

UNIDAD DE DOLOR	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL BLOQUEO Y/O RADIOFRECUENCIA PULSADA DEL NERVIOS SUPRAESCAPULAR	F-UDO-__
		EDICIÓN: 1

El presente documento formaliza el acuerdo entre el Sr./Sra.

Apellido 1:
Apellido 2:
Nombre:
DNI

y la Unidad de Dolor de..... en cuanto realización de un **bloqueo y/o radiofrecuencia del nervio supraescapular** de acuerdo con la información médica que le ha sido explicada de forma clara y comprensible por el Dr./Dra..... (Nº de Colegiado:.....).

- Este documento tiene como **objetivo** reflejar que usted ha sido informado sobre la técnica analgésica que se le propone, sus complicaciones y alternativas.
- **Técnica propuesta: Bloqueo y/o radiofrecuencia del nervio supraescapular**
- **Información del procedimiento y recomendaciones previas.**
 - Consiste en la introducción de una aguja hasta el nervio que se sospecha que es el causante del dolor. En ocasiones, la punción se puede realizar con ecografía y/o rayos X (en función de la experiencia del médico/a que le atiende).
 - En el caso del bloqueo, se introducen únicamente fármacos, generalmente corticoides y/o anestésico local.
 - En el caso de la radiofrecuencia, una vez localizado el nervio, se somete a una corriente eléctrica que provoca pequeños cambios inflamatorios temporales que pueden hacer que el alivio del dolor se prolongue en el tiempo. Además, se administra una dosis de diferentes fármacos que contribuyen al alivio del dolor.
 - Es una técnica sencilla con bajo riesgo de complicaciones hemorrágicas
 - Deberá estar en ayunas las 6 h previas a la técnica
 - Se canalizará una vía venosa en uno de los brazos por si necesitara un sedante suave y se vigilarán sus constantes vitales (tensión arterial, pulso...).
 - La duración del tratamiento es aproximadamente de unos 20 minutos.
- **Objetivos del procedimiento**
 - El objetivo de la técnica consiste en lograr que la aplicación de la corriente eléctrica y/o las sustancia inyectadas actúen en la zona responsable de transmitir la información al cerebro aliviando la sintomatología dolorosa; nunca la curación de su patología.
 - En un cierto porcentaje de los que se realiza una radiofrecuencia pulsada del nervio supraescapular se consigue una mejoría, que a menudo es temporal y en algunos casos puede llegar a ser duradera (en torno a 6 meses), proporcionando un alivio importante del dolor. El alivio completo del dolor no es imposible, pero sí difícil de conseguir mediante esta técnica.
- **Riesgos**
 - Falta de efectividad del tratamiento (ausencia de mejoría)
 - Aumento del dolor habitual que puede empeorar su estado previo.
 - Riesgos asociados a la técnica
 - a. Molestias locales en el lugar de punción. Ceden en pocas horas con analgésicos convencionales.
 - b. Molestias regionales: Corriente eléctrica, calambres, calor, hormigueo y/o dolor en la espalda, las cervicales o en los hombros y brazos. Suelen desaparecer en horas o días, aunque en ocasiones pueden ser permanentes.

- c. Síncope vasovagal . Es un “mareo” que suele darse en ciertas personas ante determinadas situaciones (análisis, visión de sangre, dolor, etc.). Se acompaña de sensación de calor, sudor y desvanecimiento. Debe avisar si nota estos síntomas. No es grave y cede con atropina (que se puede administrar de forma preventiva).
- d. Infección: acuda de inmediato a urgencias si presenta calor y enrojecimiento de la zona infiltrada, especialmente si se acompaña de fiebre o si pierde sensibilidad o capacidad para mover una parte de su cuerpo. Infección y/o defectos de cicatrización del punto de punción, que podrían dejar marcas temporales o permanentes sobre la piel.
- e. Riesgos poco frecuentes de especial gravedad y asociados al procedimiento por criterios científicos

