

# Consentimiento informado

## Bloqueo de plexo celíaco

Fecha:

Nombre y Apellidos del Paciente:

### Información recibida por el paciente:

**Declaro haber sido debida y completamente informado sobre todos los aspectos concernientes al procedimiento que he decidido realizarme; en términos que he podido comprender, lo siguiente:**

Esta técnica tiene como finalidad disminuir el dolor crónico secundario a neoplasia abdominal o a pancreatitis crónica. Aproximadamente un 80% de los pacientes logran disminuir en forma significativa la necesidad de opiáceos (morfina y derivados) y en general analgésicos por el plazo de tiempo que dura su enfermedad. Consiste en la inyección de alcohol directamente en un grupo de nervios ubicados en el abdomen superior por delante de la aorta (plexo celíaco).

Se verificará el estado de su coagulación por lo que deberá hacerse algunos exámenes de sangre antes del procedimiento.

El procedimiento se realiza en una sala de tomografía computada (scanner) especialmente habilitada, y bajo supervisión anestésica.

En la sala de scanner será colocado(a) habitualmente de lado y se le administraran analgésicos y/o sedantes. El médico radiólogo intervencionista, utilizando como guía las imágenes de scanner y/o ecotomografía, introducirá 1 o 2 agujas finas por su espalda o por el abdomen anterior en el epigastrio hasta llegar a la zona del plexo celíaco, inyectando 20 a 40 ml de alcohol.

Como resultado directo y esperable del procedimiento, pueden suceder los siguientes efectos colaterales:

- En las primeras 24-72 horas es frecuente la presencia de dolor, como quemazón, principalmente en la espalda y el hombro, lo que desaparece con el paso de los días.
- Aproximadamente la mitad de los pacientes presentan mareos y desvanecimiento al intentar colocarse de pie durante las primeras horas post punción (hipotensión ortostática), por lo que se le pedirá explícitamente que mantenga reposo en cama sin levantarse durante las primeras 12-24 horas para evitar estas sensaciones.
- Un tercio de los pacientes puede también sufrir diarrea, la que es autolimitada al igual que el resto de los efectos del bloqueo ya comentados.

A pesar de los resguardos técnicos y el control del procedimiento, en ocasiones pueden suceder complicaciones, siendo la más importante la hemorragia.

### Médico o profesional que realiza el procedimiento:

(Estos campos deben ser llenados por el profesional responsable del procedimiento)

Diagnóstico del Paciente:

Nombre y Apellidos del Profesional (se acepta timbre con sus datos): Cédula de Identidad del Profesional:

Firma del Profesional responsable del procedimiento:

## Consentimiento:

Declaro haber entregado a mi médico tratante en forma veraz, completa y fidedigna toda la información vinculada a mi estado de salud e historia clínica.

Declaro que se me ha informado en lenguaje claro y sencillo en qué consiste el procedimiento o intervención indicado, incluyendo sus objetivos, características, beneficios y riesgos que presenta para mi estado de salud (o la de mi representado). El profesional que me ha atendido me ha permitido realizar preguntas y aclarar todas mis dudas libremente.

Se me ha explicado que puedo arrepentirme y anular este consentimiento antes de que se realice el procedimiento o intervención, para lo cual deberé solicitar el documento de "Revocación o rechazo de Consentimiento Informado".

Libre y voluntariamente **AUTORIZO** la realización del procedimiento o intervención indicado.

Nombre Paciente:

Cédula de Identidad:

Firma Paciente:

## Completar solo en caso de menores de edad o incapacidad del paciente:

Nombre Representante Legal o Responsable:

Cédula de Identidad:

Firma Representante Legal o Responsable: