



Sociedad Norte  
del Dolor

1º APELLIDO \_\_\_\_\_

2º APELLIDO \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_ Nº HISTORIA \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RADIOFRECUENCIA DE FACETAS CERVICALES

### EN QUÉ CONSISTE LA RADIOFRECUENCIA DEL RAMO MEDIAL DE LAS FACETAS CERVICALES

Esta técnica consiste en la utilización de unas agujas especiales que a través de un generador de ondas de radiofrecuencia producen en su punta calor que va a coagular las pequeñas terminaciones nerviosas que llegan a las articulaciones existentes entre las vértebras de su columna cervical, llamadas facetas para tratar dolores de la región cervical de carácter mecánico. Estos nervios únicamente inervan estas articulaciones por lo que no se produce ninguna pérdida apreciable de sensibilidad ni movilidad.

Es una técnica poco dolorosa, pero un poco incómoda. Se emplean unas agujas dirigidas con radioscopia (rayos X) o ecografía para localizar el lugar de inyección. Suele durar entre 35 y 40 minutos. Se suele canalizar una vía venosa (un suero) y se emplea anestesia local y una sedación suave para aumentar su comodidad durante la realización.

### COMPLICACIONES

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, agujas, 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

Lesión de raíces nerviosas por un desplazamiento inadvertido de la aguja hacia la salida de los nervios de la columna cervical es muy rara.

Hematomas en la zona de punción.

Infección local

## 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 radiofrecuencia de facetas cervicales, 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 una radiofrecuencia del ramo medial de las facetas cervicales.

Firma del paciente

Firma del médico

Dr. D. \_\_\_\_\_

.....

.....

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

..... DNI .....

## REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACIÓN DE RADIOFRECUENCIA DE FACETAS CERVICALES

Revoco el consentimiento para la realización de radiofrecuencia de facetas cervicales

Firma del paciente

Fecha