

<b>SERVICIO:</b>		<b>Nº Historia Clínica:</b>	
<b>Unidad:</b>		<b>Nombre Paciente:</b>	
<b>Habitación:</b>	<b>Cama:</b>	<b>Fecha Nacimiento:</b>	<b>Sexo:</b>

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DE IMPLANTACIÓN DE CATÉTER EPIDURAL ESPECIALIDAD DE UNIDAD DEL DOLOR

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

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

### IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La técnica consiste en la implantación de un catéter (tubo de plástico muy fino) que se coloca directamente dentro de su columna en un espacio situado cerca de su médula espinal, mediante una pequeña punción en su espalda a nivel de la zona lumbar. Tras la punción el extremo del catéter se conecta a una bomba de infusión externa a través de la cual se inyecta la medicación, generalmente anestésicos locales, aunque se pueden inyectar otros medicamentos como morfina o fentanilo que son analgésicos potentes.

La técnica es poco dolorosa.

Se realiza en condiciones de asepsia, con anestesia local, en la sala de bloqueos o en quirófano, donde se puede utilizar un aparato de rayos X para comprobar la correcta colocación del catéter.

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. Cefalea (dolor de cabeza). Es la complicación más frecuente. Suele aparecer durante los primeros días tras la colocación del catéter y no suele necesitar más tratamiento que analgésicos y reposo. Sólo en casos excepcionales puede requerir un tratamiento más específico, con nueva punción lumbar para realizar un parche hemático, con sangre del propio paciente.

2. Meningitis, por contaminación del líquido cefalorraquídeo o del catéter. Es muy raro.

3. Dolor radicular durante la colocación del catéter o posteriormente por irritación de una raíz nerviosa, lo que podría obligar a la retirada del catéter o a su recolocación.

4. Complicaciones derivadas de la medicación administrada:

- La administración de anestésicos locales, en general, puede producir debilidad muscular en una o

### C. INFORMADO DE IMPLANTACIÓN DE CATÉTER EPIDURAL

en las dos piernas, lo que obligaría a recolocar el catéter o a reducir la dosis de anestésico.

- En ciertos casos puede producir disminución de la tensión arterial, que no suele notarse.
- En ocasiones se puede utilizar contraste radiológico, por lo que si es alérgico al contraste o ha

tenido algún problema en alguna exploración radiológica anterior debe comunicarlo a su médico.

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

1. Hematomas o hemorragia a nivel de la punción en la espalda o en la zona epidural donde se sitúa el catéter.
2. Abscesos epidurales por contaminación del catéter a través de la piel. Son muy raros. Se tratan con antibióticos y se manifiestan por dolor en la espalda acompañado de fiebre. En muy raras ocasiones pueden precisar de intervención quirúrgica para drenarlo.

#### **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.

<b>PACIENTE</b>			
D/D <sup>a</sup>			
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			
<b>NOMBRE / APELLIDOS</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE</b>			
D/D <sup>a</sup>			
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			
<b>TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>MÉDICO RESPONSABLE DR D/D<sup>a</sup></b>			
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.			
<b>MÉDICO RESPONSABLE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>