

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE BLOQUEO DEL PLEXO BRAQUIAL 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

Esta técnica consiste en introducción de anestésico local en un lugar de la axila para acceder a un haz de nervios que llevan la sensibilidad y la fuerza del brazo para tratar dolores del brazo o de la mano.

Existen diferentes formas de llegar (por la axila, por encima de la clavícula o desde el pecho) que dependen de la costumbre del médico que realiza la técnica y de la situación clínica del paciente.

El tratamiento puede consistir en punciones aisladas con una aguja especial o en la introducción de un catéter (tubito muy fino) y fijación del mismo a la piel para una administración continua del medicamento (gota a gota) mediante una bomba programable externa o en inyecciones aisladas.

Es una técnica un poco molesta.

Se emplea anestesia local inyectada en la piel con unas agujas muy finas y utilizado un neuroestimulador para localizar los nervios que se pretenden bloquear; produce unos calambres que le recorrerán el brazo.

La técnica suele durar 20 minutos.

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.

RIESGOS FRECUENTES

1. Molestias locales en el lugar de punción. Ceden en pocas horas con analgésicos convencionales. Si persisten o aumentan pueden indicar la infección del lugar de inserción del catéter (si se ha dejado éste). Se debe retirar y tomar antibióticos durante unos días de forma preventiva.

2. Síncope vasovagal. Es un "mareo" que suele darse en ciertas personas ante determinadas situaciones (análisis, visión de sangre, dolor, etc.). Se acompaña de sensación de calor, sudor y desvanecimiento. Debe avisar si nota estos síntomas. No es grave y cede con atropina (que se puede administrar de forma preventiva).

C. INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE BLOQUEO DEL PLEXO BRAQUIAL

3. Absorción sanguínea del anestésico local. Es una técnica que requiere volúmenes altos de anestésicos locales por lo que parte de los mismos se absorben y producen ciertos síntomas como mareo, hormigueos alrededor de la boca, sabor metálico, etc.

4. Salida del catéter. Es desgraciadamente una complicación relativamente frecuente debido a la gran movilidad de la zona. Se deben extremar las precauciones para que no suceda.

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

1. Hematoma o absceso axilar. Consiste en la acumulación de un coágulo o pus en el espacio axilar que pueden llegar a comprimir las estructuras nerviosas, provocando pérdida progresiva de fuerza (paresia) y de sensibilidad (anestesia) del brazo. Puede requerir drenaje quirúrgico urgente si se produce.

2. Absorción masiva de anestésico. Se produce cuando se inyecta una dosis masiva de anestésico local y pasa a la sangre. Se pueden producir convulsiones y parada cardio-respiratoria. Requiere asistencia ventilatoria y hemodinámica.

3. Lesiones nerviosas. Muy infrecuentes.

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

CONTRAINDICACIONES

No se podrá realizar si hay trastornos de la coagulación o infecciones en 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