

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DE BLOQUEO EPIDURAL CERVICAL

UNIDAD DE DOLOR CRÓNICO/  
SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA Y  
REANIMACIÓN

Fecha : \_\_\_\_\_

FD 1

NOMBRE:

Nº HISTORIA :

DNI

\*¿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

### 1. 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*

### 2. OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

- Mejoría del dolor

### 3. ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

- Tratamiento oral

### 4. CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

- Menor mejoría.

### 5. RIESGOS

#### 1.-RIESGOS ASOCIADOS A LA TÉCNICA

1. Molestias locales en el lugar de punción. Ceden en pocas horas con analgésicos convencionales.
2. 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
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).
4. Estimulación de una raíz nerviosa que se encuentra en la vecindad de la zona a puncionar, puede producir dolor que se extiende a la pierna o al brazo dependiendo de la zona donde se esté realizando la exploración
5. *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).

**II.-RIESGOS RELACIONADOS CON ENFERMEDADES ASOCIADAS**

- Los riesgos particulares asociados a sus enfermedades son :\_\_\_\_\_ . Estos riesgos deben de ser valorados individualmente .

**6. CONTRAINDICACIONES**

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

**4.-Este documento tiene como objetivo reflejar que usted ha sido informado sobre la técnica analgésica que se le propone, sus complicaciones y alternativas.**

*Si después de leer detenidamente este documento desea más información , por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto*

**CONSENTIMIENTO**

Yo, D/ Dña \_\_\_\_\_ doy mi consentimiento para que me sea aplicada la técnica propuesta .

Asimismo, Declaro:

- Que he sido informado por el Médico de las ventajas e inconvenientes del bloqueo epidural cervical.
- He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.
- En cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

Madrid ,a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del paciente

Firma del médico responsable de la información

Nombre.....

Nombre.....

**REPRESENTANTE LEGAL (en caso de incapacidad del paciente):**

D./Dña.....D.N.I.....

Parentesco (padre, madre, tutor, etc.):.....

Firma

## DENEGACIÓN O REVOCACIÓN

Yo, D/ Dña \_\_\_\_\_ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del bloqueo epidural cervical, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación / revocación ( táchese lo que no proceda ) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión .

Madrid ,a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del paciente

Firma del médico responsable de la información

Nombre.....

Nombre.....

**REPRESENTANTE LEGAL (en caso de incapacidad del paciente):**

D./Dña.....D.N.I.....

Parentesco (padre, madre, tutor, etc.):.....

Firma