



## **DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

### **1. Identificación y descripción del procedimiento**

El bloqueo interfascial consiste en la instilación mediante un agujá intramuscular y en una única punción guiada por ecografía, de un anestésico local en el espacio formado entre las diferentes capas musculares que son atravesadas por ramas cutáneas sensitivas. Se consigue una disminución del dolor durante unas 12-48 horas en la zona.

El bloqueo interfascial es un acto analgésico que requiere, por parte del médico responsable, las mismas precauciones y vigilancia que un bloqueo nervioso loco regional.

El médico responsable es el encargado de realizar y controlar todo el proceso del bloqueo interfascial de principio a fin, así como de tratar todas las posibles complicaciones que pudieran surgir.

### **2. Objetivo del procedimiento y beneficios que esperan alcanzar**

El propósito principal del bloqueo interfascial es permitir la realización de una intervención local como la colocación de un tubo de drenaje torácico o lograr analgesia de la zona en pacientes con fracturas costales y/o esternales sin mejoría con tratamiento convencional. Esto se consigue provocando la insensibilización de la zona afectada. El/la paciente permanece en todo momento despierto/a y sin sedación.

### **3. Alternativas razonables a dicho procedimiento**

En todos los casos en los que la infiltración de anestésico local no sea posible, o no se consiga por razones técnicas, se utilizarán las técnicas convencionales, según considere la persona facultativa responsable.

### **4. Consecuencias previsibles de su realización**

Las consecuencias previsibles de su realización son la mejoría de su situación clínica

### **5. Consecuencias previsibles de su no realización**

Si no se realiza el procedimiento podría ocurrir que no mejorara su situación clínica.

### **5. Riesgos**

Aparte del riesgo de la fractura costal o esternal, la administración de anestésico local a nivel de la pared torácica conlleva una serie de riesgos, que son aceptados de acuerdo con la experiencia y el estado actual de la ciencia médica y que pasamos a enumerar:

- En ocasiones excepcionales, como consecuencia de la dificultad de colocación del anestésico en un punto concreto, la anestesia puede pasar rápidamente a la sangre, produciéndose un efecto similar al de la anestesia general, que puede verse acompañado de complicaciones graves como la alteración de la tensión arterial, de la respiración, el nivel de conciencia, temblores intensos y convulsiones. Estas complicaciones obligarían a adoptar otras medidas y a suspender la técnica de inmediato.
- Durante la punción, debido a la sección de la capa muscular, podría producirse sangrado local que deberá ser controlado en el momento de la técnica. Si no se logra el control de la hemorragia deberá suspenderse la técnica.
- Durante la punción, debido a la proximidad de la pleura, la capa que reviste el tejido pulmonar puede ser lesionada, provocándose la entrada de aire al espacio pleural, y con ello, un colapso pulmonar que obligaría a la colocación de un tubo torácico de drenaje.
- Tras la inoculación de anestésico, debido a la proximidad del nervio intercostal, pueden surgir molestias tales como hormigueo, sensación de acorchamiento, alteración de la sensibilidad de la zona, generalmente pasajeras.
- Tras la punción, puede aparecer una reacción cutánea con molestias locales en la zona, que puede desaparecer en unos días, o incluso requerir tratamiento médico acompañante.
- Tras la punción puede acontecer, a través de dicho punto, una infección local o generalizada que requiera antibioterapia y seguimiento.
- Tras la punción, puede generarse un hematoma en la región, que podría requerir tratamiento médico o incluso evacuación.
- En alguna ocasión, la cantidad o la distribución errática del fármaco pueden hacer que no se alcance el objetivo analgésico y se requiera complemento mediante tratamiento médico convencional.

### **6. Riesgos en función de la situación clínica del/de la paciente**

Toda técnica intervencionista con empleo de fármacos, lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos.



**GENERALITAT VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

**ESPECIALIDAD DE ANESTESIA Y REANIMACIÓN**

**BLOQUEO INTERFASCIAL**

**7.DECLARACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO**

**DATOS PACIENTE**

APELLIDOS		NOMBRE		DNI	FECHA DE NACIMIENTO
Nº SIP	DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP	
LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO		

**DATOS REPRESENTANTE LEGAL**

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

**DATOS PROFESIONAL**

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NÚM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

DECLARO que:

- Se me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento
- He comprendido la información recibida
- He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas
- Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento

Por lo tanto:

Autorizo la realización de este procedimiento

No autorizo la realización de este procedimiento

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN**

Manifiesto que por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

En cas que no hi haja convivència dels cònjuges amb pàtria potestat compartida, han de signar el pare i la mare; en cas contrari, el progenitor que la tinga. Los datos de carácter personal serán tratados atendiendo a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales