

SERVICIO:		Nº Historia Clínica:	
Unidad:		Nombre Paciente:	
Habitación:	Cama:	Fecha Nacimiento:	Sexo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE BLOQUEO DEL GANGLIO ESTRELLADO ESPECIALIDAD DE UNIDAD DEL DOLOR

*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

DESEO QUE LA INFORMACIÓN de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre " MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO " para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El bloqueo del ganglio estrellado consiste en interrumpir la inervación simpática del brazo y de la cara mediante la inyección de un anestésico local en la parte anterior del cuello al lado de la tráquea.

Se colocará en la mesa tumbado boca arriba.

Se realiza un pequeño pinchazo para anestesiar la piel, inyectando una pequeña cantidad de anestésico local e introduciendo una aguja fina hasta localizar la zona adecuada.

En algunas ocasiones puede ser necesario utilizar pequeñas cantidades de contraste radiológico para comprobar la situación de la aguja, por lo que si es alérgico al contraste o ha tenido algún problema en alguna exploración radiológica comuníquelo a su médico.

Una vez colocada correctamente la aguja se procede a inyectar el anestésico local.

Se canalizará una vía venosa en uno de los brazos por si necesitara un sedante suave y se vigilarán sus constantes vitales (tensión arterial, pulso...).

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Mejoría del dolor.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Tratamiento oral.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Mejoría del dolor.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Menor mejoría del dolor.

RIESGOS FRECUENTES

1. Enrojecimiento del ojo del mismo lado de la punción, acompañado de caída del párpado superior y disminución del tamaño de la pupila.
2. En algunas ocasiones se puede producir anestesia del brazo del mismo lado, con dificultad para moverlo. Estos efectos desaparecen una vez pasada la acción del anestésico, normalmente unas tres o cuatro horas, aunque en algunos pacientes puede ser más prolongado.

RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

1. Hematoma (acumulo de sangre), por punción de alguno de las venas o arterias del cuello. Suele ser pasajero y desaparecer con compresión de la zona.

2. Ronquera por paralización temporal del nervio laríngeo, también es pasajera y no requiere tratamiento.

Muy poco frecuentes pero más graves son:

1. Aparición de un neumotórax (entrada de aire en la cavidad pleural). Se manifiesta por dolor intenso en el tórax en el lado de la punción. En ocasiones puede precisar la colocación de un tubo de drenaje para tratarlo. Es muy raro.

2. Que el anestésico inyectado pase a una de las venas o arterias del cuello, pudiendo provocar pérdida de conciencia, convulsiones y coma.

3. Paso del anestésico al líquido cefalorraquídeo a nivel del cuello, se produce una anestesia espinal completa con pérdida de conciencia y parada respiratoria.

Estas dos últimas complicaciones requerirían medidas de reanimación, como intubación y ventilación mecánica durante unas horas.

RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES

CONTRAINDICACIONES

No se podrá realizar sin hay trastornos de la coagulación o infecciones en la zona de punción.

PACIENTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
MÉDICO RESPONSABLE DR D/D^a			
DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA