

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE
-------------------------	--------------------

1. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA (*) BLOQUEO ANESTÉSICO DEL GANGLIO ESTRELLADO

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

(*) Indicar el nombre del procedimiento/intervención a realizar; si es posible, además del nombre técnico que siempre debe figurar, puede tratar de expresarlo con un nombre más sencillo.

1.1 LO QUE USTED DEBE SABER:

EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:

Consiste en anestésiar, es decir, dejar insensible, el ganglio que regula una parte de los nervios del brazo y de la cara, denominado ganglio estrellado.

Para ello se inyecta un anestésico local en una zona del cuello, junto a la tráquea, donde se encuentra localizado este ganglio.

Se usa en procesos del brazo o la cabeza cuyos síntomas están relacionados con los nervios que regula este ganglio. También se usa en dolores crónicos, en la hinchazón del brazo después de la cirugía en la axila, en síndrome de dolor regional complejo y enfermedades de hombro y mano.

CÓMO SE REALIZA:

El/la paciente se coloca en la mesa tumbado/a boca arriba. Se realiza un pequeño pinchazo para anestésiar la piel, inyectando una pequeña cantidad de anestesia local. Luego se introduce una aguja fina hasta localizar la zona adecuada. A veces puede ser necesario utilizar pequeñas cantidades de contraste radiológico para comprobar la situación de la aguja. Una vez colocada correctamente la aguja se procede a inyectar el anestésico local.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

Le producirá disminución de los síntomas y alivio del dolor.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

Al disminuir el dolor y los síntomas tendrá que tomar menos pastillas para controlarlos. Además, si se produce la mejoría, nos sirve para confirmar el diagnóstico que hemos hecho. Si no hay mejoría tendremos que buscar otra explicación para sus molestias.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

Depende de cada caso particular: se puede dar un tratamiento con analgésicos (pastillas) a dosis elevadas. Se puede infiltrar la medicación directamente en las zonas dolorosas. Otra posibilidad sería la estimulación eléctrica transcutánea (TENS). También es posible usar la vía epidural o subaracnoidea a nivel cervical.

En su caso:

QUÉ RIESGOS TIENE:

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

- **LOS MÁS FRECUENTES:**

Un grupo de efectos frecuentes derivados de la propia anestesia son los siguientes:

- Enrojecimiento del ojo del mismo lado de la punción, caída del párpado superior y disminución del tamaño de la pupila.
- Lagrimeo, sensación de obstrucción nasal.
- Más raramente anestesia del brazo del mismo lado, con dificultad para moverlo.
- Estos efectos desaparecen una vez que deja de hacer efecto el anestésico (tres o cuatro horas). En algunos/as pacientes estos efectos pueden durar más tiempo.

Más raras son las complicaciones del propio bloqueo del ganglio estrellado. Entre ellas cabe señalar:

- Hematoma (acúmulo de sangre), por punción de alguna de las venas o arterias del cuello. Suelen ser pasajeros y desaparecer con compresión de la zona.
- Ronquera por paralización de los nervios laríngeos. También es pasajera y no requiere tratamiento.

- **LOS MÁS GRAVES:**

Un grupo de efectos frecuentes derivados de la propia anestesia son los siguientes:

- Enrojecimiento del ojo del mismo lado de la punción, caída del párpado superior y disminución del tamaño de la pupila.
- Lagrimeo, sensación de obstrucción nasal.
- Más raramente anestesia del brazo del mismo lado, con dificultad para moverlo.
- Estos efectos desaparecen una vez que deja de hacer efecto el anestésico (tres o cuatro horas). En algunos/as pacientes estos efectos pueden durar más tiempo.

Más raras son las complicaciones del propio bloqueo del ganglio estrellado. Entre ellas cabe señalar:

- Hematoma (acúmulo de sangre), por punción de alguna de las venas o arterias del cuello. Suelen ser pasajeros y desaparecer con compresión de la zona.
- Ronquera por paralización de los nervios laríngeos. También es pasajera y no requiere tratamiento.

- LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:

- Si es usted alérgico a los contrastes radiológicos o sospecha que puede serlo debe comunicarlo al/a la médico antes de que se le haga esta intervención.
- La infección en la piel cercana a la zona donde se le pinchará contraindica la realización del tratamiento, por lo que debe ponerlo en conocimiento del/de la médico.
- También debe comunicar si toma usted anticoagulantes, padece glaucoma, arritmias cardíacas (bloqueo) o si ha tenido un infarto de corazón reciente o un neumotórax (aire en los pulmones). Estas situaciones podrían aumentar el riesgo de este tratamiento y contraindicarlo. Debería informar de toda enfermedad para la que se esté tomando medicación.

OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):

OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usaran directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.

- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

1.2 IMÁGENES EXPLICATIVAS:

(En este espacio podrán insertarse con carácter opcional imágenes explicativas, esquemas anatómicos, pictogramas etc. que faciliten y permitan explicar de manera más sencilla la información al paciente.)

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE ANESTESIA
-------------------------	------------------------------

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

(En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal)

(En el caso del MENOR DE EDAD, cuando se considere que carece de madurez suficiente, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión. Si el paciente está emancipado o tiene 16 años cumplidos será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes legales también serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la decisión.)

2.1 DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE LEGAL (si es necesario)

APELLIDOS Y NOMBRE, DEL PACIENTE	DNI / NIE
APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL	DNI / NIE

2.2 PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA

2.3 CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña _____, manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. 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 cuando lo estime oportuno.

___SI ___NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

___SI ___NO Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

___SI ___NO Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.

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

(NOTA: Márquese con una cruz.)

001530

En _____ a _____ de _____
 EL/LA PACIENTE Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.: _____ Fdo.: _____

CENTRO SANITARIO	SERVICIO DE ANESTESIA
-------------------------	------------------------------

2.4 RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN

Yo, D/Dña. _____, no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En _____ a _____ de _____ de _____

EL/LA PACIENTE _____ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL _____

Fdo.: _____ Fdo.: _____

2.5 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña _____, de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En _____ a _____ de _____ de _____

EL/LA PACIENTE _____ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL _____

Fdo.: _____ Fdo.: _____
