

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INFUSIÓN ANALGÉSICA DE LIDOCAÍNA INTRAVENOSA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Esta técnica consiste en la inyección en perfusión continua de un medicamento antiarrítmico y anestésico local, la lidocaína, por vía intravenosa para mejorar o eliminar dolores complejos con un componente neuropático central o y periférico. Para realizar el procedimiento se le tendrán que introducir una o dos cánulas intravenosas para poder administrar las medicaciones.

La perfusión continua de lidocaína se realizará durante unas horas en una Unidad de Reanimación y bajo monitorización cardiopulmonar. Se realizará durante varios días consecutivos aumentando la dosis cada día hasta alcanzar la máxima bien tolerada. Las dosis utilizadas serán las más adecuadas para cada situación, las características personales, la sensibilidad a los fármacos y el estado de salud del paciente.

Para aumentar su comodidad durante la realización del tratamiento se le aplicará una sedación suave. Deberá estar en ayunas durante las 6 horas previas a la realización de cada tratamiento.

Este tratamiento sirve para aliviar su dolor y producir una mejora de su funcionalidad, pero no para curar. Debe saber que el grado y la duración del alivio es muy variable de un paciente a otro.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

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

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Las complicaciones más frecuentes son:

- Hematomas por dificultad para la canalización de la vena.
- Flebitis (inflamación de las venas) y tromboflebitis (formación de un coágulo en la vena).
- Síntomas de intoxicación sistémica: por anestésicos locales como sabor metálico en la boca, zumbidos de oídos, visión borrosa, escalofríos, mareo, bajada de tensión.
- Empeoramiento del dolor en los días inmediatamente posteriores al tratamiento.

Existen otras complicaciones mucho menos frecuentes pero importantes:

- El paso accidental de una dosis masiva de anestésico local a la sangre puede producir arritmias, convulsiones y parada cardio-respiratoria. Puede requerir asistencia ventilatoria y hemodinámica. Es grave pero reversible en manos expertas.
- Alergia a sueros y fármacos usados y al material de los guantes (látex). Estas alergias pueden ser graves, pero rara vez ponen en peligro la vida del paciente.
- Parada cardiaca, con posibilidad de muerte o de sufrir daño permanente en el cerebro.
- 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

Existen situaciones en las que habría que valorar si el beneficio supera a los riesgos que pueda ocasionar como:

- Enfermedad respiratoria y/o cardíaca grave.
- Alergia conocida a los fármacos a utilizar.
- Infección aguda de las vías respiratorias.
- Estados infecciosos (sepsis) con fiebre alta y malestar general.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

Los tratamientos alternativos a esta técnica son:

- Modificar el tratamiento para el manejo del dolor que tiene usted prescrito.
- Tratamiento de rehabilitación funcional.
- Uso de técnicas psicológicas (psicoterapia).
- Pérdida de peso en caso de que usted presente sobrepeso.
- Cirugía.

AUTORIZACIÓN PARA "INFUSIÓN ANALGÉSICA DE LIDOCAÍNA INTRAVENOSA"

Yo, D./D^a _____, 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.^a _____, 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.



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

Servicio de Anestesia

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:

HOJA INFORMATIVA PARA LA REALIZACIÓN DE TÉCNICAS INTERVENCIONISTAS:

CONSIDERACIONES A TENER EN CUENTA

- **ALERGIAS:** Advierta a su médico si tiene alergia a alguna medicación, en especial los corticoides, los derivados de la morfina, el contraste yodado o los anestésicos locales.
- **ANTICOAGULANTES:** En caso de que tome medicamentos que afecten a la coagulación de la sangre, recuerde que puede ser necesario cambiarlos, según las recomendaciones de su médico, unos días antes de la prueba.
- **DIABETES e HIPERTENSIÓN:** Informe a su médico si es diabético o si toma medicación para la tensión arterial. Es posible que tenga que hacer cambios o ajustes en su medicación tanto el día del procedimiento como en días posteriores.
- **EMBARAZO y/o LACTANCIA:** Informe a su médico si está embarazada o sospecha que pueda estarlo, así como si está en periodo de lactancia.

RECOMENDACIONES PARA LA REALIZACIÓN DE LA TÉCNICA:

No conduzca ni consuma alcohol durante las 24 horas posteriores al procedimiento.

Tenga en cuenta que en ocasiones se pueden administrar fármacos para que el procedimiento sea menos molesto (sedación) y que estos pueden producir amnesia que puede durar hasta 24 o 48 horas. No debería tomar ninguna decisión de consideración hasta transcurridas al menos 48 horas del procedimiento.

Por su seguridad tras el procedimiento, se recomienda que venga acompañado. Es importante que tras el alta médica tenga ayuda para los desplazamientos, independientemente de cómo haya acudido al hospital.

Después del procedimiento, siga las instrucciones de su médico y del personal de enfermería. Es importante que guarde reposo relativo durante al menos 24 horas y que **acuda de inmediato a urgencias si presenta:**

- Fiebre.
- Pérdida de sensibilidad o capacidad para mover una parte de su cuerpo.