

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RADIOFRECUENCIA DEL GANGLIO ESFENOPALATINO

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La técnica consiste en la introducción de una aguja especial que, conectada a un generador de radiofrecuencia, produce calor en su punta para producir una o varias lesiones sobre el llamado ganglio esfenoopalatino, que es una estructura nerviosa situada en la zona lateral de las fosas nasales en la base del cráneo que conduce la inervación simpática de las estructuras de la nariz, paladar blando y de los ojos. Además, se introducen diferentes medicamentos (anestésico local y/o corticoides), para aliviar el dolor.

Está indicada para el tratamiento de algunos tipos de cefalea (dolor de cabeza) como la cefalea en racimos (o cefalea clúster) y dolores faciales atípicos.

La técnica se realiza con una aguja que se introduce en la parte lateral de la cara por delante de la articulación temporo-mandibular y se avanza con control radiológico (con contraste), hasta introducirse por un espacio del cráneo donde se encuentra el ganglio, la fosa pterigopalatina.

Se realiza con sedación ligera siendo necesario utilizar neuroestimulación eléctrica para determinar la posición final de la aguja. Suele durar entre 35 y 40 minutos. Debe guardar ayuno durante las 6 horas previas a su realización.

Este tratamiento sirve para aliviar su dolor y producir una mejora de su funcionalidad, pero no para curar. Debe saber que el grado y la duración del alivio es muy variable de un paciente a otro.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Las complicaciones más frecuentes son:

- Molestias locales en el punto de punción, que pueden ser leves o intensas y suelen ceder en pocas horas con los analgésicos habituales.
- Síncope vasovagal. Es un mareo que se suele dar en ciertas personas ante determinadas situaciones (visión de sangre, agujas, etc.). Se acompaña de una sensación de sudor, calor o frío y desvanecimiento. Debe avisar al médico de inmediato si presenta alguno de estos síntomas.
- Anestesia en el velo del paladar, que suele ser de poca importancia.
- Hemorragia nasal, que no requiere normalmente tratamiento especial.
- Empeoramiento del dolor en los días inmediatamente posteriores a la técnica.

Existen otras complicaciones menos frecuentes pero importantes:

- Reacciones alérgicas o de intolerancia a los medicamentos, contrastes o instrumental utilizados.
- El empleo de rayos X puede originar efectos adversos en el organismo, incluido un riesgo muy bajo de producir cáncer. Los beneficios de la prueba son mayores que estos efectos y en cualquier caso se utilizará la dosis mínima necesaria para completar el objetivo de la intervención.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

- No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión
- Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante
-puede

aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

- Alergia conocida a los fármacos a usar.
- Infección del lugar de punción.
- Estados infecciosos (sepsis) con fiebre alta y malestar general.
- Trastornos de la coagulación de la sangre.
- Tratamiento anticoagulante o antiagregante plaquetario no adecuadamente suspendido.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

Los tratamientos alternativos a esta técnica son:

- Modificar el tratamiento para el manejo del dolor que tiene usted prescrito.
- Tratamiento de rehabilitación funcional.
- Uso de técnicas psicológicas (psicoterapia).
- Pérdida de peso en caso de que usted presente sobrepeso.
- Cirugía.

AUTORIZACIÓN PARA “RADIOFRECUENCIA DEL GANGLIO ESFENOPALATINO”

Yo, D./D^a _____, como representante legal en calidad de “ tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre” del paciente debido a “Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad”, cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D.^a _____, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

Servicio de Anestesia

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En _____, a _____

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Firma del representante legal:

HOJA INFORMATIVA PARA LA REALIZACIÓN DE TÉCNICAS INTERVENCIONISTAS

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.

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 miembros, que puede ser temporal o permanente.

Anestésicos locales

- Síntomas de intoxicación sistémica por anestésicos locales como sabor metálico en la boca, zumbidos de oídos, visión borrosa, escalofríos, mareo, bajada de tensión.
- El paso accidental de una dosis masiva de anestésico local a la sangre puede producir arritmias, convulsiones y parada cardio-respiratoria. Puede requerir asistencia ventilatoria y hemodinámica. Es grave pero reversible en manos expertas.

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.

RECOMENDACIONES PARA LA REALIZACIÓN DE LA TÉCNICA

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:**

- Calor y enrojecimiento de la zona infiltrada.
- Fiebre.
- Pérdida de sensibilidad o capacidad para mover una parte de su cuerpo.
- Dificultad para el control de esfínteres (orinarse o defecarse encima).