

## DOCUMENT DE CONSENTIMENT INFORMAT

### INJECCIÓ DEL MÚSCUL QUADRAT LUMBAR

..... Núm. HC.....  
(nom i cognoms del pacient)  
de.....anys, amb DNI núm. .... i domicili a.....  
.....

..... de ..... anys,  
(nom i cognoms del representant legal, familiar o persona vinculada de fet)  
amb domicili a ..... i DNI núm. ....  
en qualitat de .....de .....  
(representant legal, familiar o propparent) (nom i cognoms del / de la pacient)

#### DECLARO

Que el doctor/a ..... m'ha explicat que  
(nom i cognoms del facultatiu que proporciona la informació)  
és necessari/convenient la injecció del múscul quadrat lumbar.

#### EN QUÈ CONSISTEIX LA INJECCIÓ DEL MÚSCUL QUADRAT LUMBAR

Aquesta tècnica s'empra en el tractament d'una entitat àmplia coneguda com dolor miofascial. Consisteix en la infiltració d'un medicament (anestèsic local o un corticoide) o sèrum fisiològic específicament sobre el múscul quadrat lumbar, situat a la regió lumbar a banda i banda de la columna, quan la seva palpació desencadena el quadre de dolor muscular del pacient. És una tècnica poc dolorosa i relativament senzilla, però que s'ha de fer al quiròfan on s'han d'utilitzar els sistemes de monitorització usats habitualment per a altres intervencions quirúrgiques. Es realitza en uns 10 - 20 minuts depenent de la constitució del pacient i la facilitat de localització del múscul amb les tècniques de radioscòpia i/o neuroestimulació. El bloqueig pot ser diagnòstic amb anestèsic local i efecte passatger (per localitzar l'origen del dolor), o terapèutic amb un esteroide i de major durada (per tractament del dolor). En casos confirmats d'afectació del múscul i en els quals la resposta a l'administració de corticoides és eficaç però de poca durada en el temps, la infiltració pot realitzar-se mitjançant l'aplicació de **toxina botulínica**, la qual produeix una **paràlisi de part del múscul**; així s'aconsegueix reduir la contracció crònica del múscul i desapareix el dolor lumbar.

#### RISCOS TÍPICS

Les complicacions de la tècnica són mínimes. Les més freqüents són:

- *Molèsties locals* en el lloc de punció. Cedeixen en poques hores.
- *Síncope vasovagal*. És un "mareig" que pateixen certes persones davant determinades situacions (anàlisi, visió de sang, agulles, dolor, etc.). S'acompanya de sensació de calor, suor i esvaïment. Ha d'avisar si nota aquests símptomes. No és greu i cedeix amb atropina (que es pot administrar de forma preventiva).

Molt estranys però més greus:

- *Hematomes* a la zona de punció
- *Pneumotòrax*, (entrada d'aire en la cavitat dels pulmons). Es pot produir en fer bloquejos de punts gallet sobre el tòrax, pot requerir la col·locació d'un tub per extreure l'aire i ingrés hospitalari.
- *Punció renal*, per la proximitat a aquest òrgan: *punció de grans vasos (aorta, vena cava)*, molt més rares però possibles.

## RISCOS PERSONALITZATS

Aquests riscos estan relacionats amb l'estat de salut previ del pacient, i els més significatius són:

.....  
.....  
.....  
.....

He comprès les explicacions, que han estat fetes amb un llenguatge clar i senzill. El metge/la metgessa que m'ha atès m'ha deixat fer totes les observacions que he volgut i m'ha aclarit tots els dubtes que li he plantejat respecte a finalitats, alternatives, mètodes, avantatges, inconvenients i pronòstic, així com dels riscos i complicacions que per la meva situació actual poden sorgir.

Per raons d'organització és possible que l'anestesiòleg que el visita i el que practicarà l'anestèsia no sigui el mateix. En el cas en que durant el procediment sorgeixi alguna situació inesperada que aconselli variar o complementar la tècnica anestèsica prevista inicialment, autoritzo el Servei d'Anestesiologia a realitzar el que cregui convenient o necessari. He entès i accepto que durant el procediment/ tractament es podran realitzar fotografies o gravacions d'imatges, que després es conservaran i es podran transmetre amb finalitats científiques i/o de docència i utilitzar en sessions clíniques, juntes facultatives, conferències, congressos, publicacions mèdiques i actes científics, sense que s'hi identifiqui la meva identitat.

També comprenc que, en qualsevol moment i sense cap necessitat de donar explicacions, puc revocar el consentiment que ara atorgo. Per tot això, manifesto que estic satisfeta amb la informació rebuda i que comprenc la indicació i els riscos d'aquest procés.

He estat informada que les meves dades personals seran tractades per la Fundació Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa com a responsable del tractament, amb la finalitat de recollir el meu consentiment informat sobre la base de l'article 6 de la Llei 21/2000. Les dades facilitades no se cediran a cap tercer, excepte per obligació legal. Conec, també, que tinc dret a accedir, rectificar i suprimir les dades, així com altres drets, tal com s'explica a la informació addicional disponible a <http://hospiolot.com/proteccio-de-dades/>

I, en aquestes condicions,

## CONSENTO

Que em sigui practicada la infiltració del múscul quadrat lumbar.

**Pacient o representant legal**

**Metge/metgessa informant**

Olot, ..... de..... de 20.....

---

## DENEGACIÓ DEL CONSENTIMENT

Revoco el consentiment per a la infiltració del múscul quadrat lumbar.

**Pacient o representant legal**

**Metge/metgessa informant**

Olot, ..... de ..... de 20.....