

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA NUCLEOPLASTIA PERCUTÁNEA DISCAL

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Es una técnica para el tratamiento de las hernias discales (cervical, torácica o lumbar), siendo una solución alternativa a la cirugía con la que se consigue la reducción y en algunos casos la desaparición de la hernia y mejoría de los síntomas compresivos.

El procedimiento se realiza bajo control radiológico y consiste en la inyección en el interior del disco intervertebral afectado de un producto compuesto de Etanol gelificado (alcohol) y nanopartículas de Tungsteno o similar, componente radio opaco que permite visualizar la progresión del gel en el disco.

El etanol deshidrata la hernia permitiendo la descompresión inmediata y alivio del dolor sin dejar cicatriz.

En el caso concreto de su patología la Nucleoplastia se ha propuesto a nivel:

☐ Cervical ☐ Torácico ☐ Lumbar

Este procedimiento se hace con sedación ligera y anestesia local o general (fundamentalmente en las cervicales).

La finalidad de la técnica es reducir o eliminar los síntomas de la hernia discal.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

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

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

- Molestias leves en lugar de punción.
- Aparición ocasional de dolor de cabeza o de espalda.
- Radiculopatía: pérdida o disminución de la función sensitiva o motora de una raíz nerviosa que puede ser temporal o permanente.
- Dolor de la extremidad inferior o superior, habitualmente en el lado de la punción del disco.
- No se han descrito complicaciones en caso de extravasación del gel de etanol en el canal medular.
- Reacción alérgica o de intolerancia a los medicamentos o instrumental utilizados
- El empleo de rayos X puede originar efectos adversos en el organismo, incluido un riesgo muy bajo de producir cáncer. Por la complejidad del procedimiento pueden ser necesarios niveles altos de radiación, con un bajo riesgo adicional de lesiones en piel (enrojecimiento, quemaduras o depilación). Si se usan niveles altos de radiación será advertido para que vigile la posible aparición de los efectos mencionados y realizarle un seguimiento. 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.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico.

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.

Informe a su médico si está embarazada o sospecha que pueda estarlo, así como si está en periodo de lactancia. De estar presentes deben ser consideradas según las características del paciente y el beneficio/riesgo de la técnica a realizar.

CONTRAINDICACIONES

- Alteración de la coagulación no controlada.
- Hernia secuestrada

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Continuar con tratamiento médico.
- Rehabilitación.
- Cirugía.

AUTORIZACIÓN PARA “NUCLEOPLASTIA PERCUTÁNEA DISCAL”

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me 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 padezco, 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

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
N.º Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

Servicio de Radiología

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o 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 _____

Fdo. Paciente: