

ELECTROTERAPIA DE ALTA FRECUENCIA

1. Que é?

A electroterapia de alta frecuencia é a utilización de corrente eléctrica para acadar o quecemento de tecidos situados na profundidade. Esta corrente caracterízase por ser de frecuencia elevada, superior aos 100.000 Herzios.

2. Para que serve?

A finalidade da súa aplicación é aliviarlle os síntomas derivados da patoloxía do aparello locomotor sufrida, xa sexa de causa traumática ou dexenerativa (artrose). Preténdese a mellora ou desaparición da sintomatoloxía dolorosa percibida. A resolución máis ou menos completa depende do tempo en que ven padecendo o problema. A eficacia terapéutica está moi condicionada pola súa correcta aplicación (tipo e tamaño do eléctrodo, dosificación, distancia foco-pel, número, duración e secuencia de sesións).

3. Como se realiza?

Coa aplicación da electroterapia de alta frecuencia conséguese o quecemento de tecidos situados en profundidade (a varios centímetros da pel), o que se traduce na eliminación de substancias daniñas (nocivas), alivio da dor e relaxación muscular. Hai varios tipos de correntes de alta frecuencia en función da profundidade alcanzada e a forma de emisión (continua ou pulsante). Denomínanse: onda curta, radar ou microondas e diatermia.

Co emprego deste tipo de correntes conséguese a diminución da dor e a inflamación nos casos de secuelas postraumáticas, artrose e contracturas musculares. O radar pode tamén empregarse nos casos de larinxitis e sinusitis, así como nos casos de osteoporose. Coa aplicación continua obtense un efecto fundamentalmente térmico (quecemento) e coa aplicación pulsante, un efecto fundamentalmente antiinflamatorio. En función da zona para tratar e a súa profundidade respecto da superficie cutánea, o seu médico elixe unha ou outra modalidade de electroterapia de alta frecuencia.

Existen outras modalidades de electroterapia (correntes) para tratar os problemas pero adoitan aplicarse con finalidade distinta á empregada nestes casos. Fundamentalmente débese a que con outros tipos de terapia non se alcanza a profundidade necesaria para tratar o seu problema.

4. Cales son os riscos?

A pesar da adecuada elección da técnica e da súa correcta realización poden presentarse efectos indesexables.

Frecuentes e leves:

- Na aplicación de correntes por persoal especializado os riscos son case inexistentes.
- Coas modalidades de onda curta continua e radar continuo pode aparecer unha queimadura se a intensidade da corrente empregada é moi alta e están contraindicadas se é portador de implantes metálicos. Isto non ocorre coa modalidade pulsátil.

Pouco frecuentes e graves:

- Non se describiron

A electroterapia non debe empregarse se é portador de marcapasos, sufriu unha hemorraxia recente, padece fenómenos infecciosos, trombóticos ou isquémicos ou en caso de embarazo, por risco de interferencias no primeiro caso e de agravamento do proceso nos restantes, se a zona para tratar está próxima.

As consecuencias previsibles da non realización da técnica son a persistencia da sintomatoloxía dolorosa e o aumento do risco de cronicidade.

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 podoo 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:/...../.....