

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 NEUROLÍTICO

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 administrar una sustancia neurolítica (alcohol, fenol) que produce un bloqueo más o menos permanente de las fibras nerviosas del sistema nervioso simpático (una parte del sistema nervioso). Estas fibras, situadas cerca de la columna vertebral, se lesionan o destruyen totalmente.

Su indicación principal es el dolor crónico del cáncer que no responde al tratamiento analgésico habitual.

Puede realizarse a dos niveles, al nivel del ganglio celíaco, que es un acúmulo de células nerviosas, o al nivel lumbar.

CÓMO SE REALIZA:

En el bloqueo neurolítico del ganglio celíaco el/la paciente se coloca tumbado/a. Si el acceso es por vía posterior, es decir, por la espalda, es necesario realizar dos pequeños pinchazos en su espalda a ambos lados de la columna, con anestesia local y se introducen dos agujas finas hasta localizar la zona adecuada. Una vez colocadas correctamente las agujas se procede a inyectar el agente neurolítico.

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. Es necesario canalizar una vena y en el momento de inyectar el líquido neurolítico se le podrá administrar algún fármaco para disminuir las molestias de la técnica.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

Control o alivio del dolor en la zona afectada.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

En la disminución del dolor, teniendo que tomar menos analgésicos.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

Según el caso en particular: tratamiento con analgésicos, pero a dosis elevadas. Implantación de catéter epidural o subaracnoideo conectado a bomba de infusión externa o implantada. Radiofrecuencia.

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:**

- Dolor, infección, hematoma, inflamación en el sitio de la punción.
- Bajada de la tensión arterial con sensación de mareo ligero con los cambios posturales.
- Diarrea en algunos casos.

Estos efectos desaparecen pasadas entre una y tres semanas, aunque en algunos/as pacientes puede ser más prolongado.

- En el bloqueo neurolítico del ganglio celíaco los más frecuentes son:
 - Hematoma por punción de algún vaso sanguíneo del abdomen.
 - Hematuria (sangre en la orina) que se produce por punción accidental del riñón o de las vías urinarias, normalmente, desaparece sola y no requiere tratamiento.
- En el bloqueo neurolítico del simpático lumbar los más frecuentes son:
 - Dolor en la zona de punción.

Las complicaciones MENOS FRECUENTES en el bloqueo neurolítico del simpático lumbar son:

- Punción de algún vaso sanguíneo grueso del abdomen o de la pelvis.
- Dolor lumbar crónico.
- Neuralgia genitofemoral con dolor en la zona inguinal del lado donde se ha realizado el bloqueo, puede ser muy molesta y durar varias semanas.
- Neuralgia de nervios somáticos del abdomen o de los miembros inferiores.
- Problemas en la eyaculación.
- Estenosis del uréter del lado afectado.

- **LOS MÁS GRAVES:**

Las complicaciones más graves, aunque infrecuentes, del bloqueo neurolítico del ganglio celiaco son:

- Secuelas neurológicas, como parálisis y pérdida del control de la orina y las heces. Dolor abdominal quemante que puede persistir varias semanas, por afectación de alguna raíz nerviosa.
- Hemorragia de los vasos situados en la proximidad que pueden requerir una intervención quirúrgica.

- **LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:**

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:

- Trastorno severo de la coagulación.
- Infección en la zona a infiltrar.
- Reacción adversa al fármaco en una infiltración previa.
- Alergias conocidas a los fármacos que se van a utilizar.
- Imposibilidad del/de la paciente a mantener la posición durante el tiempo necesario.

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.)

En _____ a _____ de _____ 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.: _____
