

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE BLOQUEO EPIDURAL CERVICAL 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 la introducción de un medicamento (anestésico local o corticoide) en un lugar de su columna vertebral cervical, llamado espacio epidural para tratar dolores de la región cervical y de los brazos.

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.

Es una técnica poco dolorosa.

Se emplea anestesia local inyectada en la piel con unas agujas muy finas.

Suele durar entre 15 y 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...).

Este procedimiento se puede realizar 2 veces con diferencia aproximada de un mes entre ambos.

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

No mejoría del dolor.

RIESGOS FRECUENTES

1. Cefalea (dolor de cabeza) si se atraviesa la duramadre (punción mojada). Disminuye al acostarse y cede en unos días con reposo y analgésicos. Es más frecuente si la complicación sucede en personas jóvenes.

2. Molestias locales en el lugar de punción. Ceden en pocas horas. 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 unos días (de forma preventiva).

3. 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 EPIDURAL CERVICAL

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

Existen otras complicaciones menos frecuentes, aunque más peligrosas:

1. Hematoma o absceso epidural. Consiste en la acumulación de un coágulo o pus en el espacio epidural que pueden llegar a comprimir las estructuras nerviosas como las raíces y la médula, provocando pérdida progresiva de fuerza (paresia) y de sensibilidad (anestesia) de los brazos. Requiere drenaje quirúrgico urgente si se produce.
2. Bloqueo total. Es muy raro. Se produce cuando se inyecta una dosis masiva de anestésico local. Se paralizan los nervios de la cabeza y los respiratorios. Requiere asistencia ventilatoria y hemodinámica.
3. Complicaciones producidas por la administración de fármacos:
 - Anestésicos locales (adormecimiento y falta de fuerza en los brazos).
 - Corticoides (elevación transitoria de la glucosa sanguínea y de la tensión arterial, enrojecimiento en la cara, alteración del ritmo menstrual en las mujeres jóvenes).

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 coagulación o infección o tatuajes 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