

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CRIOABLACIÓN NERVIOSA PERCUTÁNEA

Usted tiene derecho a estar plenamente informado sobre el procedimiento al que será sometido, incluyendo los beneficios, alternativas y las complicaciones asociadas a este. Este documento busca clarificar estas cuestiones. Por favor, léalo atentamente y consulte cualquier duda con su médico. Es necesario que usted o su representante legal firmen este documento antes de proceder.

Descripción del procedimiento:

La crioablación (o crioneuroólisis) es una técnica mínimamente invasiva diseñada para proporcionar alivio del dolor crónico mediante la aplicación de frío extremo (temperaturas de entre -70 °C y -80 °C) directamente sobre el nervio responsable de transmitir la señal dolorosa. Este frío detiene temporalmente la conducción nerviosa sin destruir la estructura física de soporte del nervio.

El procedimiento se realiza de la siguiente manera:

1. Se coloca al paciente en la posición adecuada según la zona a tratar y se aplica anestesia local en la piel.
2. Guiado por imagen de alta precisión (ecografía o fluoroscopia), el médico introduce una aguja especial llamada crioonda hasta situar su extremo junto al nervio diana.
3. Se realiza un ciclo de congelación-descongelación controlado que crea una pequeña esfera de hielo ("bola de hielo") en la punta de la sonda, interrumpiendo la señal del dolor.
4. Al terminar, se retira la crioonda y se coloca un apósito local. No suele requerir puntos de sutura.

Beneficios del procedimiento:

- Alivio del dolor prolongado (suele durar entre 3 y 12 meses, dependiendo de la velocidad de regeneración del nervio).
- Reducción de la necesidad de medicamentos analgésicos orales y sus efectos secundarios.
- Procedimiento ambulatorio que se realiza bajo anestesia local, evitando los riesgos de una anestesia general o cirugía abierta.

Riesgos y complicaciones:

Como en cualquier procedimiento intervencionista, existen riesgos que usted debe conocer:

- **Eficacia:** no se puede garantizar la efectividad de la técnica, al depender de la respuesta del paciente como cualquier tratamiento médico.
- **Generales:** Dolor temporal en la zona de punción, hematoma o infección leve en el sitio de entrada de la aguja.
- **Cutáneos:** Entumecimiento de la piel suprayacente o, en casos raros, una quemadura leve por frío si el nervio tratado está muy superficial.
- **Riesgo de lesión nerviosa:** Existe el riesgo de que se produzca una lesión o irritación del nervio tratado o de nervios adyacentes, lo que puede manifestarse como adormecimiento (hipoestesia), hormigueo (disestesia) o debilidad motora temporal en la zona.

Sin embargo, a diferencia de la radiofrecuencia térmica convencional (que utiliza calor para quemar el nervio y puede provocar daños estructurales o cicatrices permanentes), la crioablación utiliza frío extremo. El frío preserva intactas las capas protectoras del nervio (el perineuro y el epineuro). Por esta razón, si se produce una lesión nerviosa o pérdida de sensibilidad prolongada, el nervio mantiene su guía natural para regenerarse por completo, lo que hace que el riesgo de que la lesión nerviosa sea permanente sea notablemente menor y sumamente infrecuente con esta técnica.

Alternativas:

Las alternativas incluyen tratamientos farmacológicos (neuromoduladores, analgésicos), bloqueos nerviosos temporales con anestésicos y corticoides, radiofrecuencia térmica o pulsada, o cirugía.

RIESGOS PERSONALIZADOS (Ver informe médico)

DECLARO que he sido informado/fielmente por el médico de los beneficios, alternativas y riesgos de la técnica de crioablación nerviosa percutánea.

Sé que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento. Estoy satisfecho/a con la información recibida, he podido formular todas las preguntas convenientes y se me han aclarado todas las dudas.

En consecuencia, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me realice esta técnica.

[x] Acepto que, al ser paciente de la Unidad del Dolor, podré recibir llamadas o notificaciones relacionadas a citas y eventos. Puede disenter enviando un correo a contacto@doctorcarlosmorales.com.

[x] Acepto que durante el procedimiento se pueda realizar una **sedación** acorde a las necesidades del paciente, para evitar en la medida de lo posible que el procedimiento sea doloroso.

FIRMA DEL PACIENTE:**FIRMA Y COLEGIADO DEL MÉDICO**

Dr. Carlos Morales - Médico Especialista
de Anestesiología y Tratamiento del
dolor. Colegiado 31/1810880

DNI:**FECHA:****NOMBRE:**

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 del representante legal

DNI

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACIÓN DE LA TÉCNICA

Firma de revocación del paciente

Fecha