



Sociedad Norte  
del Dolor

1º APELLIDO \_\_\_\_\_

2º APELLIDO \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO DE IONTOFORESIS**

### **INFORMACIÓN DEL PROCEDIMIENTO Y RECOMENDACIONES PREVIAS.**

La iontoforesis es una técnica que se incluye dentro de la electroterapia (tratamiento de enfermedades mediante el empleo de la electricidad). Se basa en introducir iones de sustancias activas a través de la piel a los tejidos, gracias a la aplicación de corriente continua de baja intensidad. Se colocan 2 electrodos en la zona a tratar, uno de ellos es el portador de la medicación y el segundo es el que cierra el circuito. En primer lugar, se limpia cuidadosamente la piel de la zona, generalmente brazo o pierna, posteriormente se colocan los electrodos y se aplica corriente eléctrica de baja intensidad. Después de un periodo de tiempo variable de alrededor de 20 minutos, se retiran los electrodos y se limpia la piel. La medicación más habitual es la lidocaína (anestésico local) y corticoides (metilprednisolona). Algunas de las aplicaciones más habituales son el tratamiento de la hiperhidrosis (sudoración excesiva), procesos inflamatorios de origen muscular o articular, como la fascitis plantar y la epicondilitis, dolor miofascial.

### **COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA TÉCNICA**

Los principales efectos secundarios pueden producirse por reacciones alérgicas a los medicamentos que se aplican.

Se puede producir enrojecimiento de la piel en la zona del electrodo que cierra el circuito, que se pasa en unas horas, si perdurara, hágalo saber al equipo de enfermería. Es muy raro la producción accidental de quemaduras tanto de origen térmico como químico.

**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 **TRATAMIENTO CON IONTOFORESIS** 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 el **TRATAMIENTO CON IONTOFORESIS**.

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/a, tutor, etc.)

Firma ..... DNI .....

**REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE IONTOFORESIS**

Revoco el consentimiento para la realización del **TRATAMIENTO CON IONTOFORESIS**

Firma del paciente

Fecha