

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
RIZOLISIS LUMBOSACRA Y/O CIRUGÍA PERCUTÁNEA DEL DISCO INTERVERTEBRAL**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: __/__/__

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre la intervención que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o de la intervención que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN

La Rizolisis Lumbosacra y/o Cirugía Percutánea del Disco Intervertebral, consiste en la lesión controlada de ramos sensitivos posteriores de las raíces nerviosas lumbares y en las terminaciones sensitivas existentes en los discos lumbares enfermos mediante una lesión térmica producida por un electrodo que utiliza la radiofrecuencia, asociado o no a la administración local de fármacos anestésicos y/o antiinflamatorios, siguiendo una técnica aséptica.

El objetivo de la técnica consiste en aliviar o suprimir el dolor denervando la zona, prevenir o recuperar la limitación funcional, acelerar la evolución favorable del proceso y disminuir o eliminar la necesidad de tratamientos más agresivos o con efectos secundarios.

En el caso de la terapia electro-térmica intradiscal, consiste en, mediante una lesión térmica producida por radiofrecuencia, introduciendo un electrodo en el disco intervertebral, se produce un sellado de las fisuras producidas en éste por las que ha podido salir en núcleo pulposo (hernia de disco), una denervación de las nuevas terminaciones sensitivas que suelen aparecer en la parte posterior del disco enfermo y una retracción por calor de la protrusión discal.

El tipo de anestesia requerida, salvo los procedimientos que se efectúan solo con anestesia local, será la indicada por el anestesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

¿Qué Efectos le Producirá?

Después del procedimiento presentará en la zona del pinchazo molestias debidas al propio pinchazo y al volumen del medicamento introducido. Esta intervención se realiza en pabellón y con la asistencia de un anestesista.

Riesgos de la cirugía

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos, medios de contraste u otras, **como otros específicos del procedimiento**:

- Alergia grave a cualquiera de los componentes que contiene la inyección, imposible de prever, ya que la simple prueba podría desencadenar los síntomas.
- Alteraciones cardiovasculares graves derivadas de la infiltración en un vaso sanguíneo del anestésico o la medicación administrada o por reacción alérgica o vagal imprevisible.
- Rotura vascular por pinchado de un vaso que origine hematoma y/o hemorragia intensa.
- Trombosis venosa profunda y eventualmente tromboembolismo pulmonar de graves consecuencias.
- Lesión nerviosa por afectación de los nervios adyacentes que puede llevar a lesiones neurológicas, con una disminución de la sensibilidad o una parálisis. Dicha lesión puede ser temporal o bien definitiva.
- Aumentos de volumen blandos o fibrosos, en la zona de inyección.
- Infección de la zona del pinchazo con la formación de un absceso que hay que tratar quirúrgicamente y cierre por segunda intención y que puede requerir ingreso hospitalario, tratamientos antibióticos durante semanas y/o intervenciones quirúrgicas secundarias.
- Rigidez en la zona donde se efectúa la infiltración que se trataría con rehabilitación
- Irritación de la zona con inflamación de la misma.
- Dolor residual en la zona de la infiltración.
- Rotura de instrumental de puntura, que haga necesario realizar una incisión mayor, para rescatar el material citado.
- Descompensación de una diabetes, hipertensión arterial o una úlcera.
- Aparición de atrofia cutánea en la zona de los pinchazos.
- Atrofia grasa subcutánea y cambios de pigmentación graves de la piel en la zona de la infiltración y zonas vecinas.

Estas complicaciones pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia. Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

Otras Alternativas Disponibles:

- La lesión objeto de la técnica propuesta puede tratarse con medicación antiinflamatoria, reposo relativo o bien con medidas fisioterápicas.

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: _____

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO
(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO _____ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre **La Rizolisis Lumbosacra y/o Cirugía Percutánea del Disco Intervertebral** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA RIZOLISIS LUMBOSACRA Y/O CIRUGÍA PERCUTÁNEA DEL DISCO INTERVERTEBRAL, por el Dr.(a) _____. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO,** en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Completar por el Profesional

Firma del Consentimiento:	FECHA: ____/____/____	HORA:
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

Completar por el Paciente o Representante Legal

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
----------------------------------------------------------------------	--

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____
(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)