

INFILTRACIÓN CON ÁCIDO HIALURÓNICO EN ARTICULACIONES

1. ¿Qué es?

La infiltración articular es una técnica clínica consistente en la introducción mediante inyección en el interior de una articulación de sustancias analgésicas, antiinflamatorias, o para la mejora de las propiedades viscoelásticas de la articulación. En este tipo de infiltraciones se inyecta ácido hialurónico. Es una sustancia (glucosaminoglucano sintético) que mejora las propiedades elásticas y de viscosidad del líquido sinovial, además de su efecto antiinflamatorio.

2. ¿Para qué sirve?

Obtención de una reducción o la desaparición del dolor o de los fenómenos inflamatorios, y así poder normalizar la actividad personal o profesional. En algunos casos nos permitirá seguir desarrollando el resto del programa rehabilitador.

La finalidad de esta técnica es la viscosuplementación del líquido articular para el alivio del dolor y la reducción de los fenómenos inflamatorios, pudiendo de esta forma mejorar o normalizar la capacidad funcional del paciente. En muchas ocasiones es necesaria su realización para, mejorando estas complicaciones, poder continuar con un programa de rehabilitación.

3. ¿Cómo se realiza?

Su administración es de una inyección semanal (de una a cinco semanas según cada caso). Dado que se abre una ventana al espacio articular, se emplea instrumental esterilizado con el fin de evitar infecciones. Tras la misma es necesario un reposo articular de 24-48 horas.

4. ¿Cuáles son los riesgos?

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables.

Leves y frecuentes

- La infiltración articular con ácido hialurónico puede provocar reacciones locales como enrojecimiento, edema, prurito y dolor.

Leves y poco frecuentes:

- Dado el efecto viscoelástico y antiinflamatorio, su no uso puede provocar, además de la persistencia de dolor e incapacidad funcional, una mayor destrucción del cartílago articular.

Graves y poco frecuentes:

- Se considera en la actualidad una técnica segura, sin ninguna muerte descrita.
- Pueden aparecer reacciones alérgicas sistémicas al producto, por lo que si supiera de antemano que usted presenta alergia conocida deberá comunicarla a su médico antes de su administración.
- Se ha visto en algunos casos aparición de granulomas intraarticulares como reacción inflamatoria local.
- A pesar de las medidas de asepsia empleadas pueden producirse infecciones de la articulación, que precisarán tratamiento urgente hospitalario.
- Igualmente puede producirse un sangrado en el interior de la articulación (hemartros) normalmente tratado con reposo, frío, medidas compresivas y medicación.

5. ¿Cuáles son las alternativas?

Con los mismos objetivos terapéuticos pueden utilizarse, vía oral o intramuscular, fármacos analgésicos-antiinflamatorios (AINEs), siempre que no hayan alergias o contraindicaciones al uso de los mismos. También pueden ser indicadas, en algunos casos y según criterio del médico especialista, determinadas técnicas electroterápicas.

Según los casos el uso del frío o del calor así como el reposo de la zona puede ser eficaz en el control de los síntomas.

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.

CONSENTO:

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