

RADIOFRECUENCIA DE NERVIO PERIFÉRICO

1.- ¿Qué es?

La radiofrecuencia es una técnica de rehabilitación que consiste en la utilización de una aguja especialmente diseñada para la aplicación de esta técnica, que produce un campo electromagnético a partir de una estimulación eléctrica, que dará lugar a la producción de calor además de otros posibles efectos beneficiosos aún no bien demostrados, sobre la zona afectada.

2.- ¿Para qué sirve?

Con el campo electromagnético que se ocasiona se trata de interrumpir la conducción nerviosa y, por tanto, la transmisión del dolor a través de la utilización de una corriente eléctrica.

El objetivo es la mejoría del dolor, si bien al cabo de un tiempo el dolor podría reaparecer.

3.- ¿Cómo se realiza?

Para su aplicación, se utiliza una corriente eléctrica en pulsos que sigue el recorrido del nervio que conduce la sensibilidad dolorosa de la zona.

En esta modalidad se alcanzan temperaturas de 40-42°C, que permiten el alivio del dolor sin producir destrucción nerviosa. En ella se emplea un neuroestimulador (que estimula el nervio a través de una aguja con pequeños calambres) para localizar de forma más precisa el lugar del bloqueo.

En personas obesas la localización del nervio puede ser más difícil.

4.- ¿Cuáles son los riesgos?

Leves y frecuentes:

- Molestia local en el lugar de punción. Suele remitir en pocas horas de forma espontánea o con analgésicos convencionales.
- Neuritis (poco frecuente).
- Hematoma en la región de punción.
- 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.

Contraindicaciones: Esta técnica no puede ser aplicada en pacientes con trastornos de coagulación o con infecciones en la zona de punción.

Riesgos específicos según el nervio a tratar:

5.- ¿Cuáles son las alternativas?

Entre las alternativas a la radiofrecuencia del nervio periférico se encuentran el tratamiento farmacológico oral, o el bloqueo del nervio con anestésico o corticoide.

Si usted o alguna persona autorizada desean mayor información, no duden en consultar a su médico responsable o a cualquiera de los médicos del Servicio que le atienden.

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:/...../.....