



Sociedad Norte
del Dolor

1° APELLIDO _____
2° APELLIDO _____
NOMBRE _____
FECHA _____ N° HISTORIA _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE UN TEST INTRATECAL

Consiste en introducir de manera puntual una medicación a nivel de la columna lumbar para analizar si produce mejor alivio del dolor que su tratamiento analgésico hasta ahora. La medicación suele ser morfina y en ocasiones un poco de anestésico local.

Se realiza sentado o tumbado de lado, a través de un pinchazo en la espalda, a nivel de la columna, con anestesia local. Es poco dolorosa, y se realiza en pocos minutos.

Al terminar la punción se registra la hora. Esto es importante para conocer cuánto tiempo desde la punción nota mejoría importante del dolor, y cuánto tiempo pasa hasta que necesita tomar el rescate de medicación analgésica por dolor.

Si el test es positivo se le puede colocar un sistema de infusión continua de medicación. Este test se puede repetir las veces que se estime oportuno.

Con este tratamiento se pretende la mejoría del dolor del paciente, y la reducción de efectos secundarios de la medicación, ante la falta de respuesta a otros tratamientos intentados.

COMPLICACIONES FRECUENTES

- Dolor de cabeza: En ocasiones suele aparecer durante los primeros días tras el test y no suele necesitar más tratamiento que analgésicos y reposo tumbado.
- Hematomas en la zona de punción. Normalmente suelen resolverse a los pocos días.
- Otras complicaciones menos frecuentes, aunque más peligrosas: Meningitis, absceso epidural, hematoma epidural. Son muy raros, aunque potencialmente muy graves, y pueden requerir intervención y tratamiento específico
- Los anestésicos locales pueden producir alergias que raramente son severas.
- Efectos secundarios de la medicación administrada:

Relativos a morfina: somnolencia, mareo, náuseas, vómitos, estreñimiento, retención urinaria.

Relativos a anestésico local: somnolencia, mareo, adormecimiento de EEII, trastornos en el control de esfínteres.

Estos efectos tienen una duración limitada, poco a poco se va recuperando y volviendo a la situación previa a la punción.

RIESGOS PERSONALIZADOS:

Declaro que he sido informado de las complicaciones que pueden ocurrir tras la realización de un test intratecal, y sé que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

Estoy satisfecho con la información recibida, he podido formular todas las preguntas que he creído convenientes y me han aclarado todas las dudas planteadas.

En consecuencia, doy mi **Consentimiento** para la realización de un test intratecal.

Firma del Paciente

Firma del Médico

Dr.D. _____

Nombre del representante legal, en caso de incapacidad del paciente, con indicación del carácter con el que intervienen (padre, madre, esposo o tutor)

.....DNI

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE UN TEST INTRATECAL

Revoco el consentimiento para la REALIZACION DE UN TEST INTRATECAL

Firma del paciente

Fecha