

1. ¿Qué es? Es un tipo de corriente eléctrica de frecuencia elevada, (superior a los 100.000 Hertzios) que se aplica con la finalidad de aliviarle los síntomas derivados de la patología del aparato locomotor sufrida, ya sea de causa traumática o degenerativa (artrosis).

2. ¿Cómo se realiza? Mediante un dispositivo que tiene uno o dos electrodos según el tipo de corriente. Se colocarán los electrodos en la zona a tratar sin llegar a contactar con la piel. Aunque estas corrientes se emplean para calentar estructuras profundas, se aprecia sensación de calor en la piel y la dosis se determina por la percepción térmica subjetiva del paciente.

Hay varios tipos de corrientes de alta frecuencia: onda corta, radar o microondas y diatermia. Con la aplicación continua se obtiene un efecto fundamentalmente térmico (calentamiento). El calentamiento de los músculos tiene un efecto relajante muscular. El calentamiento de los tejidos blandos periarticulares facilita la movilización pasiva articular en los casos de rigidez de las articulaciones. Con la aplicación pulsante se obtiene un efecto fundamentalmente antiinflamatorio. En función de las estructuras a tratar, su médico elige una u otra modalidad de electroterapia de alta frecuencia

Nunca debe de sentir sensación de calor molesta ni quemante. Las zonas del cuerpo a tratar deberán estar completamente libres de ropa y la piel seca. Se debe retirar todo tipo de objetos metálicos (joyas, relojes...).

3. ¿Cuáles son sus riesgos?

- **Frecuentes (más del 10%):** con las modalidades de onda corta continua y radar continuo puede aparecer una quemadura si es portador de implantes metálicos, por lo que su uso está contraindicado en estos casos. Esto no ocurre con la modalidad pulsátil.
- **Infrecuentes (menos del 10%):** con las modalidades de onda corta continua y radar continuo puede aparecer una quemadura si la intensidad de la corriente empleada es muy alta. Esto no ocurre con la modalidad pulsátil.

4. Consecuencias previsibles de su realización: efecto antiinflamatorio, disminución del dolor, una relajación muscular y un aumento de la extensibilidad de los tejidos fibrosos. La resolución más o menos completa depende del tiempo en que viene padeciendo el problema.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: persistencia de la sintomatología dolorosa y aumento del riesgo de cronicidad.

6. Alternativas: existen otras modalidades de electroterapia (corrientes) para tratar los problemas, pero suelen aplicarse con finalidad distinta a la empleada en estos casos. Fundamentalmente se debe a que con otros tipos de terapia no se alcanza la profundidad necesaria para tratar su problema.

7. Riesgos en función de su situación: no debe emplearse si es portador de marcapasos por riesgo de interferencias. Si la electroterapia de alta frecuencia es continua está contraindicada si es portador de implantes metálicos. No debe emplearse si ha sufrido una hemorragia reciente o una trombosis por riesgo de agravamiento del proceso. No debe emplearse si está alterada la sensibilidad de la piel de la zona a tratar o si padece isquemia, por riesgo de quemaduras. También está contraindicada en el embarazo.

Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE	
DNI	Nº SIP	FECHA DE NACIMIENTO	

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORIA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACION
-----------	--------	-----------------------	------------------

AUTORIZACIONES:

Declaro que se me ha explicado el procedimiento. He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento y que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato.

AUTORIZO LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO

NO AUTORIZO

AUTORIZO LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

NO AUTORIZO

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

REVOCACIONES:

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO prestado en fecha _____

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS prestado en fecha _____

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN:

Expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello impida que pueda dar mi consentimiento para la realización de este procedimiento, tal como he firmado en el apartado anterior.

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

En caso de no convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida, deberán firmar padre y madre, en caso contrario el progenitor que la ostenta. Los datos de carácter personal serán tratados atendiendo a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales