

## TRATAMENTO CON ONDAS DE CHOQUE EXTRACORPÓREAS

### 1.- Que é?

As ondas de choque (ESWT) utilízanse como tratamento de múltiples patoloxías. Tradicionalmente utilizáronse para o tratamento de epicondilitis (cóbado de tenista), epitrocleite (cóbado de golfista), tendinopatías (afectación do tendón) de Aquiles, de tendón rotuliano, fascitis (inflamación da membrana que cobre o músculo) plantar ou espolón calcáneo, síndrome subacromial (limitación do movemento e dor por afectación dos tendóns do ombreiro) por tendinite ou calcificacións a nivel do ombreiro.

### 2.- Para que serve?

A técnica constitúe actualmente o método ideal para o tratamento destas patoloxías inflamatorias debido á súa facilidade de aplicación, menor invasividade e número de aplicacións, con respecto a outros tratamentos como pode ser a cirurxía. O obxectivo consiste en mellorar a dor, a mobilidade e a función da zona que se vai a tratar. No caso que exista calcificación a intención do tratamento será a súa eliminación/diminución.

### 3.- Como se realiza?

O procedemento efectúase de forma ambulatoria, sen necesidade de anestesia xeral. aconséllanse entre 1 a 4 sesións mentres a melloría sexa progresiva ou desapareza a dor, pero se despois da terceira sesión non existe melloría, considérase que as ondas de choque non serán efectivas.

### 4.- Cales son os riscos?

#### Riscos leves e frecuentes:

Os pacientes poden experimentar dor durante ou como resultado do tratamento; polo xeral, a dor diminúe ou desaparece ao terminar a sesión e pode aparecer un ou dous días despois, precisando nalgúns casos, a toma dalgún analxésico. Ocasionalmente pode producirse un eritema (pel avermellada) na área onde se aplican as ondas de choque. Só en casos excepcionais obsérvanse hematomas subcutáneos que se controlan coa aplicación de xeo local os primeiros días. Non se documentaron outros efectos secundarios nestas aplicacións.

#### Riscos graves e pouco frecuentes:

Dor marcada e pel avermellada ou hematoma na zona por onde penetran as ondas de choque.

#### Riscos relacionados coa situación clínica do paciente. Contraindicacións e precaucións

É imprescindible asegurar a ausencia de embarazo en mulleres en idade fértil.

A aplicación deste tratamento está contraindicado en pacientes portadores de marcapasos, na inmadurez esquelética, aplicación en zona pulmonar, infeccións ou tumores situados na zona de aplicación. Así mesmo os pacientes que tomen antiagregantes (Asasantin, Persantin, Disgren, Tiklid, Tromalyt, Aspirina, etc) ou outros fármacos que actúen sobre a coagulación do sangue, deben avisalo previamente porque é necesario, se é posible, suspender o tratamento uns días antes.

É necesario que nos informe das posibles alerxias medicamentosas, alteracións da coagulación, enfermidades cardio-pulmonares, existencia de prótese, marcapasos, medicacións actuais ou calquera circunstancia que puidese complicar o procedemento.

### 5.- Cales son as alternativas?

Entre as alternativas disponibles encúntase o tratamento con fármacos (terapia médica), rehabilitación e cirurxía. Na súa situación actual, o facultativo considera a presente indicación como a mellor opción entre as posibles. Con todo, e dado que recibiu cumprida información, vostede é en último termo libre de aceptala ou non. En caso de non aceptar a presente indicación debe saber que existe unha elevada probabilidade de persistencia e/ou progresión da sintomatoloxía pola que consultou, ou das súas enfermidades de base.

As posibles complicacións que nun futuro poidan acaecer e o seu alcance, son en boa parte imprevisibles.

*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 PERSONALIZADO**

.....  
.....



### 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      Sinatura da testemuña      Sinatura do/a facultativo/a  
*(ou persoa autorizada)*

**(Asinar só en caso de revogar o consentimento previo).**      Data: ...../...../.....