

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO INTERVENCIONISTA PARA ALIVIO DEL DOLOR

INTRODUCCIÓN

Apreciado Usuario:

Usted va a ser sometido a un procedimiento quirúrgico, invasivo no quirúrgico o terapéutico por el grupo de especialistas del Hospital Universitario San Ignacio. En este documento se explican con claridad, profundidad y en un lenguaje comprensible las más importantes características de la intervención sugerida, su indicación, beneficios y potenciales riesgos. Lo invitamos a leerlo con atención y a discutirlo con su médico tratante quien gustosamente responderá sus preguntas.

En señal de conformidad con la información recibida y con la realización de la intervención quirúrgica, deberá usted firmar el formato correspondiente. Solo con su autorización podremos programarlo y realizarle la intervención descrita.

INFORMACIÓN GENERAL

PROCEDIMIENTO INTERVENCIONISTA PARA ALIVIO DEL DOLOR

El dolor crónico afecta a millones de pacientes en el mundo. El dolor ya sea por cáncer o de origen benigno ocasiona limitaciones en la capacidad funcional de las personas. El dolor puede ser aliviado con diferentes intervenciones, entre otras: medicamentos de diferente potencia, intervenciones de rehabilitación y terapia.

Cuando los medicamentos y las terapias son insuficientes para controlar la intensidad de dolor, aparecen como alternativa la aplicación de sustancias o procedimientos físicos, conducentes a atenuar la sensación dolorosa en un área específica del cuerpo.

Los procedimientos de intervencionismo en dolor se realizan en salas de cirugía guiados con rayos x o ecografía, bajo sedación leve cuando es necesario y monitoria de los signos vitales. Previa administración de anestesia local y con el uso de una aguja de características especiales, se llega hasta el punto doloroso y se infiltra la sustancia terapéutica (anestésico local, esteroide, alcohol, fenol, toxina botulínica) o se aplica calor con ondas de radiofrecuencia.

El beneficio esperado consiste en la disminución de la intensidad y la periodicidad del dolor. En algunas oportunidades se logra la desaparición total por tiempo variable.

Los riesgos de estos procedimientos incluyen:

- Sangrado.
- Hematoma con compresión de estructuras nerviosas incluidas la medula espinal.
- Infección local o sistémica.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO INTERVENCIONISTA PARA ALIVIO DEL DOLOR

- Lesión vascular.
- Lesión neurológica.
- Lesión de vísceras.
- Cefalea.
- Dolor en el área de intervención, los días posteriores al procedimiento.
- Parálisis de los músculos adyacentes a la infiltración.
- Alergias o anafilaxia por las sustancias infiltradas.

Ningún procedimiento está exento de riesgos importantes, incluyendo la muerte, aunque esta posibilidad es infrecuente. En caso de ocurrir alguna complicación, el hospital procederá con los medios y recursos necesarios para su control.

AUTORIZACIÓN

He comprendido las explicaciones que, en un lenguaje claro y sencillo, se me han brindado y el médico que me ha atendido me ha permitido expresar todas mis observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico de la intervención, así como de los riesgos y complicaciones que por mi situación actual pueden surgir, en especial las siguientes:

También he sido informado que durante el acto quirúrgico, procedimiento o tratamiento se pueden presentar imprevistos que hagan al equipo médico variar la técnica o plan de manejo programado. Asimismo, he entendido y acepto que durante el procedimiento/tratamiento se podrán realizar fotografías o grabar imágenes que luego se conservarán y se podrán transmitir con fines científicos y/o de docencia y utilizar en sesiones clínicas, juntas facultativas, conferencias, congresos, publicaciones médicas y actos científicos, sin que en las mismas figure mi identidad. En el mismo sentido he sido informado que este Hospital es un centro docente y que participaran en mi atención profesionales en entrenamiento, bajo supervisión del grupo de especialistas del servicio.

Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este procedimiento/tratamiento. Ningún procedimiento está exento de riesgos importantes, incluyendo la muerte, aunque esta posibilidad es infrecuente.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO INTERVENCIONISTA PARA ALIVIO DEL DOLOR

En caso de ocurrir alguna complicación, el Hospital procederá con los medios y recursos que se requieran para su control, intentando minimizar en lo posible sus consecuencias.

Yo _____
Fecha _____

- He comprendido la naturaleza y propósitos de la intervención que me ha sido explicada satisfactoriamente por el médico _____ y he podido formular todas las preguntas que he considerado oportunas.
- La cirugía descrita está aceptada por la especialidad _____ como la mejor alternativa para solucionar mi problema y no existe una contraindicación especial para su realización.
- He sido informado de los métodos alternativos de tratamiento, en caso de que los hubiese, al igual que las ventajas y desventajas de cada uno de ellos.
- He informado al médico _____ de mis enfermedades generales para la valoración de las posibles contraindicaciones.
- Puedo retirar la autorización para la cirugía si lo estimo oportuno, sin que ello repercuta en los restantes cuidados médicos.
- Soy consciente de los riesgos propios del tratamiento indicado, así como los derivados de la anestesia que en mi caso se aplique.
- Soy consciente que no existen garantías absolutas de obtener resultados satisfactorios.

Información complementaria solicitada y/o circunstancia especial:

Así pues, de forma voluntaria, doy mi consentimiento:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO INTERVENCIONISTA PARA ALIVIO DEL DOLOR

- Para que se me realice dicho(s) procedimiento(s) quirúrgico(s), así como las maniobras u operaciones que sean necesarias durante la intervención y para que asista el personal autorizado. SI NO
- Para que se me administre la anestesia que se considere adecuada para la operación, así como las medidas complementarias oportunas. SI NO
- Para que se puedan realizar fotografías o/y grabar la intervención, así como su utilización con fines didácticos o científicos sin que se divulgue el nombre del paciente o sus familiares. SI NO
- Para que, en caso de necesidad se me hagan transfusiones de sangre y/o hemoderivados. SI NO

Firmas

Paciente _____

Acudiente o tutor _____

Médico _____

Testigo _____