor control de Rayos X.

Las alternativas a la rizolisis 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.

Una de las principales ventajas de la rizolisis es su realización bajo anestesia local y en régimen ambulatorio sin necesidad de ingreso, con la posibilidad de reemprender más precozmente la actividad habitual.

CONSECUENCIAS DEL PROCEDIMIENTO

Este tipo de técnica no conlleva prácticamente ninguna consecuencia a largo plazo ni afecta la movilidad de la columna. No requiere la separación y sección de músculos ni ligamentos, por lo que es muy difícil que aumenten el dolor y las molestias que padece.

¿QUE RIESGOS PUEDE HABER? (Conforme a la experiencia y el estado actual de la ciencia, o en relación directa con el tipo de intervención)

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, (hematomas, infecciones superficiales en el lugar de la infiltración,...) y excepcionalmente graves, menos del 0,5% (infecciones profundas, lesiones vasculares y nerviosas, hematomas profundos, embolia grasa o pulmonar o tromboembolismos, fuga de líquido cefalorraquídeo, parálisis o alteraciones de la función sexual, etc...). Puede haber complicaciones derivadas de la posición quirúrgica como compresiones oculares, nervios periféricos partes blandas, menores del 1%.

Como consecuencia de la técnica puede producirse la descompensación de una enfermedad preexistente. Para minimizar este riesgo le hemos interrogado sobre sus hábitos tóxicos, sus intervenciones y enfermedades previas o actuales, así como los tratamientos medicamentosos que realiza o las alergias que ha padecido. También se le ha

realizado un estudio preoperatorio básico para evidenciar posibles alteraciones o enfermedades desconocidas. A pesar de estas medidas, los riesgos, aunque pequeños, siguen existiendo.

Tras el procedimiento puede ocasionarse adormecimiento pasajero de la pierna o reacciones alérgicas a los anestésicos locales o a los corticoides.

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

En el postoperatorio el efecto de la infiltración puede ser variable en el tiempo, por lo que puede ser necesario la aplicación de otras infiltraciones u otros tratamientos posteriormente. En raras ocasiones puede sentir las molestias tipo hormigueo en las piernas o dificultad para moverse que suele durar unos días. Recibirá tratamiento médico analgésico (para el dolor), y, si estuviera indicado, antibiótico (para la infección) y antitrombótico (para la tromboflebitis).

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.

Aunque tras realizar una sesión de tratamiento se encuentre bien es importante que recuerde que, si se le ha administrado algún fármaco, se encontrará todavía bajo sus efectos. En ese caso y por ese motivo, durante el resto del día, no debe realizar ninguna acción que pudiera ser peligrosa (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. Si tengo alguna duda o algún problema, debo consultar a su médico o telefonar al Hospital para consultar sus dudas.

Mediante la firma del presente documento declaro que he sido amplia y satisfactoriamente informado/a de forma oral, en un lenguaje claro y sencillo, 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 el pronóstico del mismo, 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:

.....
.....

EN CONCLUSIÓN

Ha quedado totalmente aclarado lo siguiente

- 1.- Que entiendo la necesidad de la operación propuesta.
- 2.- Que se me han detallado los riesgos y posibles complicaciones inherentes a las exploraciones diagnósticas, procedimiento operatorio y postoperatorio en un lenguaje claro.
- 3.- Que algunas circunstancias no previstas durante la operación pueden hacer necesaria la utilización de técnicas quirúrgicas diferentes de las previamente planeadas. En este caso autorizo al cirujano a que actúe con arreglo a lo que él considere más conveniente de acuerdo con la ciencia médica.
- 4.- Que he tenido ocasión de hacer todas las preguntas que he deseado y que estoy satisfecho con la información recibida

Ponderados los riesgos y las ventajas, he decidido someterme a la intervención quirúrgica propuesta.

Por ello doy mi consentimiento para que se proceda a la realización de dicho procedimiento diagnóstico o quirúrgico.

Asimismo estoy informado de que, en cualquier momento y sin necesidad de dar explicaciones, puedo revocar, es decir, retirar el consentimiento que ahora preste, tras manifestarlo por escrito y entregarlo al equipo médico que atiende al paciente. Además se me informa de la posibilidad de aclarar cualquier duda que me pudiera surgir una vez firmado el presente documento.

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

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda sobre su enfermedad, no tenga reparo en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto. Le informamos que tiene derecho a revocar su decisión y retirar su consentimiento.

1. Relativo al paciente:

D./D.^a con D.N.I.

He sido informado/a suficientemente de la intervención que se me va a realizar, explicándome sus riesgos, complicaciones y alternativas; la he comprendido y he tenido el tiempo suficiente para valorar mi decisión. Por tanto, estoy satisfecho/a con la información recibida. Por ello, doy mi consentimiento para que se me realice dicha intervención por el médico responsable y/o médico residente supervisado por facultativo especialista. Mi aceptación es voluntaria y puedo retirar este consentimiento cuando lo crea oportuno, sin que esta decisión repercuta en mis cuidados posteriores.

Sé que estoy siendo atendido en un Hospital Docente. **Autorizo SI** **NO** a que durante mi proceso diagnóstico o terapéutico sean obtenidas, por personal sanitario de la propia institución material gráfico como fotografías, imágenes electrónicas, películas o grabaciones con fines únicamente docentes, educativos o médico-científicos, siempre que no pueda ser identificado en las mismas, pudiendo ser publicadas o exhibidas en cualquier ámbito y soporte, renunciando a percibir por ello cualquier retribución y sin que se precise mi autorización expresa para ello.

Firma del paciente

Fecha: / /

2. Relativo al médico (cirujano):

Dr./Dra. he 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.^a. 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 del tutor o familiar

Fecha: / /

4. Revocación:

D./D.ª 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: / /