

Procedimientos para aliviar el dolor guiados por rayos X

Esta guía sirve como herramienta de comunicación para pacientes, personal médico y de enfermería. Está diseñada para darle información, para que sepa qué esperar y qué debe hacer en cada paso del proceso. Recuerde: se trata solo de una guía. El médico o enfermero pueden añadir o cambiar muchas sugerencias. Priorice siempre las recomendaciones que ellos le dan. Consulte si tiene dudas sobre alguna información.

Guarde esta guía para consultarla ahora y en futuras intervenciones.

Todas las intervenciones e inyecciones ambulatorias para controlar el dolor que se describen en esta guía se llevan a cabo en una sala de procedimientos, utilizando una técnica estéril, con guía fluoroscópica (un tipo de rayos X) en Adventist Health Sonora Physical Medicine.

Adventist Health Sonora Physical Medicine

12811 Covey Circle, Sonora, CA 95370
209-536-3790

Northern California Spine Institute

900 Greenley Road, Suite 914, Sonora, CA 95370
200 W. Roseburg Ave., Suite B1, Modesto, CA 95350
23 N. Main St., Suite 201, Angels Camp, CA 95222
209-536-5778

Rural Health Specialty Care

193 S. Fairview Lane, Suite C, Sonora, CA 95370
209-536-5135

Índice

Una o dos semanas antes de la intervención.....	1
• Medicamentos que debe suspender antes de la intervención	
o Anticoagulantes	
o Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y suplementos alimenticios	
El día anterior y el día de la intervención quirúrgica	4
• Antes de su intervención	
• Qué y cuándo comer y beber	
• El día de la intervención	
• Zona preoperatoria	
• Sala de operaciones/procedimiento	
• Sala de recuperación	
Qué esperar después de la intervención.....	6
• Cuándo llamar al médico	
• Después de la intervención	
Posibles riesgos o complicaciones.....	7
Intervenciones.....	8
• Inyección epidural de corticoesteroides	
• Inyección en la articulación facetaria	
• Bloqueo de la rama medial	
• Ablación por radiofrecuencia	
• Inyección en la articulación sacroilíaca	
• Bloqueo de la rama genicular	
• Bloqueo de las ramas articulares femoral y obturatriz	
• Bloqueo de la rama supraescapular, axilar o pectoral lateral	
Glosario	16
Notas	18

Una o dos semanas antes de la intervención

Medicamentos que debe suspender antes de la intervención

Lea detenidamente esta información.

- ✓ ¡NO tome antibióticos! Notifique inmediatamente al consultorio del médico si le han recetado antibióticos en las semanas previas a la intervención.
- ✓ NO tome analgésicos si le van a realizar un bloqueo diagnóstico, que incluye lo siguiente:
 - Bloqueo de la rama medial
 - Bloqueo de la rama genicular
 - Bloqueo de las ramas femoral y obturatriz
 - Bloqueo de la rama supraescapular, axilar o pectoral lateral
- ✓ Puede tomar determinados analgésicos si NO le van a realizar un bloqueo diagnóstico o si está tomando ciertos analgésicos para afecciones crónicas en zonas distintas de las que se evaluarán.
- ✓ Asegúrese de tomar todos los demás medicamentos, especialmente los medicamentos para la tensión arterial, a los intervalos habituales.

A continuación, se indican ejemplos de qué medicamentos debe suspender y durante cuánto tiempo.

- ✓ **Revise estas listas de medicamentos dos semanas y una semana antes de la intervención.**
- ✓ **Si tiene dudas sobre si debe suspender o no un medicamento, póngase en contacto con el consultorio del médico.**

Si no sigue este protocolo, su intervención podría cancelarse.

Anticoagulantes

Si recibe alguno de los medicamentos anticoagulantes enumerados en la tabla de la página siguiente, siga estas instrucciones.

☐ Paso 1: Obtenga una autorización firmada.

Necesitará una autorización firmada por el proveedor que le receta los medicamentos anticoagulantes en la que le permita suspenderlos.

☐ Paso 2: Suspenda los medicamentos.

Suspenda los anticoagulantes entre uno y 14 días antes de la intervención, según la siguiente tabla.

❑ Paso 3: Reanude los medicamentos.

Después de la intervención, vuelva a tomar los medicamentos anticoagulantes, según la siguiente tabla.

Medicamento genérico	Nombre comercial	¿Cuándo debo SUSPENDER el medicamento ANTES de la inyección?	¿Cuándo debo REANUDAR el medicamento DESPUÉS de la inyección?
Anagrelida	Agrilina	24 horas	24 horas
Apixabán	Eliquis	3 días	24 horas
Aspirina	Aspirina	7 días	24 horas
Aspirina y dipiridamol	Aggrenox	7 días	24 horas
Cilostazol	Pletal	2 días	24 horas
Clopidogrel	Plavix	7 días	24 horas
Dabigatrán	Pradaxa	4 días *6 días (deterioro del funcionamiento renal)	24 horas
Dalteparina	Fragmin	24 horas	24 horas
Dipiridamol	Persantine	2 días	24 horas
Edoxabán	Savaysa	3 días	24 horas
Enoxaparina u otras heparinas de bajo peso molecular	Lovenox	Llame a la clínica para verificar durante cuánto tiempo debe suspender.	Llame a la clínica para verificar durante cuánto tiempo debe suspender.
Fondaparinux	Arixtra	4 días	24 horas
Norgesic Forte	Norgesic Forte	7 días	24 horas
Pentosano	Elmiron	7 días	24 horas
Prasugrel	Effient	10 días	24 horas
Rivaroxabán	Xarelto	3 días	24 horas
Ticagrelor	Brilinta	5 días	24 horas
Ticlopidina	Ticlid	14 días	24 horas
Warfarina: comprobaremos su valor de INR 1 o 2 días antes de la intervención programada.	Coumadin: Si su valor de INR es superior a 1.2, es posible que se deba reprogramar la intervención.	Llame a Coumadin Clinic para verificar durante cuánto tiempo debe suspender.	Llame a Coumadin Clinic para verificar cuándo debe reiniciar la medicación.

Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y suplementos alimenticios

Si está tomando alguno de los AINE o suplementos alimenticios enumerados en la siguiente tabla, suspéndalos de tres a siete días antes de la intervención, según se le indique. Puede volver a tomarlos inmediatamente después de la intervención.

7 días antes de la intervención, suspenda:	5 días antes de la intervención, suspenda:	3 días antes de la intervención, suspenda:
Suplementos alimenticios: • Ácido alfa lipoico o aceites (aceite de pescado, aceite de linaza) • Danshen • Dong quai • Ajo • Ginkgo biloba • Ginseng • Cúrcuma • Vitamina E Disalcid (salsalato) Relafen (nabumetona)	• Aleve, Naprosyn (naproxeno sódico) • Mobic (meloxicam)	• Advil, Motrin (ibuprofeno) • Azulfidine (sulfasalazina) • Arthrotec (diclofenaco sódico/misoprostol) • Celebrex (celecoxib) • Clinoril (sulindaco) • Indocin (indometacina) • Lodine (etodolaco) • Oruvail (ketoprofeno) • Toradol (ketorolaco) • Trilisate en dosis baja (trisalicilato) • Vicoprofen (hidrocodona e ibuprofeno) • Voltaren, Zorvolex (diclofenaco)

El día anterior y el día de la intervención quirúrgica

Antes de su intervención

- El personal de enfermería de preadmisión le llamará a su casa antes de la fecha de la intervención para repasar la hora de llegada y responder sus preguntas. Es posible que su hora de llegada cambie con respecto a la prevista inicialmente.
 - ✓ El enfermero repasaré su lista de medicamentos, los que puede tomar el día de la intervención y los que NO debe tomar.
 - ✓ Se proporcionarán instrucciones especiales para los pacientes que toman medicación oral o insulina para la diabetes.
 - Informe al enfermero si es alérgico al yodo, al medio de contraste o a algún medicamento.
 - Si tiene un marcapasos, un desfibrilador cardioversor autoimplantable o un estimulador medular, tenga a mano la información del dispositivo para el enfermero que le llame. Si le van a realizar una ablación por radiofrecuencia, le colocarán un imán sobre el dispositivo durante la intervención. Si tiene un estimulador medular, apague el dispositivo con el mando a distancia antes de la intervención.
 - Si le recetaron antibióticos después de programar su intervención, informe al consultorio del médico lo antes posible antes del día de la intervención.
 - Si ha recibido o tiene previsto recibir una vacuna en las dos semanas anteriores a su intervención, informe al consultorio del médico lo antes posible. Los procedimientos que impliquen corticoesteroides no se realizarán dos semanas antes o después de una vacuna.
- Un representante de pacientes le llamará de Adventist Health Sonora Physical Medicine para verificar su seguro y ayudarlo con las estimaciones de costos.

