



Sociedad Norte  
del Dolor

1º APELLIDO \_\_\_\_\_  
2º APELLIDO \_\_\_\_\_  
NOMBRE \_\_\_\_\_  
FECHA \_\_\_\_\_ N° HISTORIA \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RADIOFRECUENCIA PULSADA INTRACANAL DE RAICES ESPINALES

### EN QUÉ CONSISTE LA RADIOFRECUENCIA INTRACANAL DE RAICES ESPINALES

- La técnica consiste en la introducción de una aguja en una zona de su columna, llamado espacio epidural situado cerca de su médula espinal, mediante una pequeña punción en la parte más baja de su espalda en un punto llamado orificio sacro. Tras la punción se inyecta un anestésico local y posteriormente un contraste radiológico que permite ver la anatomía de las raíces nerviosas que salen de la columna y van a las extremidades. Una vez inyectado el contraste se puede ver si alguna de esas raíces nerviosas está afectada por adherencias que justificarían el dolor que usted padece. Seguidamente se introduce un catéter especial que se dirige con control radiológico a la zona de las raíces lumbosacras que Vd. tuviera afectadas. Se procede a la realización de una estimulación sensitiva que debería notar como ligero hormigueo y otra motora que notará como contracción muscular o movimiento ligero de extremidades. La estimulación ayuda a localizar el sitio exacto donde se realizará el tratamiento. El tratamiento consistirá en la aplicación de una corriente de Radiofrecuencia Pulsada de entre 4 y 8 minutos y en la posterior inyección en el sitio preciso de una mezcla de anestésico local con corticoide.
- La técnica, poco dolorosa, se realiza en condiciones de asepsia, con anestesia local en el quirófano, donde se utiliza un aparato de rayos X para comprobar la correcta colocación del catéter. Es necesaria la utilización de contraste radiológico, por lo que si ha tenido reacciones alérgicas al contraste o problemas con exploraciones radiológicas comuníquelo a su médico.

### COMPLICACIONES

1. **Cefalea** (dolor de cabeza). Es muy poco frecuente. Suele aparecer durante los primeros días tras la colocación del catéter y no suele necesitar más tratamiento que analgésicos y reposo. Sólo en casos excepcionales puede requerir un tratamiento más específico, con nueva punción lumbar para realizar un parche hemático, con sangre del propio paciente.
2. **Dolor radicular** durante la colocación del catéter por irritación de una raíz nerviosa.
3. **Hematomas o hemorragia** a nivel de la punción en la espalda o en el espacio epidural donde se sitúa el catéter es muy raro.
4. **Abscesos** en el espacio epidural por contaminación desde la piel son excepcionales en esta técnica.

5. **Meningitis** por infección dentro del sistema nervioso por contaminación desde la piel. Muy raro.
6. **Complicaciones derivadas de la medicación administrada**, la administración de anestésicos locales, en general, puede producir debilidad muscular en una o las dos piernas lo que es completamente reversible en cuanto se retira la medicación, lo que obligaría a recolocar el catéter o a reducir la dosis de anestésico.

**RIESGOS PERSONALIZADOS**

Estos riesgos están relacionados con el estado de salud previo del paciente, y los más significativos son:

.....  
 .....  
 .....

DECLARO que he sido informado/a por el médico de los riesgos de la RADIOFRECUENCIA DE PULSADA EPIDURAL INTRACANAL DE RAICES ESPINALES, y sé que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento. ESTOY SATISFECHO/A 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 que se me realice RADIOFRECUENCIA DE PULSADA EPIDURAL INTRACANAL DE RAICES ESPINALES

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/a, tutor, etc.)

.....

Firma ..... DNI .....

**REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACIÓN DEL RADIOFRECUENCIA DE PULSADA EPIDURAL INTRACANAL DE RAICES ESPINALES**

Revoco el consentimiento para la realización del RADIOFRECUENCIA DE PULSADA EPIDURAL INTRACANAL DE RAICES ESPINALES.

Firma del paciente

Fecha