

Consentimiento para  
**BLOQUEO RADICULAR**  
guiado por Tomografía Computada

Apellido y Nombre del paciente:..... Fecha: ...../...../.....  
D.N.I: ..... Hora: ..... Domicilio: .....

Usted se va a efectuar un exámen de diagnóstico por imágenes intervencionista denominado BLOQUEO RADICULAR GUIADO POR TOMOGRAFÍA COMPUTADA, tal como se lo solicita su médico tratante, quién evaluó los riesgos/beneficios de su realización.

Mi médico tratante, el/la Dr./Dra<sup>1</sup>.....ha solicitado que me realice un bloqueo radicular. Si bien el/ella me ha informado en que consiste lo que me pidió, en el servicio de Tomografía Computada de Diagnóstico Tesla proceden a informarme lo siguiente:

### EN QUE CONSISTE EL BLOQUEO RADICULAR

El bloqueo radicular consiste en inyectar mediante una aguja fina, un anestésico local mezclado con un corticoide, en la salida de la forma de una raíz nerviosa: La inyección puede hacerse a nivel cervical o lumbar. Es una exploración diagnóstica y también terapéutica, con la que se quiere comprobar si al anestesiar esa raíz nerviosa, se produce alivio del dolor. Se realiza en la sala de tomografía computada. Durante la prueba estaré acostado boca abajo si es en la zona lumbar, o boca arriba si es en la zona cervical. La prueba es poco dolorosa hasta el momento en que se realiza la inyección del contraste. En ese momento se puede producir una estimulación de la raíz nerviosa que produce el dolor, que se puede extender al brazo o a la pierna. Esto dura unos instantes, e inmediatamente se pone el anestésico local y el corticoide, produciéndose la anestesia de la raíz. Es necesario también utilizar pequeñas cantidades de sustancia de contraste radiológico, para comprobar la situación de la aguja, por lo que si soy alérgico al contraste, o he tenido algún problema en alguna exploración radiológica deberé comunicarlo a quien me este atendiendo en Diagnóstico Tesla. La duración de la prueba es entre 15 y 30 minutos.

Existen además dos tipos especiales de bloqueos, facetarios y epidurales. Ambos con fines diagnósticos y terapéuticos. En el bloqueo facetario el objetivo es actuar sobre el dolor originado en las articulaciones interapofisarias responsable del síndrome facetario. Constituyen pequeñas articulaciones localizadas en el sector posterior de la columna vertebral que en caso de encontrarse hipertróficas o degeneradas ocasionan dolor similar al de origen radicular pero sin déficit neurológico. En el caso del bloqueo epidural, el fin es ingresar en el espacio epidural posterior o lateral que se encuentra dentro del conducto vertebral pero por fuera de la médula espinal y de las membranas que la recubren. De esta manera el fármaco inyectado se distribuye en sentido ascendente y descendente bloqueando nervios espinales que emergen en más de un nivel. Este es el bloqueo utilizado predominantemente en el síndrome de canal estrecho lumbar.

### RIESGOS DEL BLOQUEO RADICULAR

**Son poco frecuentes** y en general de poca importancia, pero pueden ocurrir; estos son los más conocidos: Síncopes vasovagales<sup>2</sup>, mareo, sudoración que puede llegar a producir pérdida de conocimiento si no se tratan, es poco frecuente y se trata con facilidad.

En el Servicio de Diagnóstico Tesla esto ha ocurrido una vez cada 70 bloqueos.

**Muy poco frecuentes aunque más graves:** Lesión de la raíz bien por la punción o bien por la medicación inyectada. Es muy poco frecuente. En el Servicio de Diagnóstico Tesla esto no ha ocurrido hasta ahora. Los riesgos del bloqueo facetario son idénticos a los mencionados para el

Continúa

bloqueo radicular. Para el bloqueo epidural debemos adicionar el riesgo de infecciones graves que son poco frecuentes, (0,1 al 0,01% de las inyecciones), la punción lumbar que si bien es más frecuente no conlleva mayores riesgos que la aparición de cefalea posterior al procedimiento que suele mejorar a los pocos días.

**SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:**

Por favor, si es alérgico a algún tipo de medicación, especifíquelo.

Indique también al personal que le atiende si tiene algún tratamiento médico específico para licuar la sangre (aspirina, sintrom®, plavit®, heparina) o bien padece alguna enfermedad que afecte a la coagulación de la sangre.

Si está usted embarazada o cree que puede estarlo, debe igualmente ponerlo en conocimiento del profesional que va a realizar el estudio.

**OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:**

A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente. Se me ha explicado y he comprendido que la terapéutica a mi eventual patología será una decisión exclusiva de mi médico tratante y que fue él quien evaluó que el presente estudio es el mejor y más apto para mi condición.

También se me aclaró que puedo solicitar suspender o rechazar totalmente la realización del estudio en cualquier etapa del procedimiento si así lo deseo con sólo hacer saber de ello. Por supuesto que la suspensión operará en el momento en que técnicamente ello sea posible. Para el caso de que ello ocurra, también me fue explicado que la suspensión o el rechazo de la práctica diagnóstica puede tener como consecuencia que no pueda emitirse un informe del estudio y que no será útil para el diagnóstico que busca obtener mi médico tratante.

Se deja constancia que ante la imposibilidad o incapacidad de brindar el consentimiento informado para el presente estudio, podrán hacerlo igualmente y en el siguiente orden de prelación, el cónyuge o conviviente, los hijos mayores de 18 años, los padres, los hermanos, los abuelos u otros familiares directos del paciente.

Puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial. **SI - NO AUTORIZO**

Para el caso de suscitarse diferendos en la interpretación o ejecución de este consentimiento las partes se comprometen con carácter previo a elegir un mecanismo o método consensuado de prevención y solución de conflictos. Las partes constituyen sus domicilios en los que aquí constan donde serán válidas todas las comunicaciones.

El presente fue redactado en la sede Diagnóstico Tesla S.R.L y será guardado y resguardado por éste, durante el plazo de ley, quien así se constituye en su depositario.

1.- Es el nombre del Médico tratante. Del que indicó el estudio de diagnóstico.

2.- Es la forma más frecuente de síncope. Su mecanismo es un descenso en la presión arterial por reflejos vasculares indicados por el dolor, ansiedad, etc. Puede aparecer cuando está sentado o de pie y puede presentar pródomos (calosfríos, náuseas, debilidad, palidez, sudoración, frialdad de manos y pies, eventualmente pérdida de conciencia). Cuando la presión arterial descienda, la frecuencia cardíaca también baja (en vez de acelerarse).

Continúa

**CONSENTIMIENTO**

Yo, ..... PRESTO/DENIEGO mi consentimiento para que me sea realizado un **BLOQUEO RADICULAR GUIADO POR TOMOGRAFIA COMPUTADA**. (tachar lo que no corresponda).

Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, y declaro estar debidamente informado/a según lo disponen los artículos 5 y concordantes de la Ley 26.529 de Derechos del Paciente en materia de información, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr. .... . Asimismo, he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

Buenos Aires, ..... de ..... de .....

CONSENTIMIENTO

|                            |       |                 |       |
|----------------------------|-------|-----------------|-------|
| <b>Testigo</b>             |       | <b>Paciente</b> |       |
| D.N.I                      | Firma | D.N.I           | Firma |
| <b>Representante legal</b> |       | <b>Médico</b>   |       |
| D.N.I                      | Firma | Nº Matrícula    | Firma |