



Sociedad Norte  
del Dolor

1° APELLIDO \_\_\_\_\_

2° APELLIDO \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_ N° HISTORIA \_\_\_\_\_

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BLOQUEO DEL NERVIOSUPRAESCAPULAR.**

### **EN QUE CONSISTE EL BLOQUEO DEL NERVIOSUPRAESCAPULAR**

Consiste en bloquear con anestesia local el nervio que conduce la sensibilidad dolorosa del hombro y de las estructuras anatómicas que se insertan en él.

La técnica se realiza con una aguja conectada a un estimulador, que nos permite identificar su situación, pues se producen unas pequeñas contracciones musculares cuando se está en la zona a inyectar con el anestésico. La aguja se coloca en la zona posterior del hombro, sobre la escápula u omóplato. Se puede utilizar ecografía o rayos X para localizar el sitio de punción. Es poco molesto, pero en ocasiones, dependiendo de cada paciente, puede ser difícil de realizar, sobre todo en pacientes obesos. Se realiza colocándolo en posición sentado/a y la duración es de unos 10 minutos. Se utiliza para tratar dolores crónicos en la zona del hombro.

### **COMPLICACIONES DEL BLOQUEO DEL NERVIOSUPRAESCAPULAR**

Las complicaciones más frecuentes son:

- **Hematomas y dolor en la zona de punción**, que suelen ser pasajeros y de corta duración.

**En muy raras ocasiones se pueden producir complicaciones más graves como son:**

- **Reacciones alérgicas** al anestésico local.

- **Inyección intravascular** con toxicidad aguda producida por el anestésico, que se manifiesta por pérdida de conciencia, convulsiones y coma.

- **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. Es muy rara

**RIESGOS PERSONALIZADOS:**

-----  
-----  
-----  
-----

**Declaro** que he sido informado por el médico de las complicaciones que pueden ocurrir tras el bloqueo del nervio supraescapular y sé que, en cualquier momento, puedo revocar mi consentimiento.

**Estoy satisfecho** con la información recibida, he podido formular todas las preguntas que he creído convenientes, y me han aclarado todas las dudas planteadas.

En consecuencia, doy mi **Consentimiento** para la colocación de electrodos epidurales.

Firma del Paciente

Firma del Médico

Dr. D. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre del representante legal, en caso de incapacidad del paciente, con indicación del carácter con el que intervienen (padre, madre, esposo/a, tutor, etc.)

.....DNI.....

Firma ..... DNI .....

**REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACIÓN DEL BLOQUEO ANESTÉSICO DEL NERVIO SUPRAESCAPULAR**

Revoco el consentimiento para la realización del Bloqueo del Nervio supraescapular

Firma del paciente

Fecha