

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RADIOFRECUENCIA DEL PLEXO CELÍACO

### EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Esta técnica consiste en la introducción de unas agujas especiales a nivel de la columna lumbar baja que, conectadas a un generador de radiofrecuencia, producen calor en su punta, lo que va a producir coagulación del plexo celíaco, que es una red de ganglios y nervios, que rodean la salida del tronco arterial celíaco en la cara anterior de la arteria aorta por debajo del diafragma, y realizan la inervación simpática de las vísceras del abdomen superior, esófago distal, estómago, páncreas y colon transverso.

Es una técnica un poco incómoda ya que debe estar tumbado boca abajo durante el procedimiento. Se emplean unas agujas dirigidas con radioscopya (rayos X) o TAC (Tomografía Axial Computerizada) y contraste radiológico para localizar el lugar de inyección. Suele durar entre 45 y 60 minutos.

Es necesario canalizar una vía venosa (un suero) y se emplea anestesia local y una sedación suave para aumentar su comodidad durante la realización. Deberá estar en ayunas durante las 6 horas previas a la realización del procedimiento.

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 suele darse 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.
- Calambres, calor, hormigueo y/o dolor en la espalda o en las piernas. Suelen desaparecer en horas o días.
- Cambios en el hábito intestinal que pueden llegar a ser permanentes.
- Empeoramiento del dolor en los días inmediatamente posteriores a la infiltración.

Existen otras complicaciones mucho menos frecuentes pero importantes:

- Reacciones alérgicas o de intolerancia a los medicamentos, contrastes o instrumental utilizados.
- Hematoma o absceso epidural. Consiste en la acumulación de un coágulo o de pus en el espacio que se encuentra alrededor de la médula espinal (espacio epidural), que puede provocar pérdida de fuerza y de sensibilidad de la zona del coágulo hacia abajo, así como dificultad para el control de esfínteres (orinarse o defecarse encima).
- Fístula de líquido cefalorraquídeo: consiste en que, tras la lesión de la membrana que recubre la médula espinal, el líquido se abra paso hacia el exterior de la columna vertebral.

- Irritación meníngea / meningitis: provocada por los fármacos o por infección.
- Lesión nerviosa de los nervios que proporcionan movilidad y sensibilidad a tórax y abdomen, lo que haría que los nervios afectados dejaran de funcionar (parálisis), de manera temporal o permanente.
- Puede producirse la punción accidental de las arterias que llevan la sangre a la médula espinal, lo que podría provocar parálisis de extremidades.
- Punción accidental de órganos internos: en especial el pulmón (produciendo entrada de aire o sangre en tórax y provocando dificultad para respirar), el riñón, el bazo, el intestino, el hígado o los grandes vasos (arteria aorta y vena cava). Puede precisar cirugía urgente, que podría dejar secuelas graves a nivel de los intestinos o de cualquier otro órgano del abdomen, además de causar una infección generalizada del abdomen (peritonitis) o un sangrado difícil de controlar que podría implicar la pérdida del órgano afectado.
- 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)

<input type="checkbox"/> No tiene	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Obesidad	<input type="checkbox"/> Hipertensión
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Edad Avanzada	<input type="checkbox"/> Tabaquismo	<input type="checkbox"/> Tratamiento anticoagulante
<input type="checkbox"/> .....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 (sépticos) 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).
- Cirugía.

**AUTORIZACIÓN PARA “RADIOFRECUENCIA DEL PLEXO CELÍACO”**

Yo, D./D.<sup>a</sup> , 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.<sup>a</sup> , 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.

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.

### **EFFECTOS SECUNDARIOS Y/O COMPLICACIONES ASOCIADOS AL USO DE:**

#### **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).