

# INFILTRACIÓN DE ARTICULACIÓN

## 1. ¿Qué es?

La infiltración de la articulación consiste en introducir una sustancia antiinflamatoria (habitualmente un corticoide, asociado o no con un anestésico) en el interior de la articulación.

## 2. ¿Para qué sirve?

Suprimir o aliviar las quejas del paciente referidas a esa articulación y mejorar la capacidad funcional.

En concreto:

- Aliviar o suprimir el dolor
- Mejorar la movilidad en los casos que esté limitada
- Evitar tener que aplicar otros tratamientos más agresivos o con más efectos perjudiciales.
- Ayudar en los tratamientos de fisioterapia o rehabilitación.
- Desaparición o alivio de la inflamación y del dolor.

## 3. ¿Cómo se realiza?

Se utilizan para ello una jeringa y una aguja.

## 4. ¿Cuáles son los riesgos?

### Leves y frecuentes:

- Dolor o molestias en el lugar de la inyección durante las primeras 48 horas.

### Leves y poco frecuentes:

- Atrofia de la grasa y pérdida del color de la piel en el lugar donde se pincha.
- Inflamación de la articulación como reacción a la sustancia que se inyecta.
- Dolor de cabeza, rojez, calor y sudoración de la cara y tronco.
- Lipotimia
- Subida del azúcar en los diabéticos
- Subida de la tensión en los hipertensos

### Graves y poco frecuentes:

- Infección en la articulación
- Deterioro de la articulación.
- Calcificación en la articulación
- Pancreatitis
- Sangrado uterino
- Cataratas subcapsulares
- Alergia y anafilaxia (excepcionalmente graves)

Su no realización podrá hacer que no se consiga el alivio del dolor ni de la inflamación, no mejoría de la movilidad, y puede ser necesario tratar con medicamentos por otra vía de forma prolongada.

## 5. ¿Cuáles son las alternativas?

- Medicamentos tomados por cualquier otra vía para la inflamación y el dolor.
- Fisioterapia, reposo, rehabilitación.

*Si usted o alguna persona autorizada desea mayor información, no dude en consultar a su médico/a responsable o a cualquiera del personal médico del Servicio que le atiende.*

### **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.

### CONSIENTO:

A los facultativos del Servicio de ..... a que me practiquen el  
procedimiento referido (descrito en el anverso) y las pruebas complementarias necesarias. Soy concedor/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: ...../...../.....