



Sociedad Norte
del Dolor

1° APELLIDO _____
2° APELLIDO _____
NOMBRE _____
FECHA _____ N° HISTORIA _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BLOQUEO ANESTÉSICO DEL TROCANTER EN LA CADERA

EN QUÉ CONSISTE EL BLOQUEO DEL TROCANTER

Consiste en bloquear, mediante anestesia local y/o corticoide, la región lateral de la cadera donde se encuentra una bolsa (bursa trocantérea) por encima del trocánter mayor. Es la zona dolorosa que presenta el paciente a la presión. Puede abordarse desde la cara lateral o bien desde la región posterior de la cadera y nalga. La técnica se realiza mediante anestesia local y medidas de asepsia. Habitualmente suele utilizarse un ecógrafo o guía radioscópica, que sirven como ayuda para realizar el bloqueo, haciendo la técnica más precisa y fiable.

Esta técnica puede repetirse las veces que se estime oportuno para un control óptimo del dolor. Con este tratamiento se pretende la mejoría de su dolor, ante la falta de respuesta de otros tratamientos intentados previamente.

COMPLICACIONES FRECUENTES DEL BLOQUEO DEL TROCANTER

Se pueden producir infección, hematoma o sangrado local y dolor en la zona de punción que suelen ser pasajeros y de corta duración. En raros casos el sangrado local puede ser de mayor cantidad y requerir compresión externa, incluso de manera excepcional precisar de drenaje de este.

También, puede presentar mareo e hipotensión durante el procedimiento.

Puede presentarse disminución de la sensibilidad de dicha zona incluso disminución de fuerza temporal en la extremidad inferior, y en raros casos puede entrañar riesgo de caída. Suele ser autolimitada, y en unos días remite de manera espontánea.

Otras complicaciones muy poco frecuentes: Si el anestésico local es inyectado accidentalmente en un vaso sanguíneo, se puede producir toxicidad aguda, que se manifiesta por pérdida de conciencia, convulsiones y coma, que requerirían medidas de reanimación, como intubación y ventilación mecánica durante unas horas.

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 TROCANTER, 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 trocánter.

Firma del paciente

Firma del médico

Dr. D. _____

.....

.....

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 TROCANTER

Revoco el consentimiento para la realización del Bloqueo del trocánter.

Firma del paciente

Fecha