

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INFILTRACIÓN ANESTÉSICA PARA CEFALEAS

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Los bloqueos anestésicos son una técnica de uso habitual en la atención de pacientes con cefalea.

Esta técnica se utiliza sobre todo para diagnosticar y tratar el dolor causado por la irritación de algunos nervios de la cabeza, para tratar y prevenir la migraña y como tratamiento puente de la cefalea en racimos.

Consiste en la inyección de un anestésico local cerca de un nervio que está involucrado en la aparición o el mantenimiento del dolor de cabeza del paciente. Los nervios que se tratan con más frecuencia mediante este procedimiento son los situados en la parte posterior de la cabeza y los que se encuentran en la frente, por encima de los ojos.

Se realiza de forma ambulatoria, en la camilla de exploración de la consulta de neurología, con el paciente acostado boca arriba o sentado, según la zona donde se vaya a aplicar la infiltración.

No se trata de un tratamiento curativo, sino de una opción terapéutica para aliviar los síntomas. Su efecto es temporal y suele durar entre 1 y 6 meses aproximadamente, por lo que puede ser necesario repetir el procedimiento de manera periódica.

La finalidad del procedimiento es disminuir la intensidad del dolor y/o reducir la frecuencia de los episodios.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Este procedimiento no tiene consecuencias graves o de importancia que se den en todos los casos.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

- Disminución de la sensibilidad en la zona alrededor de la infiltración. Este efecto suele ser bien tolerado y desaparece por completo tras unas horas.
- Dolor en la zona de punción.
- Infecciones locales.
- Pequeños hematomas o sangrado local (poco frecuente).
- Reacciones alérgicas al anestésico (muy poco frecuente).
- Empeoramiento temporal de la cefalea. Es poco frecuente, pero el dolor puede intensificarse durante los días posteriores a la infiltración. Si el tratamiento resulta eficaz, el alivio puede mantenerse varias semanas. El paciente puede continuar tomando su medicación habitual, incluidos los analgésicos y los tratamientos preventivos.

En la mayoría de los casos estos problemas se resuelven por sí solos con el tiempo y no requieren ningún tratamiento especial.

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

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

No hay alternativas para este procedimiento que puedan mejorar su situación.

AUTORIZACIÓN PARA "INFILTRACIÓN ANESTÉSICA PARA CEFALÉAS"

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.

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: Servicio de

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte: _____ revoco el consentimiento previo. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Firma del representante legal: