

EN QUÉ CONSISTE LA RADIOFRECUENCIA DE RAMO MEDIAL

Esta técnica consiste en la introducción de unas agujas especiales que, gracias a un generador de radiofrecuencia, aplican calor en la punta del electrodo situado en su interior, que va a producir coagulación de unas terminaciones nerviosas de unas pequeñas articulaciones de su columna vertebral, llamadas facetas, para tratar dolores de la región vertebral de carácter mecánico.

Es una técnica poco dolorosa, pero un poco incómoda. Se emplean unas agujas dirigidas con radioscopia (rayos X) o ecografía (cervicales) para localizar el lugar de inyección. Suele durar entre 20 y 25 minutos. Se suele canalizar una vía venosa (un suero) y se emplea anestesia local y una sedación ligera para hacer el procedimiento más cómodo para usted.

QUÉ MEDICACIÓN PUEDE USARSE

Corticoide: Se emplea junto con un anestésico. Puede conllevar riesgo de descompensación en pacientes con HTA, diabetes o antecedente de infarto o insuficiencia cardíaca. Si ha tenido alguna de estas patologías debe informarlo.

Ozono: un gas derivado del oxígeno, producido in situ por un equipo especial. La ozonoterapia cuenta con una base científica contrastada y está reconocida por el ministerio de salud dentro de la cartera de servicios de la Unidad del Dolor. El propósito principal de la aplicación paravertebral de ozono es ayudar a tratar la inflamación y el dolor, como complemento a la radiofrecuencia. Las contraindicaciones para la aplicación de ozono son: infarto agudo de miocardio reciente, trastorno de la coagulación en la actualidad, estatus hipertiroideo no controlado, o Favismo. Si padece taquicardia continua, anemia, orina color coñac, o ictericia debe comunicarlo a su médico. Además de las propiedades del ozono, esta técnica tiene varias ventajas respecto a la realización de la radiofrecuencia sin ozono: Se necesita menos mediación corticoide, pudiendo incluso prescindirse de esta en pacientes que son alérgicos o no la toleran. No se han reportado alergias ni efectos secundarios para el organismo a medio/largo plazo. Minimiza el riesgo de infección o absceso.

RIESGOS TÍPICOS DE LA TÉCNICA

Las complicaciones más frecuentes que pueden aparecer son: *Molestias locales* en el lugar de punción. Ceden en pocas horas con analgésicos convencionales. *Síncope vasovagal*. Es un “mareo” que suele darse en ciertas personas ante determinadas situaciones (análisis, visión de sangre, dolor, etc.) Se acompaña de sensación de calor, sudor, y desvanecimiento. Debe avisar si nota estos síntomas. No es grave y cede con atropina (que se puede administrar de forma preventiva)

Existen otras complicaciones muy poco frecuentes.

- Lesiones de las raíces nerviosas de la zona lumbar por desplazamiento inadvertido de la aguja hacia el orificio de salida de estos nervios de la columna. Es muy raro
- Hematomas en la zona de punción, se resuelve en pocos días
- Incomodidad o dolor en la zona tratada. Puede ser consecuencia de la neuritis de los nervios eliminados con la radiofrecuencia, y suele durar 10-20 días como máximo. Para prevenirlo se emplean un corticoide in situ tras la radiofrecuencia, pero es posible que necesite tomar un AINE para controlar el dolor hasta que desaparezca.

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO PARA BLOQUEO Y/O RADIOFRECUENCIA DE NERVIOS PERIFÉRICOS

RIESGOS PERSONALIZADOS

Estos riesgos están relacionados con el estado de salud previo del paciente, y los más significativos son:

DECLARO que he sido informado/a por el médico de los riesgos de la técnica, y sé QUE, EN CUALQUIER MOMENTO, PUEDO REVOCAR MI CONSENTIMIENTO. **ESTOY SATISFECHO/A con la información recibida, he podido formular todas las preguntas que he creído convenientes y me han aclarado todas las dudas planteadas.**

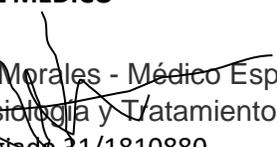
En consecuencia, DOY MI CONSENTIMIENTO para que se me realice esta técnica.

■ Acepto que durante el procedimiento se pueda realizar una **sedación** acorde a las necesidades del paciente, para evitar en la medida de lo posible que el procedimiento sea doloroso.

■ Acepto también que, de esta forma, al ser paciente de la Unidad del Dolor podré recibir llamadas o notificaciones relacionadas a citas y eventos de la unidad del dolor. Puede disentir de recibir notificaciones enviando un correo a **contacto@doctorcarlosmorales.com**

FIRMA DEL PACIENTE:

FIRMA Y COLEGIADO DEL MÉDICO


Dr. Carlos Morales - Médico Especialista
de Anestesiología y Tratamiento del
dolor. Colegiado 31/1810880

DNI:

FECHA:

NOMBRE:

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

Firma del representante legal

DNI

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACIÓN DE LA TÉCNICA

Firma de revocación del paciente

Fecha

El responsable del tratamiento de datos, CAMP ANESTESIA SLP, tiene como finalidad la gestión del historial clínico del paciente, basando su legitimación en la ejecución de un contrato, el cumplimiento de obligaciones legales, y el consentimiento del interesado. Los datos podrán ser cedidos a clínicas colaboradoras, compañías de seguros de salud con pólizas vigentes del paciente, y organismos de la Seguridad Social. Los derechos del interesado incluyen el acceso, rectificación, y supresión de sus datos, ejercibles a través del correo legal@aselio.es. La información adicional sobre Protección de Datos y gestión de historial clínico está disponible en <https://contacto.doctorcarlosmorales.com/lopdl/>. Al firmar, ud. acepta el tratamiento de sus datos personales conforme a esto.