- 1.Reacciones alérgicas al anestésico local.
- 2.Inyección intravascular con toxicidad aguda producida por el anestésico, que se manifiesta por pérdida de conciencia, convulsiones y coma.
- 3.Neumotórax, con entrada de aire a la cavidad pleural, que puede requerir la colocación de un tubo de drenaje en el tórax para su evacuación.
- 4.Hemotórax: Es infrecuente. Consiste en que el espacio entre el pulmón y la pleura se llene de sangre impidiendo la circulación. Puede requerir cirugía además del ingreso en el hospital.
- 5.Lesión nerviosa: Implica que los nervios afectados dejen de funcionar (parálisis). También puede provocar diversos grados de dolor (desde una leve molestia a un dolor muy severo) o molestias locales o regionales, transitorias o permanentes. En el caso del bloqueo del nervio supraescapular dificultaría la movilización del brazo y/o el hombro de forma temporal o permanente.
- 6.Lesión arterial: Muy infrecuente. Puede afectar a la musculatura, los nervios y/o el hueso de la zona de punción, dejando secuelas graves y permanentes

- Efectos secundarios y/o complicaciones asociados al uso de corticoides: •Insuficiencia adrenal (bajadas de tensión, debilidad, pérdida o ganancia de peso, pérdida de apetito, depresión, dolor abdominal, desaparición de la regla). • Osteoporosis, • Aumento del azúcar en sangre, • Subida de la tensión. • Cambios del color de la piel, atrofia (destrucción) de la piel o de la grasa, caída del pelo, calor y rojez en la cara, rotura de tendones, atrofia muscular, irritación de los nervios, sangrado en el punto de punción o en otras partes del cuerpo, úlcera de estómago, ansiedad. • Debilidad muscular local, regional o generalizada, lo que se conoce como miopatía por corticoides. • Trombosis de un vaso, lo que implicaría la muerte del tejido al que aporta sangre ese vaso sanguíneo.
- Efectos secundarios y/o complicaciones asociados al uso de anestésicos locales : •Arritmias, mareos, bajada de tensión. • Convulsiones. • Signos de intoxicación sistémica por anestésicos locales como sabor metálico en la boca, zumbidos de oídos, visión borrosa, escalofríos.
- Personalizados:

.....

• **Alternativas a la técnica:**

1. Tratamiento conservador : Optimizar la analgesia habitual de tolerancia que usted tiene prescrita. Analgesia tópica no invasiva Terapia Física rehabilitadora funcional .Seguimiento terapéutico y técnicas de soporte conductual (psicoterapia)
2. Otras técnicas en función del protocolo establecido en la Unidad del Dolor y/o la experiencia del médico que le trate:

3. Cirugía (deberá consultar con los cirujanos las técnicas quirúrgicas disponibles).

CONSENTIMIENTO

Yo, D/ Dña _____ doy mi consentimiento para que me sea aplicado un tratamiento con parches de capsaicina al 8%. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuanto lo estime oportuno

 SÍ NO

Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la técnica, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud

 SÍ NO

Autorizo que se puedan utilizar, de forma anónima, datos específicos y concretos de la técnica analgésica al que usted se va a someter con fines docentes y científicos.

 SÍ NO

Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión de conocimiento científico.

En _____, a ____ de _____ de _____

Firma del paciente

Firma del médico responsable de la información

Fdo.....

Fdo.....

REPRESENTANTE LEGAL (en caso de incapacidad del paciente)

D./Dña.....D.N.I.....

.....

Parentesco (padre, madre, tutor, etc.):.....

Firma

DENEGACIÓN O REVOCACIÓN

Yo, D/ Dña _____ después de ser informado/a del tratamiento que se me va a realizar y sus riesgos, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación / revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión .

En _____, a ____ de _____ de _____

Firma del paciente

Firma del médico responsable de la información

Nombre.....

Nombre.....

REPRESENTANTE LEGAL (en caso de incapacidad del paciente):

D./Dña.....D.N.I.....

...

Parentesco (padre, madre, tutor, etc.):.....

Firma