

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones más frecuentes que ocurren. Este documento intenta explicarle todas estas cuestiones. Léalo atentamente y consulte con su médico todas las dudas que se le planteen.

Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá que firmar, usted o su representante legal, familiar o persona vinculada de hecho, este Consentimiento Informado para que podamos realizarle dicho procedimiento/tratamiento.

PACIENTE

Yo, D./Dña....., de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Historia Clínica n.º.....DNI n.º.....
con domicilio en.....

REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, D./Dña....., de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

DNI n.º....., en calidad de.....del paciente.
(Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

DECLARO

Que el Dr./la Dra.....
(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)

N.º de Colegiado.....me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **ANESTESIA TIPO WALANT**.....
He leído esta información que me ha entregado y que se reproduce a continuación.

1. Antes de la cirugía no será necesario realizarle algunas pruebas diagnósticas, como analítica, radiografías o electrocardiograma. También le indicaremos desde qué hora debe permanecer en ayunas.
2. El objetivo de este tipo de anestesia 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.
3. El procedimiento 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.

RIESGOS DE LA ANESTESIA TIPO WALANT

Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica operatoria como 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. Las complicaciones específicas, muchas de las cuales motivan nuevas intervenciones, pueden consistir en:

- a. 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.
- b. Infección en la zona de punción.
- c. Hematoma o lesión vascular.
- d. Lesión o afectación de algún tronco nervioso que pudiera causar, temporal o definitivamente, trastornos sensitivos y/o motores.
- e. Rigidez o limitación funcional de articulaciones vecinas.
- f. Lesiones de tendones adyacentes.
- g. Reacción alérgica a la medicación administrada, hipotensión arterial, así como un mínimo porcentaje de mortalidad (anafilaxia).
- h. 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.
- i. Algodistrofia simpático refleja o enfermedad de Südeck
- j. Síndrome compartimental.
- k. Embolia grasa, flebitis o tromboflebitis (con riesgo de embolismo pulmonar y muerte).

ALTERNATIVAS AL TRATAMIENTO CON ANESTESIA TIPO WALANT

Como alternativa, 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.

Mediante la firma del presente documento declaro que he comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones que he precisado, aclarándome todas las dudas y preguntas que le he planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico del tratamiento, así como a los riesgos y complicaciones que por mi situación actual pueden surgir tales como:

.....
.....

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada. Asimismo, he entendido y acepto que durante el procedimiento/tratamiento se podrán realizar fotografías o grabar imágenes que luego se conservarán y se podrán transmitir con fines científicos y/o de docencia y utilizar en sesiones clínicas, juntas facultativas, conferencias, congresos, publicaciones médicas y actos científicos, sin que en las mismas figure identidad alguna del paciente. **TAMBIÉN COMPRENDO QUE, EN CUALQUIER MOMENTO Y SIN EXPLICACIÓN ALGUNA, PUEDO REVOCAR EL CONSENTIMIENTO QUE AHORA PRESTO.** Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este procedimiento/tratamiento.

En tales condiciones, libre y voluntariamente, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me realice el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **ANESTESIA TIPO WALANT.**

En....., a de.....de.....

Fdo. EL/LA PACIENTE

Fdo. EL Dr./La Dra.

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del testigo)

REVOCO el Consentimiento prestado en fecha....., y no deseo proseguir el procedimiento/tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

Fdo. EL/LA PACIENTE

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR
O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Fdo: EL/LA TESTIGO