



Bajo control fluoroscópico, los discos intervertebrales se puncionan con agujas muy finas y se inyecta una pequeña cantidad de contraste en su interior para valorar su morfología y sensibilidad al dolor. El objetivo principal es determinar si la inyección de contraste reproduce el dolor del paciente y, para ello, se le pedirá que describa con precisión la localización, naturaleza e intensidad del mismo.

Esta exploración dura aproximadamente 1 hora.

Los resultados que se obtienen compensan los posibles riesgos que a continuación le exponemos.

### **ALTERNATIVAS**

La discografía se indica cuando otras técnicas menos invasivas (particularmente la Resonancia Magnética) no son capaces de establecer el diagnóstico con suficiente precisión.

### **RIESGOS Y COMPLICACIONES DE LA TÉCNICA.**

- Durante las horas siguientes al procedimiento no es inusual sentir molestias en la zona de punción que se tratan con analgésicos habituales
- Reacciones alérgicas al contraste, que pueden ser: Leves, como náuseas, picores o lesiones en la piel; raramente graves, como alteraciones de los riñones y excepcionalmente la muerte (1 de cada 100.000 pacientes).
- Infección del disco que puede ocurrir en aproximadamente 0,1-0,2% de los pacientes (1 de cada 500-1000). Esta complicación, aunque muy infrecuente, puede requerir tratamiento antibiótico, cirugía, e incluso provocar secuelas permanentes.
- Otras complicaciones muy raras: lesión de raíces nerviosas, hemorragia, cefalea, embolismo pulmonar de núcleo pulposo, meningitis, aracnoiditis y empeoramiento temporal del dolor tras el procedimiento.
- Como se utiliza radioscopia como técnica de guía, por la complejidad del procedimiento es posible que se tengan que emplear unos niveles altos de radiación. El riesgo potencial de la radiación incluye una ligera elevación del riesgo de padecer cáncer dentro de algunos años. Este riesgo es muy bajo en comparación con la incidencia normal del cáncer.

De todas formas, si ocurriera cualquier complicación, no dude que se tomarán las medidas adecuadas para intentar solucionarlos.

### **RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECÍFICAS.**

.....

### **OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES**

Previamente a la realización de la intervención, se debe comunicar al médico el padecimiento de algún tipo de alergia, en especial a la anestesia o al medio de contraste.

Si está usted embarazada o en periodo de lactancia, comuníquelo al médico que le pidió la prueba o al personal de Radiodiagnóstico.

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda, no tenga reparo en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto.

**DECLARO**

Que he sido informado por el médico de las ventajas, inconvenientes y complicaciones para la realización de discografía y que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

He comprendido la información recibida y podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

**EN CONSECUENCIA, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE ME REALICE LA INTERVENCION**

Firma de la paciente

Firma del médico

REPRESENTANTE LEGAL (caso de incapacidad del paciente):

D./Dña..... DNI.....

Parentesco (padre, madre, tutor, etc.)..... Firma

---

**REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

D./D<sup>a</sup>. (Nombre y dos apellidos del paciente) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_ y DNI nº \_\_\_\_\_ en calidad de (representante legal, familiar o allegado) \_\_\_\_\_ de (Nombre y dos apellidos del paciente) \_\_\_\_\_ REVOCO el consentimiento otorgado en fecha \_\_\_\_\_, para la realización de \_\_\_\_\_ y ( ) deseo/ ( ) no deseo proseguir el tratamiento.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_ Fdo. Dr/a: \_\_\_\_\_