



Sociedad Norte  
del Dolor

1º APELLIDO \_\_\_\_\_  
2º APELLIDO \_\_\_\_\_  
NOMBRE \_\_\_\_\_  
FECHA \_\_\_\_\_ N° HISTORIA \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BLOQUEO ANESTÉSICO DEL PLEXO CELÍACO

### EN QUÉ CONSISTE EL BLOQUEO ANESTÉSICO DEL PLEXO CELÍACO

El bloqueo del ganglio celíaco consiste en interrumpir la inervación simpática de las vísceras situadas en la parte superior del abdomen, mediante la inyección de un anestésico local. Para ello es necesario realizar dos pequeños pinchazos en su espalda a ambos lados de la columna, se anestesia la piel 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 anestésico local. 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.

Los efectos que usted puede notar son:

- Se puede producir hipotensión con sensación de mareo ligero con los cambios de postura, al levantarse desde la posición de tumbado.
- También puede aparecer diarrea en algunos casos.

Estos efectos desaparecen una vez pasada la acción del anestésico, normalmente unas tres o cuatro horas, aunque en algunos pacientes puede ser mas prolongado.

### COMPLICACIONES DEL BLOQUEO ANESTÉSICO DEL GANGLIO CELÍACO

Las complicaciones del Bloqueo del Ganglio celíaco son raras.

#### Las más frecuentes son:

- Hematoma (acumulo de sangre), por punción de alguno de las venas o arterias del abdomen, no suelen tener trascendencia
- Hematuria que se produce por punción accidental del riñón o de las vías urinarias, no tiene trascendencia normalmente desaparece sola y no requiere tratamiento.

#### Muy poco frecuentes, pero más graves son:

- Que el anestésico inyectado pase a una de las venas o arterias del abdomen, pudiendo provocar pérdida de conciencia, convulsiones y coma. Esta complicación requeriría medidas de reanimación, como intubación y ventilación mecánica durante unas horas.
- Hemorragia de alguno de los vasos próximos a la zona son excepcionales, pero pueden requerir revisión quirúrgica

## RIESGOS PERSONALIZADOS

Estos riesgos están relacionados con el estado de salud previo del paciente, y los más significativos son:

.....  
.....  
.....

DECLARO que he sido informado/a por el médico de los riesgos del BLOQUEO DEL PLEXO CELÍACO, y sé que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

ESTOY SATISFECHO/A con la información recibida, he podido formular todas las preguntas que he creído convenientes y me han aclarado todas las dudas planteadas.

En consecuencia, DOY MI CONSENTIMIENTO para que se me realice el Bloqueo del Ganglio Celíaco.

Firma del paciente

Firma del médico

.....

.....

Nombre del representante legal, en caso de incapacidad del paciente, con indicación del carácter con el que intervienen (padre, madre, esposo/a, tutor, etc.)

.....

Firma ..... DNI .....

## REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACIÓN DEL BLOQUEO DEL PLEXO CELÍACO

Revoco el consentimiento para la realización del Bloqueo del Ganglio Celíaco.

Firma del paciente

Fecha \_\_\_\_\_