

TRATAMIENTO CON ONDAS DE CHOQUE EXTRACORPÓREAS

1.- ¿Qué es?

Las ondas de choque (ESWT) se utilizan como tratamiento de múltiples patologías. Tradicionalmente se han utilizado para el tratamiento de epicondilitis (codo de tenista), epitrocleitis (codo de golfista), tendinopatías (afectación del tendón) de Aquiles, de tendón rotuliano, fascitis (inflamación de la membrana que cubre el músculo) plantar o espolón calcáneo, síndrome subacromial (limitación del movimiento y dolor por afectación de los tendones del hombro) por tendinitis o calcificaciones a nivel de hombro.

2.- ¿Para qué sirve?

La técnica constituye actualmente el método ideal para el tratamiento de estas patologías inflamatorias debido a su facilidad de aplicación, menor invasividad y número de aplicaciones, con respecto a otros tratamientos como puede ser la cirugía. El objetivo consiste en mejorar el dolor, la movilidad y la función de la zona que se va a tratar. En el caso que exista calcificación, la intención del tratamiento será su eliminación / disminución.

3.- ¿Cómo se realiza?

El procedimiento se efectúa de forma ambulatoria, sin necesidad de anestesia general. Se aconsejan entre 1 a 4 sesiones mientras la mejoría sea progresiva o desaparezca el dolor, pero si después de la tercera sesión no existe mejoría, se considera que las ondas de choque no serán efectivas.

4.- ¿Cuáles son los riesgos?

Riesgos leves y frecuentes:

Los pacientes pueden experimentar dolor durante o como resultado del tratamiento. Por lo general, el dolor disminuye o desaparece al terminar la sesión y puede aparecer uno o dos días después, precisando en algunos casos, la toma de algún analgésico. Ocasionalmente puede producirse un eritema (enrojecimiento de la piel) en el área donde se aplican las ondas de choque.

Sólo en casos excepcionales se observan hematomas subcutáneos que se controlan con la aplicación de hielo local los primeros días. No se han documentado otros efectos secundarios en estas aplicaciones.

Riesgos graves y poco frecuentes:

Dolor marcado y enrojecimiento o hematoma en la zona por donde penetran las ondas de choque.

Riesgos relacionados con la situación clínica del paciente. Contraindicaciones y precauciones

Es imprescindible asegurar la ausencia de embarazo en mujeres en edad fértil.

La aplicación de este tratamiento está contraindicado en pacientes portadores de marcapasos, en pacientes con inmadurez esquelética, aplicación en zona pulmonar, infecciones o tumores situados en la zona de aplicación. Así mismo los pacientes que tomen antiagregantes (Asasantin, Persantin, Disgren, Tiklid, Tromalyt, Aspirina, etc) u otros fármacos que actúen sobre la coagulación de la sangre, deben avisar previamente a la realización de este procedimiento, porque es necesario, si es posible, suspender el tratamiento unos días antes.

Es necesario que nos informe de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier circunstancia que pudiera complicar el procedimiento.

5.- ¿Cuáles son las alternativas?

Entre las alternativas disponibles, se encuentran el tratamiento con fármacos (terapia médica), rehabilitación y cirugía. En su situación actual, el facultativo considera la presente indicación como la mejor opción entre las posibles. No obstante y dado que ha recibido cumplida información, usted es en último término libre de aceptarla o no. En caso de no aceptar la presente indicación debe saber que existe una elevada probabilidad de persistencia y/o progresión de la sintomatología por la que consultó, o de sus enfermedades de base.

Las posibles complicaciones que en un futuro puedan acaecer y su alcance, son en buena parte imprevisibles.

Si usted o alguna persona autorizada desean mayor información, no duden en consultar a su médico responsable o a cualquiera de los médicos del Servicio que le atienden.

RIESGOS PERSONALIZADOS

.....
.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

D./Dña. mayor de edad, con
D.N.I.:, vecino/a de calle
..... Nº,teléfono

MANIFIESTO:

Que he sido informado/a por el/la Dr./Dra. en
fecha/...../..... (y que me ha sido entregada una copia de la información) del procedimiento:
..... e igualmente de los beneficios que se esperan
y del tipo de riesgos que comporta su realización (complicaciones más frecuentes) y su no realización, así
como de las posibles alternativas según los medios asistenciales de este Centro.

Comprendo toda la información que se me ha proporcionado y mis dudas han sido aclaradas
satisfactoriamente.

CONSENTIO:

A los facultativos del Servicio de a que me practiquen el
procedimiento referido (descrito en el anverso) y las pruebas complementarias necesarias. Soy conocedor/a
de que en caso de urgencia o por causas imprevistas podrán realizarse las actuaciones médicas necesarias
para mantenerme con vida o evitarme un daño.

Sé que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

Por incapacidad o renuncia a la toma de decisión: Persona que autoriza (familiar o tutor legal)

D./Dña., con D.N.I.:
en calidad de

Firmo dos ejemplares en A CORUÑA, a de de

Firma del paciente

Firma del representante legal

Firma del facultativo

He decidido **REVOCAR** mi consentimiento respecto a la realización del procedimiento referido.

Firma del paciente
(o persona autorizada)

Firma del testigo

Firma del facultativo

(Firmar sólo en caso de revocar el consentimiento previo).

Fecha:/...../.....