

# BLOQUEO NERVIOSO PERIFÉRICO

## 1. ¿Qué es?

Esta técnica consiste en la inyección de un anestésico local y/o un corticoide en el recorrido del nervio cuyo atrapamiento o estiramiento se considera responsable de la neuralgia (dolor en el recorrido de un nervio).

## 2. ¿Para qué sirve?

Para mejorar el dolor

## 3. ¿Cómo se realiza?

Es una técnica muy sencilla y consiste en una inyección del medicamento seleccionado en un lugar de su recorrido. A veces se emplea un neuroestimulador (estimula el nervio a través de una aguja con pequeños calambres) para localizar más precisamente el lugar del bloqueo.

Es una técnica que suele requerir bloqueos repetidos para conseguir resultados duraderos.

## 4. ¿Cuáles son los riesgos?

- **Poco graves y frecuentes:**
  - Molestias locales en el lugar de punción. Ceden en pocas horas con tratamiento sintomático.
  - Síncope vasovagal: mareo asociado a sensación de calor, sudor y desvanecimiento. Debe avisar si nota estos síntomas. No es grave y cede espontáneamente y con atropina.
- **Graves y poco frecuentes:**

Existen otras complicaciones muy poco frecuentes, como es el daño neurológico por lesión del nervio durante la punción o por la medicación inyectada.

## 5. ¿Cuáles son las alternativas?

Tratamiento farmacológico analgésico.

*Si usted o alguna persona autorizada desea mayor información, no dude en consultar a su médico/a responsable o a cualquiera del personal médico del Servicio que le atiende.*

### **RIESGOS PERSONALIZADOS**

.....

.....

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

*Ley 3/2001, Título II (D.O.G. 8/6/01), modificada por Ley 3/2005 (D.O.G. 21/3/05)*

D./Dña. .... mayor de edad, con  
D.N.I.: ....., vecino/a de ..... calle .....  
..... Nº ....., teléfono .....

### **MANIFIESTO:**

Que he sido informado/a por el/la Dr./Dra. .... en  
fecha ...../...../..... (y que me ha sido entregada una copia de la información) del  
procedimiento: ..... e igualmente de los  
beneficios que se esperan y del tipo de riesgos que comporta su realización (complicaciones más  
frecuentes) y su no realización, así como de las posibles alternativas según los medios asistenciales  
de este Centro.

Comprendo toda la información que se me ha proporcionado y mis dudas han sido  
aclaradas satisfactoriamente.

### **CONSENTO:**

A los facultativos del Servicio de ..... a que me  
practiquen el procedimiento referido (descrito en el anverso) y las pruebas complementarias  
necesarias. Soy conocedor/a de que en caso de urgencia o por causas imprevistas podrán realizarse  
las actuaciones médicas necesarias para mantenerme con vida o evitarme un daño.

Sé que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

Por incapacidad o renuncia a la toma de decisión: Persona que autoriza (familiar o tutor legal)

D./Dña. ...., con D.N.I.: .....  
en calidad de .....

Firmo dos ejemplares en A CORUÑA, a ..... de ..... de .....

**Firma del paciente**

**Firma del representante legal**

**Firma del facultativo**

*He decidido **REVOCAR** mi consentimiento respecto a la realización del procedimiento referido.*

Firma del paciente  
(o persona autorizada)

Firma del testigo

Firma del facultativo

**(Firmar sólo en caso de revocar el consentimiento previo).**

Fecha: ...../...../.....