Qué y cuándo comer y beber

- No debe comer nada en las seis horas previas a la intervención.
- No debe beber nada, ni siquiera agua, en las dos horas previas a la intervención.

El día de la intervención

- **ALGUIEN DEBERÁ LLEVARLO A CASA.**
- Puede tomar los medicamentos recetados con un sorbo de agua la mañana de la cirugía, según las indicaciones del personal de enfermería preoperatoria.

- Cosas que debe traer al registro previo si el enfermero de preadmisión no habla con usted antes de su llegada:
 - ✓ Antecedentes médicos
 - ✓ Lista de medicamentos
- Deje en su casa todas las joyas y objetos de valor.
- Llegue 45 minutos antes de la intervención.
- Para la prueba del estimulador medular, llegue una hora antes de la intervención.

Zona preoperatoria

- Se le pedirá que se desvista y se ponga una bata para pacientes. Deberá colocar sus objetos personales en una bolsa para pertenencias del paciente. La bolsa permanecerá con usted en la camilla.
- Es posible que le coloquen un acceso intravenoso para la administración de medicamentos durante la intervención.
- Cuando el equipo de la intervención haya preparado su habitación, le llevarán en camilla a la sala de intervención.
- Si lo desea, puede recibir una sedación ligera para ayudarlo a relajarse. La sedación puede producirle somnolencia, pero NO estará dormido durante la intervención.
- Es posible que sienta alguna molestia, pero haremos todo lo posible por minimizar el dolor.

Sala de operaciones/procedimiento

Un enfermero lo llevará a la sala de operaciones en camilla. Si es necesario, lo ayudarán a subirse a la cama de la sala de operaciones. Se pondrá especial cuidado en respetar su privacidad y hacer que se sienta cómodo con mantas acolchadas y cálidas especiales. Dependiendo de la intervención, se le colocará boca abajo, boca arriba o de lado.

Es posible que el personal haga lo siguiente:

- Coloque monitores de electrocardiograma y oxígeno.
- Le administre sedación, si lo desea o es necesario, para completar la intervención de forma segura.
- Limpie la zona del procedimiento con un antiséptico cutáneo.
- Anestesie la piel con lidocaína.
- Complete la intervención.
- Limpie la piel y aplique vendajes adhesivos.
- Le ayude a volver a la camilla y le lleve a la sala de recuperación.

Sala de recuperación

- Pasará entre 15 y 30 minutos en la sala de recuperación.
- Se comprobará el estado y la sensibilidad de sus piernas o brazos, dependiendo de la intervención.
- Las instrucciones para el alta se abordarán con usted y con la persona que le lleve a casa.
- Si le van a realizar un bloqueo diagnóstico, deberá completar un diario del dolor. El personal de enfermería de recuperación le explicará cómo rellenar el diario del dolor.

Qué esperar después de la intervención

Cuándo llamar al médico

Comuníquese con su médico si presenta alguno de los siguientes signos o síntomas:

- Cualquiera de estos signos o síntomas de infección:
 - Fiebre superior a 101 °F, escalofríos
 - Enrojecimiento, hinchazón o dolor alrededor del lugar de la inyección
 - Calor procedente del lugar de la inyección
 - Pus o mal olor procedente del lugar de la inyección
- Fuerte dolor de cabeza
- Debilidad en brazos o piernas

Busque ayuda de inmediato si sucede lo siguiente:

- Tiene dolor intenso en el lugar de la inyección que no se alivia con medicamentos.
- Tiene dolor de cabeza intenso o rigidez en el cuello.
- Se vuelve sensible a la luz.
- Tiene entumecimiento o debilidad en las piernas o los brazos.
- Pierde el control de la vejiga o de los movimientos intestinales.
- Tiene dificultad para respirar.
- Tiene náuseas o vómitos intensos, repentinos o duraderos.

Después de la intervención

- Siga las instrucciones de alta correspondientes a su intervención.
- Tómese con calma el día de la intervención y tenga en cuenta que cada persona se recupera a un ritmo diferente.
- Si se le ha realizado un bloqueo diagnóstico, el programador quirúrgico revisará los resultados del bloqueo con usted. En función de los resultados y del procedimiento, es posible que deba programar un bloqueo confirmatorio, una ablación por radiofrecuencia o una reevaluación en la clínica.

