

**1. ¿Qué es?** Es la interrupción temporal del funcionamiento del nervio supraescapular que conduce la sensibilidad dolorosa del hombro y las estructuras anatómicas que se insertan en él. Esta interrupción se logra mediante la infiltración de anestésicos locales (incluyendo, si se precisa, corticoides) en la proximidad del nervio. El efecto beneficioso se aprecia en unos minutos y suele prolongarse en el tiempo. En el caso de que el alivio del dolor no sea duradero la técnica tiene de todas formas una utilidad diagnóstica que va a permitir orientar la aplicación de otro tipo de terapias. Esta técnica se utiliza para el tratamiento de dolor crónico originado en el hombro.

**2. ¿Cómo se realiza?** Se inyecta la medicación (anestésico local +/- corticoides) introduciendo una aguja que llega a la zona de alrededor del nervio a bloquear, guiada bien por referencias anatómicas o bien por ecografía. Tras el bloqueo no es necesario ningún reposo

**3. ¿Cuáles son sus riesgos?**

- **Frecuentes (más del 10%):** reacciones locales leves como enrojecimiento y dolor, que desaparecen en pocos días sin necesidad de tomar ninguna otra medida terapéutica. En algunas personas muy sensibles a las técnicas médicas o con propensión a marearse, puede aparecer un cuadro vago (sudor frío, temblor, calor, mareo, desvanecimiento), que no es grave y cede con tratamiento postural y sintomático. Si en el bloqueo se han utilizado corticoides es frecuente la aparición temprana y pasajera de un rubor facial. También pueden producirse efectos adversos sistémicos (elevación de la glucemia, elevación de la tensión arterial).
- **Infrecuentes (menos del 10%):** efectos adversos locales propios de los corticoides (atrofia del tejido subcutáneo, atrofia e hipopigmentación lineal cutánea) que en la mayoría de casos son reversibles en el plazo de 6-12 meses. Reacciones alérgicas (desde cuadros menores hasta la muerte por reacción anafiláctica) a cualquiera de los componentes inyectados, por lo que si supiera de antemano que usted presenta alguna alergia conocida deberá comunicarla a su médico antes de su administración. Como consecuencia del procedimiento pueden pincharse estructuras cercanas como vasos sanguíneos o el propio nervio supraescapular que puede provocar alteración en la movilidad activa del hombro temporal o permanente. Neumotórax, con entrada de aire a la cavidad pulmonar, que puede requerir la colocación de un tubo de drenaje en el tórax para su evacuación e ingreso hospitalario. La inyección intravascular puede provocar una toxicidad producida por el anestésico, que se manifiesta por pérdida de conciencia, convulsiones y coma. Excepcionalmente infecciones de la zona tratada.

**4. Consecuencias previsibles de su realización:** obtención de alivio o la desaparición del dolor y así poder normalizar la actividad personal o profesional. En algunos casos esto nos permite seguir desarrollando el resto del programa rehabilitador

**5. Consecuencias previsibles de su no realización:** persistencia del dolor e incapacidad funcional.

**6. Alternativas:** con los mismos objetivos terapéuticos pueden utilizarse, vía oral o intramuscular, fármacos analgésicos- antiinflamatorios (AINEs), siempre que no haya alergias o contraindicaciones al uso de los mismos. También pueden ser indicadas, en algunos casos y según criterio del médico especialista, determinadas técnicas electroterápicas.

**7. Riesgos en función de su situación:** su uso presenta una contraindicación relativa en pacientes con problemas de coagulación (uso de anticoagulantes, enfermedades de la coagulación, ...). El empleo de corticoides debe ser utilizado con cuidado en pacientes con diabetes o hipertensión.

**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	CATEGORÍA 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*