

RADIOFRECUENCIA DE NERVIIO PERIFÉRICO

1.- Que é?

A radiofrecuencia é unha técnica de rehabilitación que consiste na utilización dunha agulla especialmente deseñada para a aplicación desta técnica, que produce un campo electromagnético a partir dunha estimulación eléctrica, que dará lugar á produción de calor ademais doutros posibles efectos beneficiosos aínda non ben demostrados, sobre a zona afectada.

2.- Para que serve?

Co campo electromagnético que se ocasiona trátase de interromper a condución nerviosa e, por tanto, a transmisión da dor a través da utilización dunha corrente eléctrica.

3.- Como se realiza?

Para a súa aplicación, utilízase unha corrente eléctrica en pulsos que segue o percorrido do nervio que conduce a sensibilidade dolorosa da zona. Nesta modalidade alcánzanse temperaturas de 40-42°C, que permiten o alivio da dor sen producir destrución nerviosa. Nela emprégase un neuroestimulador (que estimula o nervio a través dunha agulla con pequenas cambras) para localizar de forma máis precisa o lugar do bloqueo.

Nas persoas obesas a localización do nervio pode ser máis difícil.

4.- Cales son os riscos?

Leves e frecuentes

- Molestia local no lugar de punción. Adoita remitir en poucas horas de forma espontánea ou con analxésicos convencionais.
- Hematoma na rexión de punción.
- Síncope vasovagal: mareo asociado a sensación de calor, suor e desmaio. Debe avisar se nota estes síntomas. Non é grave e cede espontaneamente e con atropina.

Leves e pouco frecuentes:

- Neurite (inflamación do nervio que pódese manifestar con dor).

Contraindicacións: esta técnica non pode ser aplicada en pacientes con trastornos de coagulación ou infeccións na zona de punción.

Riscos específicos segundo o nervio para tratar:

5.- Cales son as alternativas?

Entre as alternativas á radiofrecuencia do nervio periférico, atópanse o tratamento farmacolóxico oral, ou o bloqueo do nervio con anestésico ou corticoide.

Se vostede ou algunha persoa autorizada desexa maior información, non dubide en consultar ao seu médico/a responsable ou a calquera do persoal médico do Servizo que o atende.

RISCOS PERSONALIZADOS

.....
.....

CONSENTIMENTO INFORMADO

Lei 3/2001, Título II (D.O.G. 8/6/01), modificada pola Lei 3/2005 (D.O.G. 21/3/05)

D./Dna. maior de idade, con
D.N.I.:, veciño/a de rúa
..... Nº, teléfono

MANIFESTO:

Que fun informado/a polo/pola Dr./Dra. en data/...../..... (e que me foi entregada unha copia da información) do procedemento: e igualmente dos beneficios que se esperan e do tipo de riscos que comporta a súa realización (complicacións máis frecuentes) e a súa non realización, así como das posibles alternativas segundo os medios asistenciais deste Centro.

Comprendo toda a información que se me proporcionou e as miñas dúbidas foron aclaradas satisfactoriamente.

CONSINTO:

Aos facultativos do Servizo de a que me practiquen o procedemento referido (descrito no anverso) e as probas complementarias necesarias. Son coñecedor/a de que en caso de urxencia ou por causas imprevistas poderán realizarse as actuacións médicas necesarias para manterme con vida ou evitarme un dano.

Sei que en calquera momento podo revogar o meu consentimento.

Por incapacidade ou renuncia á toma de decisión: Persoa que autoriza (familiar ou titor legal)

D./Dna., con D.N.I.:
en calidade de

Asino dous exemplares en A Coruña, a de de

Sinatura do/a paciente

Sinatura do/a representante legal

Sinatura do/a facultativo/a

*Decidín **REVOGAR** o meu consentimento respecto da realización do procedemento referido.*

Sinatura do/a paciente
(ou persoa autorizada)

Sinatura da testemuña

Sinatura do/a facultativo/a

(Asinar só en caso de revogar o consentimento previo).

Data:/...../.....