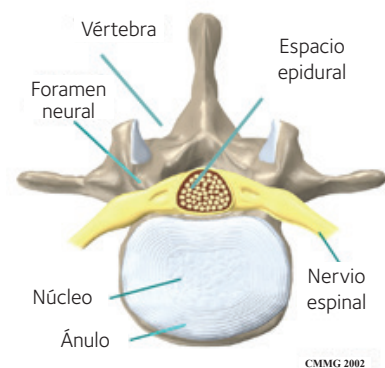
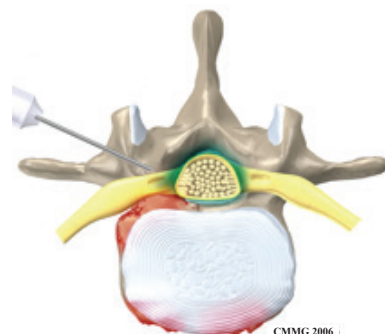
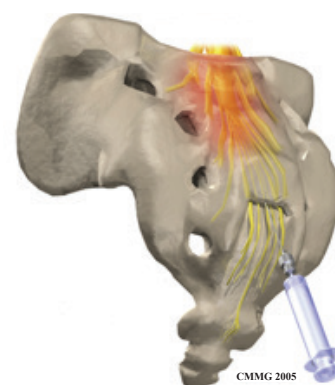
Una vez reducido el dolor, podrá volver a disfrutar de la vida. En algunos casos, es posible que la inyección epidural de corticoesteroides no alivie todo el dolor. Es posible que necesite más inyecciones en el mismo lugar o en otra zona, o que necesite otro tipo de tratamiento. Su médico hablará de esto con usted.

Posibles riesgos o complicaciones

- Entumecimiento localizado o debilidad durante un máximo de seis horas.
- Desmayo por una caída de la tensión arterial (aproximadamente el 1 % de los pacientes se desmayan durante unos segundos tras la inserción de la aguja).
- Aumento del dolor durante un máximo de siete días hasta que el corticoesteroide empiece a actuar.
- Efectos de la inyección de corticoesteroides (que duran de unos días a unas semanas como máximo), como pigmentación o adelgazamiento de la piel, rubor facial, retención de líquidos, irritación estomacal, cambios de humor, dolores de cabeza, aceleración del ritmo cardíaco o aumento de la presión arterial, aumento del azúcar en sangre, cambios hormonales (incluido un posible aumento del sangrado menstrual, manchado entre periodos o ciclo menstrual en pacientes posmenopáusicas).
- Los corticoesteroides también pueden inhibir temporalmente la capacidad del organismo para combatir las infecciones.
- En las epidurales, las complicaciones más raras incluyen la punción del saco dural que contiene el líquido cefalorraquídeo, lo que puede causar dolor de cabeza espinal y puede requerir otra inyección, llamada parche sanguíneo, para repararlo.
- Las complicaciones más raras incluyen lesiones por aguja en los nervios, la médula espinal, el hueso o los vasos sanguíneos, que en algunos casos causan parálisis total o temporal.
- Las partículas de los corticoesteroides, inyectadas en un vaso, podrían causar derrames cerebrales.
- Una reacción alérgica imprevisible al anestésico local, al corticoesteroide o al contraste, en algunos casos poco frecuentes, podría ser lo bastante grave como para causar la muerte.
- Los pacientes que se someten a una ablación por radiofrecuencia pueden sufrir complicaciones adicionales muy poco frecuentes, como daños en la raíz nerviosa mayor de la pierna o el brazo, que podrían causar parálisis parcial o entumecimiento.
 - o Si se somete a una ablación cervical por radiofrecuencia, puede sentir entumecimiento en el cuello o en la parte posterior de la cabeza.
- Si tiene marcapasos o desfibrilador, utilizaremos un imán externo para asegurarnos de que su dispositivo permanezca en modo neutro. Si esto fallara, la radiofrecuencia podría interferir con el dispositivo y provocar latidos irregulares que, si son graves, pueden causar la muerte.
- Si está tomando medicamentos anticoagulantes por alguna enfermedad, la interrupción de estos medicamentos puede ponerle en peligro. Debe consultar con el médico que trata su enfermedad y le receta la medicación anticoagulante sobre los riesgos y los beneficios de suspenderla.

