



Sociedad Norte
del Dolor

1° APELLIDO _____

2° APELLIDO _____

NOMBRE _____

FECHA _____ N° HISTORIA _____

PARA LA REALIZACIÓN DE INFILTRACIÓN Y/O PROLOTERAPIA DE LIGAMENTOS

En qué consiste la infiltración de los ligamentos: Consiste en inyectar anestésico local y/o corticoide a nivel de estos ligamentos. En el caso de la proloterapia, se inyectan pequeñas cantidades de anestésico local y de una solución rica en glucosa que favorezca la regeneración del ligamento.

OBJETIVO

En el caso de la infiltración con corticoide y anestésico local, el objetivo de la técnica consiste en valorar si con ello desaparece el dolor y por lo tanto sería usted un/a buen/a candidato/a a la proloterapia. Si el bloqueo ha sido efectivo (desaparición del dolor de forma temporal), se puede repetir la infiltración para intentar que la inflamación se reduzca de forma más permanente o realizar proloterapia. La mejoría del dolor se consigue en un porcentaje muy variable de los casos y depende en gran medida de las características de su dolor. Esta mejoría a menudo es temporal (3 meses - 2 años) y en algunos casos puede llegar a ser muy duradera, proporcionando un alivio importante del dolor. El alivio completo del dolor no es imposible,

pero sí difícil de conseguir mediante esta técnica. Saber que el grado de alivio es muy variable de un paciente a otro. Es posible que el dolor no mejore tras la punción.

EXPECTATIVAS:

La pretensión terapéutica es la de aliviar su dolor, no curar. Facilitar una mejora de su funcionalidad y de esta manera procurar una mayor percepción de su calidad de vida. Debe

RIESGOS GENERALES

- Aumento del dolor habitual que puede empeorar su estado previo.
- Falta de efectividad del tratamiento (ausencia de mejoría).
- Reacciones alérgicas o de intolerancia a los medicamentos, contrastes o instrumental utilizados.
- Molestias locales en el punto de punción, que pueden ser leves o intensas y desaparecer o prolongarse en el tiempo.
- SÍNCOPE VASOVAGAL: Es reversible en manos expertas. Debe avisar al médico de inmediato si presenta alguno de estos síntomas.

RIESGOS ESPECÍFICOS:

Las complicaciones más frecuentes que pueden aparecer son:

- EMPEORAMIENTO DEL DOLOR EN LOS DÍAS INMEDIATAMENTE POSTERIORES AL BLOQUEO.
- MOLESTIAS LOCALES EN EL SITIO DE PUNCIÓN: Suelen ceder en pocas horas, o en algunos casos, en los días siguientes a la punción.
- MOLESTIAS REGIONALES: Corriente eléctrica, calambres, calor, hormigueo y/o dolor en la espalda o en las piernas.

Suelen desaparecer en horas o días, aunque en ocasiones pueden ser permanentes.

- AUMENTO DEL AZÚCAR EN LA SANGRE: Debido al uso tanto del corticoide como del suero rico en glucosa.

Existen otras complicaciones, que, aunque mucho menos frecuentes, pueden ser más peligrosas:

- HEMATOMA O ABSCESO: Es muy infrecuente.
- LESIÓN NERVIOSA: En este tipo de infiltraciones se pasa la aguja cerca de algunos nervios que proporcionan movilidad y sensibilidad a las piernas. Esto implica siempre un riesgo potencial de lesionar estos nervios.

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 PARA LA REALIZACIÓN DE INFILTRACIÓN Y/O PROLOTERAPIA DE LIGAMENTOS

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 PARA LA REALIZACIÓN DE INFILTRACIÓN Y/O PROLOTERAPIA DE LIGAMENTOS

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 LA REALIZACIÓN DE INFILTRACIÓN Y/O PROLOTERAPIA DE LIGAMENTOS

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

Firma del paciente

Fecha