

1. ¿Qué es? Es un tipo de anestesia cuyo objetivo es intervenir al paciente sin dolor, sin necesidad de manguito de isquemia, sin precisar ingreso hospitalario y poder comprobar la movilidad durante el acto quirúrgico. Dado que no se produce bloqueo motor, se puede solicitar al paciente que movilice cuando sea necesario. El efecto puede durar 4-5 horas.

2. ¿Cómo se realiza? Consiste en la administración de una mezcla de lidocaína al 1% con 1:20000 de adrenalina para proporcionar anestesia y hemostasia. Se utiliza la técnica de “bloqueo de campo” en la que se infiltran grandes volúmenes de mezcla en la zona a intervenir. Se esperará entre 15 y 20 minutos desde la inyección para iniciar la intervención. La adrenalina provoca hemostasia local, por lo que en la zona donde se ha inyectado la mezcla, la piel se volverá blanca sin impedir el flujo arterial o venoso. Se ha demostrado que es seguro inyectar mezclas de adrenalina diluidas en los dedos. No es necesario suspender los anticoagulantes antes de la operación.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?

- **Frecuentes (más del 10%):** molestias en la zona de inyección debidas al propio pinchazo y al volumen introducido. Además, tendrá las molestias del propio acto quirúrgico llevado a cabo, que se detallan en el consentimiento informado que habrá firmado, así como sus posibles complicaciones.
- **Infrecuentes (menos del 10%):**
 - a. Infección en la zona de punción.
 - b. Hematoma o lesión vascular.
 - c. Lesión o afectación de algún tronco nervioso que pudiera causar, temporal o definitivamente, trastornos sensitivos y/o motores.
 - d. Rigidez o limitación funcional de articulaciones vecinas.
 - e. Lesiones de tendones adyacentes.
 - f. Reacción alérgica a la medicación administrada, hipotensión arterial, así como un mínimo porcentaje de mortalidad (anafilaxia).
 - g. Necrosis de las zonas acras (pulpejos de los dedos). En los casos en los que el dedo permanezca blanco después de 4 horas se podrá utilizar fentolamina (1mg en 1ml) inyectado en los lugares de la punción previa para revertir el efecto.
 - h. Algodistrofia simpático refleja o enfermedad de Südeck.
 - i. Síndrome compartimental.
 - j. Embolia grasa, flebitis o tromboflebitis (con riesgo de embolismo pulmonar y muerte).
 - k. Reacciones adversas a los fármacos utilizados en este tipo de anestesia

4. Consecuencias previsibles de su realización: intervención del paciente sin dolor, sin necesidad de manguito de isquemia, sin precisar ingreso hospitalario y poder comprobar la movilidad durante el acto quirúrgico

5. Consecuencias previsibles de su no realización: en su caso es el tipo de anestesia indicado.

6. Alternativas: el procedimiento quirúrgico se podría realizar bajo anestesia local con el uso de torniquete en la raíz del miembro intervenido durante la operación, con anestesia troncular o mediante anestesia general.

7. Riesgos en función de su situación: toda intervención quirúrgica, y por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad), lleva implícita una serie de complicaciones, comunes y potencialmente serias, que podrían requerir tratamientos complementarios (tanto, médicos como quirúrgicos) y, en un mínimo porcentaje de casos, comprometer la viabilidad del miembro y/o la vida del paciente.

Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE
DNI	Nº SIP	FECHA DE NACIMIENTO

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

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

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORIA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

AUTORIZACIONES:

Declaro que se me ha explicado el procedimiento. He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento y que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato.

AUTORIZO LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO

NO AUTORIZO

AUTORIZO LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

NO AUTORIZO

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

REVOCACIONES:

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO prestado en fecha _____

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS prestado en fecha _____

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN:

Expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello impida que pueda dar mi consentimiento para la realización de este procedimiento, tal como he firmado en el apartado anterior.

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

En caso de no convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida, deberán firmar padre y madre, en caso contrario el progenitor que la ostenta. 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