Inyección epidural de corticoesteroides

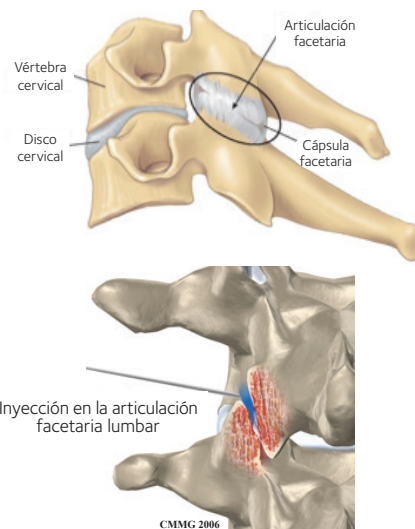
La duramadre es una cubierta que protege el cerebro, la médula espinal y las raíces nerviosas que salen de la columna vertebral e irrigan los músculos de todo el cuerpo, incluidos los brazos y las piernas. El espacio epidural rodea la duramadre y proporciona acceso al canal espinal o a las raíces nerviosas irritadas e inflamadas por discos dañados o artritis en la columna vertebral. La inflamación de estas raíces nerviosas o del canal espinal puede causar dolor, calambres, entumecimiento o debilidad en la distribución del nervio o nervios afectados. Puede aplicarse una inyección epidural de corticoesteroides en el cuello, la parte superior de la espalda, la zona lumbar o la región sacra. Se inyecta en el espacio epidural una combinación de corticoesteroides (un potente antiinflamatorio) y un analgésico anestésico para disminuir la inflamación de las raíces nerviosas. A veces, también se añade una solución salina a la mezcla para aumentar el volumen y cubrir más superficie. Cuando la inflamación haya remitido, un fisioterapeuta podrá tratar mejor la zona afectada para obtener resultados a largo plazo.



Inyección en la articulación facetaria

La columna vertebral está formada por unos huesos llamados vértebras. El cuerpo vertebral es un hueso redondo u ovalado situado en la parte delantera de la columna vertebral que está conectado al nivel superior e inferior mediante discos. Las facetas son pequeñas articulaciones de la parte posterior de la columna vertebral que conectan con los niveles superior e inferior. Hay dos articulaciones facetarias por nivel, que proporcionan estabilidad y guían el movimiento por toda la columna vertebral. Las articulaciones facetarias pueden doler cuando se inflaman debido a una lesión, como un latigazo cervical, o a la artritis provocada por años de desgaste. El dolor de las articulaciones facetarias del cuello puede manifestarse como dolor de cabeza, dolor de cuello o de hombros, o dolor entre los omóplatos. El dolor de las articulaciones facetarias de la parte baja de la espalda puede manifestarse como dolor lumbar, de glúteos o de cadera.

La inyección en la propia articulación se denomina inyección en la articulación facetaria. Durante una inyección en la articulación facetaria, se inyecta una pequeña cantidad de corticoesteroides y un anestésico en la articulación para reducir la inflamación y aliviar el dolor. El alivio del dolor suele durar de semanas a meses, lo que da al paciente tiempo para elongar y fortalecer los músculos que rodean la columna vertebral, con el consiguiente alivio del dolor a largo plazo y mejora del funcionamiento. Una articulación artrítica no se beneficiará a largo plazo de las inyecciones de corticoesteroides en la articulación.

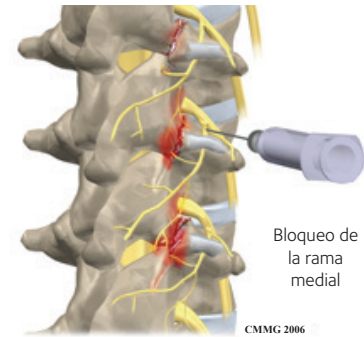


Bloqueo de la rama medial

Los nervios de la rama medial son nervios específicos que suministran al cerebro información sobre el dolor procedente de las articulaciones facetarias. Un bloqueo de la rama medial coloca un medicamento anestésico fuera de la articulación, justo donde se encuentran los nervios de la rama medial, bloqueando estos nervios para que no envíen señales de dolor al cerebro. Si el paciente obtiene un alivio inmediato y significativo de su dolor habitual, significa que las articulaciones afectadas son una de las principales causas de su dolor de cuello o lumbar.

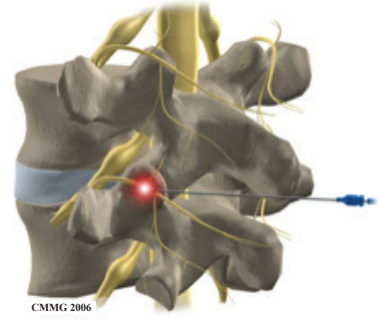
El alivio del dolor con este procedimiento es solo temporal y reaparecerá cuando desaparezca el efecto de la anestesia. Se utiliza una serie de bloqueos de rama medial (diagnósticos y confirmatorios) para demostrar que esas articulaciones facetarias concretas son la causa del dolor.

Junto con la ablación por radiofrecuencia, un procedimiento similar pero más permanente, los bloqueos de la rama media pueden resolver el dolor de las articulaciones facetarias durante meses o años.



Ablación por radiofrecuencia

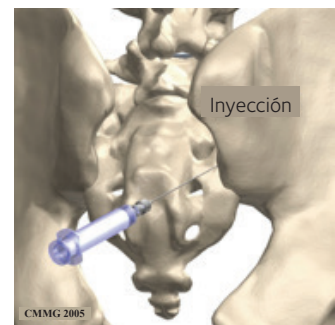
La ablación por radiofrecuencia, o neurotomía, es un procedimiento de inyección que utiliza ondas de radio de alta energía para calentar y destruir los nervios que aportan información sobre el dolor de las articulaciones artrósicas. Estas intervenciones se llevan a cabo de forma similar a los bloqueos diagnósticos para la médula, las rodillas, la cadera o los hombros: Las agujas se guían con rayos X hasta los mismos nervios que transmiten la información sobre el dolor desde las articulaciones dolorosas. Sin embargo, en lugar de un anestésico, se introduce una sonda muy fina en la aguja y se conecta a un generador que produce energía de radiofrecuencia. Se realiza una prueba de estimulación motora para asegurarse de que no haya nervios motores cercanos que deban protegerse. Tras la prueba, se inunda la zona con un anestésico para que el paciente no sienta realmente la "quemadura". Luego, se enciende el generador para calentar y destruir los nervios que transmiten información sobre el dolor desde las articulaciones artrósicas facetarias de la columna vertebral o las articulaciones principales.



Inyección en la articulación sacroilíaca

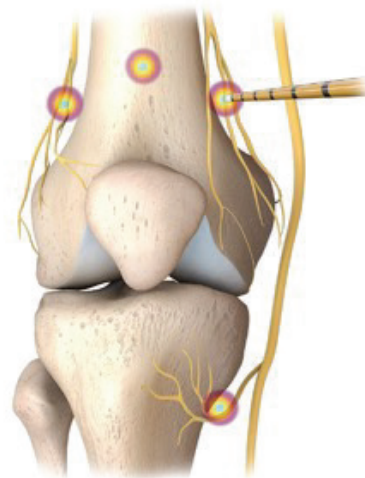
La articulación sacroilíaca es una gran articulación que conecta la columna vertebral con la pelvis. Es una articulación que suele verse afectada por la artritis y la degeneración con el paso del tiempo o debido a un traumatismo. Si la articulación pierde demasiado cartílago debido a la degeneración o se vuelve inestable a causa de una lesión o traumatismo, puede inflamarse. Esto es particularmente así en pacientes con fusiones lumbares, ya que la fusión de la columna vertebral suele ejercer más fuerza sobre la articulación sacroilíaca, lo que provoca su degeneración a un ritmo acelerado.

El dolor de la articulación sacroilíaca suele manifestarse como dolor en la parte baja de la espalda o en la parte superior de los glúteos, por lo general en forma de banda a lo largo de la parte baja de la espalda, y puede irradiarse también a las piernas. No existen pruebas definitivas ni pruebas de imagen, como las radiografías, para diagnosticar el dolor de la articulación sacroilíaca. Una inyección en la articulación sacroilíaca es la mejor herramienta diagnóstica para confirmar el dolor de las articulaciones sacroilíacas. Se mezcla un corticoesteroide con un anestésico y se inyecta en la articulación para calmar la inflamación y reducir el dolor. La inyección suele combinarse con fisioterapia para fortalecer los músculos que sostienen la articulación. Se puede utilizar un cinturón para la articulación sacroilíaca para estabilizar la articulación durante las actividades agravantes hasta que los músculos sean lo bastante fuertes para hacerlo por sí solos. Dado que la articulación es muy profunda y angulada, se inyecta bajo guía fluoroscópica para garantizar una colocación adecuada.



