CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESCOMPRESIÓN PERCUTÁNEA DE DISCO CON QMR (QUANTTUM MOLECULAR RESONANCE)

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La técnica consiste en introducir una cánula hasta el disco afectado para guiar un electrodo conectado a un generador de radiofrecuencia fría (QMR), con el que se realiza la descompresión del disco.

Tras el uso de la radiofrecuencia en el/los disco/s implicado/s se retira cánula y electrodo y se termina la intervención. En ocasiones, a través de la cánula se introduce una pinza especial para extraer una pequeña cantidad del núcleo del disco (microdiscectomía), lo que facilitaría la retracción del disco. Esta prueba puede ir precedida de una discografía diagnóstica, para identificar los discos lesionados. Se puede realizar a nivel cervical o lumbar.

Se realiza en quirófano con control de rayos X y se precisa el uso de contraste radiológico y tratamiento antibiótico preventivo previo. Puede ser un poco doloroso hasta el momento en que alcanza la perfecta colocación de la aguja intradiscal y es un poco incómoda ya que debe estar tumbado boca abajo durante el procedimiento. Puede ser necesario canalizar una vía venosa (poner un suero) y se emplea anestesia local y una sedación suave para aumentar la comodidad. En la retirada de la aguja también se puede depositar anestésico local y/o corticoide a nivel epidural. Suele durar entre 30-40 minutos.

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

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Este procedimiento no tiene consecuencias graves o de importancia que se den en todos los casos.

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.
- Estimulación de la raíz nerviosa que se encuentra en la vecindad del disco puncionado. Esto puede producir un dolor que se extienda a la pierna o al brazo dependiendo del nivel donde se esté realizando la exploración.
- Empeoramiento del dolor en los días inmediatamente posteriores a la técnica.

Complicaciones menos frecuentes pero importantes:

- Reacciones alérgicas o de intolerancia a los medicamentos, contrastes o instrumental utilizados.
- Lesión de nervios lumbares o cervicales cercanos: implica que los nervios afectados dejen de funcionar (parálisis). También puede provocar diversos grados de dolor (desde una leve

molestia a un dolor muy severo) o molestias locales o regionales, transitorias o permanentes.

- Discitis, que es la infección del disco, puede ocasionar dolor lumbar persistente y fiebre, que requerirá de un tratamiento específico con antibióticos y analgésicos potentes.
- 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: es muy infrecuente. 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 meningea/meningitis: provocada por los fármacos administrados.
- Bloqueo completo: es muy infrecuente. Suele producirse cuando la cantidad de anestésico local en el espacio epidural es absorbida de forma masiva, o bien cuando el anestésico se inyecta de forma accidentalmente en el espacio intradural. Provoca síntomas muy parecidos al síncope vasovagal. Puede necesitar transitoriamente el control de la función respiratoria mediante intubación.
- Punción accidental de las arterias que llevan la sangre a la médula espinal, lo que podría provocar parálisis de extremidades.
- Durante la punción de discos cervicales, punción accidental de las arterias que llevan la sangre al cerebro, lo que podría provocar trombosis cerebral y/o de una falta de oxígeno en el cerebro, causando daños cerebrales graves.
- Punción accidental en el pulmón, provocando entrada de aire o sangre, sangrado en caso del riñón, hígado o bazo e infección en caso del intestino.
- 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

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la 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 "DESCOMPRESIÓN PERCUTÁNEA DE DISCO CON QMR (QUANTTUM MOLECULAR RESONANCE)"

Yo, D./Dª , 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./Dª ,
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: DNI/NIE o pasaporte:	Fdo.: Dr./Dra. Col. Nº: Servicio de:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte: revoco el consentimiento previo. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En , a

Firma del representante legal: