

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE
-------------------------	--------------------

1. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA (*) EPIDUROLISIS

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

(*) Indicar el nombre del procedimiento/intervención a realizar; si es posible, además del nombre técnico que siempre debe figurar, puede tratar de expresarlo con un nombre más sencillo.

1.1 LO QUE USTED DEBE SABER:

EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:

Consiste en introducir una aguja en su columna, en un espacio, que está muy cerca de su médula espinal. Para ello se hace una pequeña punción en la parte más baja de su espalda, en un punto llamado orificio sacro.

Es una técnica que se emplea, sobre todo, para tratar el dolor lumbar crónico o el dolor de las raíces nerviosas que no responde a otros tratamientos. Estos dolores pueden aparecer, por ejemplo, después de intervenciones en la columna (postlaminectomía). También pueden tenerlos las personas con estrecheces o adherencias internas (fibrosis) en el canal medular.

La técnica trata de quitar las adherencias si existen. Además, a través de la aguja se ponen en la zona afectada los medicamentos para tratar el dolor.

CÓMO SE REALIZA:

Se hace en un quirófano. Mediante un pinchazo se inyecta un anestésico local. Luego se introduce un contraste radiológico. El contraste permite ver los nervios que salen de la columna y van a las extremidades. De esa forma se sabe si en alguno de esos nervios hay adherencias que justifiquen el dolor que usted padece.

Si se localizan adherencias, se introduce a través de la aguja un tubo de plástico muy fino (catéter) que se hace llegar hasta esa zona guiándolo gracias a un aparato de rayos X.

Una vez colocado el tubo se inyecta de nuevo una mezcla de anestésico local y medicamentos para disolver las adherencias. Después se conecta el catéter a un aparato que permite seguir introduciendo poco a poco los medicamentos necesarios. El tratamiento completo dura habitualmente tres días.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

En la mayoría de los casos le producirá un alivio importante del dolor. Lo habitual es que 3 de cada 4 pacientes tratados experimenten mejoría.

En la mitad de los/las pacientes tratados esta mejoría dura más de un año. La otra mitad puede volver a tener dolor antes de ese tiempo.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

El alivio del dolor le permitirá no tener que tomar tantos medicamentos como antes.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

Podemos seguir tratando el dolor con analgésicos en pastillas, usando dosis más elevadas. También se puede probar con la inyección directa de medicación (infiltración) en los puntos con dolor.

En su caso:

QUÉ RIESGOS TIENE:

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

- **LOS MÁS FRECUENTES:**

- Dolor de cabeza (cefalea), puede presentarse durante los primeros días tras la colocación del catéter. Suele ceder con analgésicos y reposo. Sólo en casos excepcionales puede requerir un tratamiento más específico (parche hemático) que requiere una nueva punción en la espalda.
- Dolor durante la colocación del catéter por irritación de una raíz nerviosa, o por el suero hipertónico. Si es intenso podría obligar a la retirada o recolocación del catéter.
- Hematomas o hemorragia en el lugar del pinchazo o en el espacio epidural donde se pone el catéter.
- Complicaciones derivadas de los medicamentos empleados. Los anestésicos locales, en general, pueden producir debilidad muscular en una o las dos piernas. Es completamente reversible en cuanto se retira la medicación.

- **LOS MÁS GRAVES:**

- Infecciones dentro del sistema nervioso por contaminación desde la piel (abscesos, meningitis).
- Otras lesiones del sistema nervioso central. Son muy raras, excepcionales. Puede producirse pérdida de control de esfínteres, debilidad permanente de las piernas y parálisis.

- LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:

Esta técnica NO debe hacerse en las siguientes situaciones. Si usted tiene alguna de ellas es imprescindible que avise de ello al/a la médico:

- Alergia a alguno de los medicamentos que se van a emplear. Ello incluye los contrastes radiológicos.
- Infección en la piel del lugar de punción e implante o en zonas cercanas.
- Alteraciones de la coagulación de la sangre.

OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):

OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usaran directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.

- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

1.2 IMÁGENES EXPLICATIVAS:

(En este espacio podrán insertarse con carácter opcional imágenes explicativas, esquemas anatómicos, pictogramas etc. que faciliten y permitan explicar de manera más sencilla la información al paciente.)

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE ANESTESIA
-------------------------	------------------------------

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

(En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal)

(En el caso del MENOR DE EDAD, cuando se considere que carece de madurez suficiente, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión. Si el paciente está emancipado o tiene 16 años cumplidos será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes legales también serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la decisión.)

2.1 DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE LEGAL (si es necesario)

APELLIDOS Y NOMBRE, DEL PACIENTE	DNI / NIE
APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL	DNI / NIE

2.2 PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA

2.3 CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña _____, manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. 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 cuando lo estime oportuno.

___SI ___NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

___SI ___NO Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

___SI ___NO Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.

___SI ___NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

(NOTA: Márquese con una cruz.)

001530

En _____ a _____ de _____ de _____
 EL/LA PACIENTE Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.: _____ Fdo.: _____

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE ANESTESIA
-------------------------	------------------------------

2.4 RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN

Yo, D/Dña. _____, no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En _____ a _____ de _____ de _____

EL/LA PACIENTE _____ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL _____

Fdo.: _____ Fdo.: _____

2.5 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña _____, de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En _____ a _____ de _____ de _____

EL/LA PACIENTE _____ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL _____

Fdo.: _____ Fdo.: _____