Bloqueo de la rama genicular

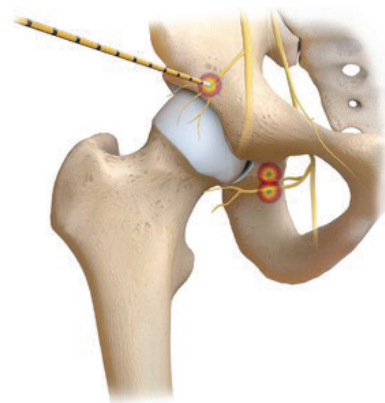
Las ramas geniculares son nervios que se ramifican alrededor de la articulación de la rodilla y transmiten señales de dolor. Los pacientes con artritis de rodilla de moderada a grave que no responden a la fisioterapia, las inyecciones de corticoesteroides o la viscosuplementación son buenos candidatos para la ablación por radiofrecuencia de los nervios geniculares que irrigan la articulación de la rodilla. Otros pacientes que se beneficiarían de este procedimiento son los que no son buenos candidatos para una cirugía invasiva o los que, a pesar de una cirugía impecable, tienen un dolor persistente. Al igual que los bloqueos de rama medial para la columna vertebral, el bloqueo genicular es un procedimiento que se realiza con anestesia local para bloquear los nervios sensoriales que llevan las señales de dolor de la rodilla al cerebro. Esta inyección diagnóstica se realiza para determinar si el origen del dolor de rodilla es la artrosis y para confirmar que el procedimiento de ablación por radiofrecuencia tendrá efectos sobre el dolor. Si el bloqueo nervioso funciona, el dolor se aliviará significativamente durante unas horas mientras dure la anestesia. Se proporcionará un diario del dolor para registrar la cantidad y el grado de alivio del dolor durante ese tiempo.



Bloqueo de las ramas articulares femoral y obturatriz

Las ramas articulares femoral y obturatriz son los nervios que rodean la articulación de la cadera y transmiten el dolor desde ella. Los pacientes con artritis de rodilla de moderada a grave que no responden a la fisioterapia o a las inyecciones de corticoesteroides son buenos candidatos para la ablación por radiofrecuencia de los nervios de las ramas articulares femoral y obturatriz que irrigan la articulación de la cadera. Otros pacientes que se beneficiarían de este procedimiento son aquellos cuya articulación de la cadera tiene una forma inusual y causa pinzamiento (pinzamiento femoro acetabular), pacientes con osteonecrosis (necrosis avascular) de la cadera, quienes no son buenos candidatos para la cirugía invasiva o quienes, a pesar de una cirugía impecable, tienen dolor persistente.

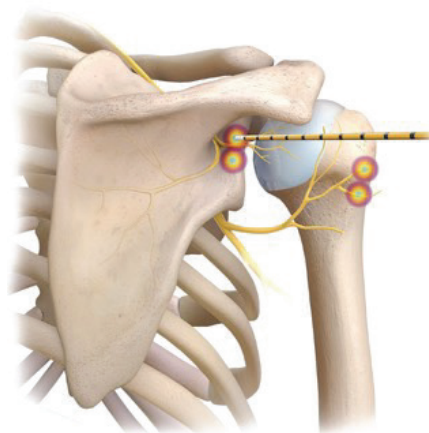
Al igual que los bloqueos de rama medial para la columna vertebral y el bloqueo genicular para la rodilla, el bloqueo de la rama femoral y obturatriz es un procedimiento que se realiza con anestesia local para bloquear los nervios sensoriales que llevan las señales de dolor de la cadera al cerebro. Esta inyección diagnóstica se realiza para determinar si el origen del dolor de cadera es la artrosis y para confirmar que el procedimiento de ablación por radiofrecuencia tendrá efectos sobre el dolor. El procedimiento es difícil porque, cerca del sitio objetivo, hay nervios y vasos sanguíneos grandes. Además de radiografías especiales, se utiliza un ecógrafo para guiar las agujas hasta el punto correcto. Si el bloqueo nervioso funciona, el dolor se aliviará significativamente durante unas horas mientras dure la anestesia. Se proporcionará un diario del dolor para registrar la cantidad y el grado de alivio del dolor durante ese tiempo.



Bloqueo de la rama supraescapular, axilar o pectoral lateral

Varios nervios llevan información sobre el dolor desde la articulación del hombro hasta el cerebro: las ramas supraescapular, axilar o pectoral lateral. Los pacientes con artritis de hombro de moderada a grave que no responden a la fisioterapia y a las inyecciones de corticoesteroides son buenos candidatos para la ablación por radiofrecuencia de los nervios de la rama supraescapular, axilar y pectoral lateral que irrigan la articulación del hombro. Otros pacientes que se beneficiarían de este procedimiento son los que no son buenos candidatos para una cirugía invasiva o los que, a pesar de una cirugía impecable, tienen un dolor persistente.

Al igual que otros bloqueos diagnósticos para la columna vertebral, la rodilla o las caderas, el bloqueo de las ramas supraescapular, axilar y pectoral lateral se realiza con anestesia local para bloquear los nervios sensoriales que llevan las señales de dolor desde el hombro al cerebro. Esta inyección diagnóstica se realiza para determinar si el origen del dolor de hombro es la artrosis y para confirmar que el procedimiento de ablación por radiofrecuencia tendrá efectos sobre el dolor. Si el bloqueo nervioso funciona, el dolor se aliviará significativamente durante unas horas mientras dure la anestesia. Se proporcionará un diario del dolor para registrar la cantidad y el grado de alivio del dolor durante ese tiempo.



Glosario

Palabras que puede oír durante la intervención

Ablación

Lesión por calor creada en ciertos nervios con el objetivo de interrumpir las señales de dolor al cerebro y eliminar el dolor.

Medio de contraste

Tipo de medio de contraste médico utilizado para mejorar la visibilidad de las estructuras corporales internas en técnicas de imagen basadas en rayos X, como la fluoroscopia. Los agentes de radiocontraste suelen ser yodados para los procedimientos del dolor.

Inyección epidural de corticoesteroides

Técnica para aliviar el dolor de la estenosis espinal y la hernia discal espinal. Mediante una aguja, se inyecta un corticoesteroide y un anestésico local en el espacio epidural que rodea la médula espinal y los nervios raquídeos. El efecto antiinflamatorio del corticoesteroide puede aliviar el dolor causado por la inflamación de las raíces de los nervios que salen de la columna vertebral.

Fluoroscopia

Técnica de diagnóstico por imagen en la que se utilizan rayos X para obtener imágenes en movimiento en tiempo real de las estructuras internas de un paciente mediante el uso de una máquina de rayos X.

Anestésico local

Anestésico local que se utiliza para adormecer la superficie de una parte del cuerpo y cuyo efecto es solo temporal y desaparece solo.

Bloqueo nervioso

Cualquier interrupción deliberada de las señales que viajan a lo largo de un nervio, a menudo con el propósito de aliviar el dolor. Se trata de un bloqueo a corto plazo, que suele durar horas o días, en el que se inyecta un anestésico cerca de un nervio. Se utiliza como "prueba" para un procedimiento posterior denominado ablación por neurotomía de radiofrecuencia.

Escala de dolor

La intensidad del dolor se mide utilizando escalas de dolor autoinformadas. Le pediremos que valore su nivel de dolor desde 0, que significa NINGÚN dolor, hasta 10, que es el peor dolor que ha experimentado un paciente. La escala se utiliza para determinar la eficacia de un fármaco o procedimiento.

Cefalea espinal

Efecto secundario de la anestesia espinal y la punción lumbar que puede producirse ocasionalmente en la anestesia epidural. La fuga de líquido cefalorraquídeo a través de la punción de la duramadre provoca una reducción de los niveles de líquido en el cerebro y la médula espinal, y puede dar lugar a la aparición de cefalea espinal horas o días después. Se intensifica con el movimiento, al sentarse o levantarse, y se alivia en cierta medida al tumbarse. La incidencia de este efecto secundario ha disminuido significativamente desde que el uso de la fluoroscopia para los procedimientos epidurales se ha convertido en estándar y ha permitido la visualización directa de las estructuras durante el procedimiento.

Corticoesteroides

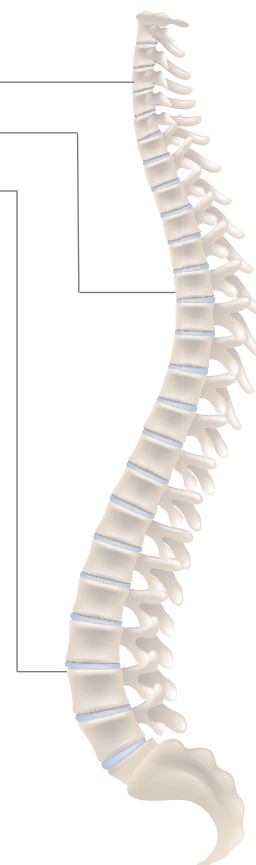
Medicamento antiinflamatorio que se administra para disminuir la inflamación, la hinchazón y el dolor.

Regiones de la columna vertebral

Cervical: relativa a la zona del cuello de la columna vertebral.

Torácica: relativa a la parte del cuerpo entre el cuello y el abdomen.

Lumbar: el segmento abdominal del torso. La región lumbar a veces se denomina parte inferior de la columna vertebral.



A decorative graphic in the bottom right corner consisting of several overlapping rounded squares and circles in light blue and grey colors.

