

UNIDAD DE DOLOR	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL BLOQUEO ANESTÉSICO DE LOS NERVIOS ESPLÁCNICOS	F-UDO-__
		EDICIÓN: 1

El presente documento formaliza el acuerdo entre el Sr./Sra.

Apellido 1:

Apellido 2:

Nombre:

DNI

y la Unidad de Dolor de en cuanto la realización del bloqueo de los nervios esplácnicos, de acuerdo con la información médica que le ha sido explicada de forma clara y comprensible por el Dr./Dra..... (Nº de Colegiado:.....).

- Este documento tiene como **objetivo** reflejar que usted ha sido informado sobre la técnica analgésica que se le propone, sus complicaciones y alternativas.
- **Técnica propuesta: Bloqueo anestésico de los nervios esplácnicos**
- **Información del procedimiento y recomendaciones previas.**
 - Los nervios esplácnicos son dos nervios situados a ambos lados de la columna y que llevan la sensibilidad de las vísceras del abdomen superior, esófago distal, estómago, páncreas y colon transversal.
 - El bloqueo de los nervios esplácnicos consiste en interrumpir la inervación simpática de las vísceras situadas en la parte superior del abdomen, mediante la inyección de un anestésico local y/o un corticoide. Para ello es necesario colocar 2 agujas a ambos lados de la columna o de un solo lado dependiendo de la localización del dolor.
 - Una vez colocadas correctamente las agujas se procede a inyectar los fármacos. Es necesario utilizar pequeñas cantidades de contraste radiológico para comprobar la situación de las agujas, por lo que si es alérgico al contraste o ha tenido algún problema en alguna exploración radiológica comuníquelo a su médico
 - Deberá estar en ayunas las 6 h previas a la técnica
 - 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...).
 - La duración del tratamiento es aproximadamente de unos 40 minutos.
- **Objetivos del procedimiento**
 - El objetivo de la técnica consiste en lograr que la infiltración actúe en la zona responsable de transmitir la información al cerebro aliviando la sintomatología dolorosa; nunca la curación de su patología.
 - En un cierto porcentaje de los que se realiza el procedimiento se consigue una mejoría, que a menudo es temporal y en algunos casos puede llegar a ser duradera (en torno a 6 meses), proporcionando un alivio importante del dolor. El alivio completo del dolor no es imposible, pero sí difícil de conseguir mediante esta técnica.
- **Riesgos**
 - Riesgos asociados a la técnica :
 - Molestias locales en el lugar de punción. Ceden en pocas horas con analgésicos convencionales
 - 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).

- Infección: acuda de inmediato a urgencias si presenta calor y enrojecimiento de la zona infiltrada, especialmente si se acompaña de fiebre o si pierde sensibilidad o capacidad para mover una parte de su cuerpo. Infección y/o defectos de cicatrización del punto de punción, que podrían dejar marcas temporales o permanentes sobre la piel.
- Riesgos poco frecuentes de especial gravedad y asociados al procedimiento por criterios científicos
 - 1.Reacciones alérgicas al anestésico local.
 - 2.Inyección intravascular con toxicidad aguda producida por el anestésico, que se manifiesta por pérdida de conciencia, convulsiones y coma.
 - 3.Neumotórax, con entrada de aire a la cavidad pleural, que puede requerir la colocación de un tubo de drenaje en el tórax para su evacuación.
 - 4.Hemotórax: Es infrecuente. Consiste en que el espacio entre el pulmón y la pleura se llene de sangre impidiendo la circulación. Puede requerir cirugía además del ingreso en el hospital.
 - 5.Lesión nerviosa: Implica que los nervios afectados dejen de funcionar (parálisis). También puede provocar diversos grados de dolor (desde una leve molestia a un dolor muy severo) o molestias locales o regionales, transitorias o permanentes.
 - 6.Hematoma (acumulo de sangre), por punción de alguno de las venas o arterias del abdomen, no suelen tener trascendencia
 7. Hematuria que se produce por punción accidental del riñón o de las vías urinarias, no tiene trascendencia normalmente desaparece sola y no requiere tratamiento.
- Efectos secundarios y/o complicaciones asociados al uso de corticoides:
 - Insuficiencia adrenal (bajadas de tensión, debilidad, pérdida o ganancia de peso, pérdida de apetito, depresión, dolor abdominal, desaparición de la regla).
 - Osteoporosis,
 - Aumento del azúcar en sangre,
 - Subida de la tensión.
 - Cambios del color de la piel, atrofia (destrucción) de la piel o de la grasa, caída del pelo, calor y rojez en la cara, rotura de tendones, atrofia muscular, irritación de los nervios, sangrado en el punto de punción o en otras partes del cuerpo, úlcera de estómago, ansiedad.
 - Debilidad muscular local, regional o generalizada, lo que se conoce como miopatía por corticoides.
 - Trombosis de un vaso, lo que implicaría la muerte del tejido al que aporta sangre ese vaso sanguíneo.
- Efectos secundarios y/o complicaciones asociados al uso de anestésicos locales :
 - Arritmias, mareos, bajada de tensión.
 - Convulsiones.
 - Signos de intoxicación sistémica por anestésicos locales como sabor metálico en la boca, zumbidos de oídos, visión borrosa, escalofríos.
- Personalizados:

.....

• **Alternativas a la técnica:**

1. Tratamiento conservador: Optimizar la analgesia habitual de tolerancia que usted tiene prescrita. Seguimiento terapéutico y técnicas de soporte conductual (psicoterapia)
2. Otras técnicas en función del protocolo establecido en la Unidad del Dolor y/o la experiencia del médico que le trate:

3. Cirugía (deberá consultar con los cirujanos las técnicas quirúrgicas disponibles)

CONSENTIMIENTO

Yo, D/ Dña _____ doy mi consentimiento para que me sea aplicado un **bloqueo anestésico de los nervios esplácnicos**. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuanto lo estime oportuno

SÍ NO

Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la técnica, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud

SÍ NO

Autorizo que se puedan utilizar, de forma anónima, datos específicos y concretos de la técnica analgésica al que usted se va a someter con fines docentes y científicos.

SÍ NO

Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión de conocimiento científico.

En _____, a ____ de _____ de _____

Firma del paciente

Firma del médico responsable de la información

Fdo.....

Fdo.....

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 del tratamiento que se me va a realizar y sus riesgos, 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 .

En _____, 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