



SANATORIO  
OTAMENDI .

## CONSENTIMIENTO INFORMADO BLOQUEO NEURAL (TRATAMIENTO DEL DOLOR)

Fecha de ingreso

Yo, ....., DNI ..... autorizo al  
Dr. .... y/o médicos que formen parte de su equipo y/o los por él seleccionados,  
a efectuar en mi persona los siguientes procedimientos: .....

El procedimiento consiste en la inyección de un anestésico local (lidocaína, bupivacaína) con o sin inyección asociada de corticoides o un neurolítico, sea alcohol absoluto o fenol. Esta inyección se realiza bajo estricto control imagenológico, infiltrando un nervio o conjunto de fibras nerviosas específico, o una zona articular (bloqueo facetario, de cadera, hombro, etc.).

En la mayoría de los casos se requiere sólo de anestesia local en el sitio de punción y de sedación endovenosa.

El objetivo del procedimiento es la disminución de sus síntomas, y se logra en la mayoría de los casos.

Su duración es variable, siendo en promedio 3 meses.

La eficacia del procedimiento dependerá de la severidad y cronicidad de su enfermedad, y en muchos casos, el procedimiento servirá como una prueba terapéutica para averiguar si en definitiva es la estructura anatómica nerviosa tratada la que causa los síntomas de dolor que usted sufre.

En ocasiones los síntomas de dolor son inespecíficos y no se pueden localizar en una estructura nerviosa en particular. Así entonces, si el procedimiento no provoca mejoría en sus síntomas, la causa más probable es que su dolor no era provocado o conducido por ese nervio, y su médico tratante deberá buscar otras causas. La probabilidad que esto ocurra es variable y debe evaluarse caso o caso.

Los riesgos más destacables son los siguientes:

- Todo procedimiento intervencionista, tanto por la propia técnica, como por la situación vital de cada paciente lleva implícitas una serie de posibles complicaciones, comunes y potencialmente serias, que podrían requerir tratamientos complementarios.

Las más frecuentes son:

- Las más frecuentes son: dolor en el sitio de punción y en el sitio de irradiación nerviosa del bloqueo, sensación de ardor y sensación de hormigueo.
- La inyección de corticoides puede provocar aumento de la presión arterial, de los niveles de glucosa en sangre y enrojecimiento de la piel.
- En algunas ocasiones también pueden aparecer sensaciones de hormigueo y pérdida de la fuerza muscular en el sitio bloqueado (paresia), lo que generalmente se revierte en forma espontánea en el transcurso de varias semanas.
- A pesar de los resguardos técnicos y el control del procedimiento, en ocasiones pueden suceder complicaciones, siendo las más importantes la hemorragia, la infección, y la aparición de dolor mayor al inicial, lo que tiende a ser pasajero, y cuya frecuencia es baja dependiendo del sitio de punción.



SANATORIO  
OTAMENDI

En concreto respecto de mi(s) dolencia(s) y riesgos específicos se me han señalado los siguientes.....  
.....  
.....

Declaro que se me ha informado en forma clara, precisa y en términos cuyo alcance y significado he comprendido perfectamente, la enfermedad que padezco y sus riesgos asociados, la naturaleza y los beneficios del procedimiento quirúrgico propuesto y sus alternativas, si las hubiere.

Faculto a los profesionales nombrados a efectuar cualquier otro procedimiento diagnóstico y/o terapéutico que a su juicio estimen conveniente, incluyendo la administración de anestesia, transfusión de sangre y/o sus componentes. Dejo constancia que se me ha explicado la dolencia que padezco y el tratamiento al que seré sometido. He tomado conocimiento pormenorizado de cada uno de los eventuales riesgos directos e indirectos que pudiesen sobrevenir con motivo del procedimiento mencionado. Se me ha informado que no es posible garantizar el resultado del tratamiento al que seré sometido, asumiendo y asintiendo, para el caso en que se produzcan, las consecuencias emergentes de las mismas, sean ellas inmediatas o mediatas. Autorizo a los médicos internos de la Institución y al médico de cabecera a que me asistan en los casos de emergencias que impongan un acto médico, consintiendo también y eventualmente la consulta y/o intervención de facultativos de otras especialidades que devenga necesario convocar.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
Firma del médico

\_\_\_\_\_  
Aclaración

En caso que el paciente no pudiera firmar aclarar causa: .....

\_\_\_\_\_  
Firma del acompañante

\_\_\_\_\_  
Aclaración

#### REVOCACIÓN/ RECHAZO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el día de la fecha .../.../....., a las ... : ... horas yo, ..... revoco/rechazo el presente consentimiento habiendo sido debidamente informado por el médico tratante de las consecuencias médicas de la NO realización del procedimiento descrito en el mismo. Asumo expresamente la responsabilidad y las consecuencias por la decisión que he tomado.

Firma del Paciente o Representante /Aclaración/ Nro. Documento

Firma y sello del Médico