

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIA LOCORREGIONAL**

### **EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE**

Consiste en inyectar unos medicamentos que se llaman anestésicos locales cerca de un nervio o en la columna vertebral. Para ello hay varias técnicas que el médico elige según su situación. Estas son: anestesia raquídea, anestesia epidural y bloqueo de plexo o nervios periféricos.

En la anestesia epidural y raquídea el anestésico se coloca cerca de la médula espinal y de las raíces nerviosas. Esta inyección nos permite dormirle totalmente desde el abdomen hacia abajo (piernas incluidas) mientras que usted está consciente (despierto). En ocasiones, se puede utilizar medicación para mejorar su confort. Ambas técnicas difieren en el lugar exacto de inyección, por dentro (raquianestesia) o por fuera (epidural) de una cubierta de la médula espinal y de las raíces nerviosas llamada duramadre.

En el bloqueo de nervios, el anestésico se pincha cerca de los mismos, con la ayuda de un ecógrafo y un neuroestimulador que le pueden producir calambres, lo que permite adormecer toda la región que depende de ellos. Suele usarse para anestesiar las manos, pies, brazos, piernas, ingles o zonas concretas de la cara. Usted también estará consciente, pero sin tener dolor en la zona.

Una vez terminado el procedimiento puede que tenga todavía efectos de los medicamentos y permanezca con la zona dormida y/o con debilidad, lo que le impedirá realizar una actividad normal durante unas horas o incluso un día.

Este procedimiento tiene como finalidad aliviar o eliminar el dolor durante la realización de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos o terapéuticos, que producen grandes molestias al paciente.

En algunas ocasiones puede ser necesario la reconversión a anestesia general, en principio no prevista para facilitar que el procedimiento se haga de la forma más segura.

### **CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA**

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

### **RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO**

Riesgos frecuentes:

- Molestias como náuseas, vómitos, descenso de la tensión arterial, dificultad para respirar, agitación o mareo. Es muy raro que sean de importancia.
- Hematomas y dolor en el lugar de la punción.
- En el bloqueo de nervios o plexos puede notar acorchamiento u hormigueo en la zona, (alteración de la sensibilidad en la zona). A veces, también dificultad para los movimientos precisos. Estas molestias suelen ser pasajeras.
- En la anestesia epidural o la raquianestesia puede notar dolor de cabeza o de espalda. Suelen desaparecer en unos días, aunque a veces necesitan tratamiento. También dificultad para orinar.
- Picor en la cara o abdomen, es pasajero y se debe a la medicación.

**Riesgos menos frecuentes y más graves:**

- Durante la anestesia se usan además sueros y fármacos. Estos producen muy rara vez reacciones alérgicas, que pueden llegar a ser graves o incluso mortales.
- Lesión de los nervios que proporcionan movilidad y sensibilidad de la parte del cuerpo al que se le va a anestesiar (brazos, manos, tórax, abdomen, etc.), producida por lesión directa, hematoma o infección, lo que haría que los nervios afectados dejaran de funcionar (parálisis), de manera temporal o permanente.
- También puede producirse la punción accidental en el pulmón, provocando entrada de aire o sangre, sangrado en caso del riñón, hígado o bazo e infección en caso del intestino.
- Sangrado intracraneal y/o meningitis.
- En los casos de anestesia para cirugía ocular, en raras ocasiones, se puede producir perforación del ojo e incluso pérdida permanente de la visión.
- De forma excepcional, el anestésico local puede pasar a su sangre y provocar complicaciones graves en su corazón y en su sistema nervioso (parada cardíaca, convulsiones e incluso la muerte).
- Rotura de la aguja o del catéter.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

**RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO**

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

No tiene     Diabetes     Obesidad     Hipertensión

Anemia     Edad Avanzada     Tabaquismo     Tratamiento anticoagulante

.....puede

aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

**CONTRAINDICACIONES**

- Alergia conocida a los fármacos a usar.
- Infección general o local (en el lugar de la punción).
- Enfermedades neurológicas (por ejemplo, esclerosis múltiple).
- Alteraciones de la coagulación de la sangre.
- Tratamiento anticoagulante o antiagregante plaquetario no adecuadamente suspendido.
- Falta de colaboración del paciente.

**ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO**

La alternativa a la técnica es:

- Anestesia general.

### **AUTORIZACIÓN PARA “ANESTESIA LOCORREGIONAL”**

Yo, D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, como representante legal en calidad de “ tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre” del paciente debido a “Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad”, cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

---

### **Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:**

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

Firma del representante legal: