

INFILTRACIÓN DE PARTES BLANDAS

1. ¿Qué es?

La infiltración de partes blandas consiste en introducir una sustancia antiinflamatoria (habitualmente corticoide asociado, en general, con un anestésico) en la proximidad de un tendón o bolsa de un tendón.

2. ¿Para qué sirve?

Suprimir o aliviar las quejas del paciente referidas a ese tendón o bolsa y mejorar la capacidad funcional si se encuentra disminuida. Los objetivos que se pretenden alcanzar son:

- 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

3. ¿Cómo se realiza?

Se utiliza para ello una jeringa y aguja.

4. ¿Cuáles son los riesgos?

Leves y frecuentes

- Dolor o molestias en el lugar de la inyección durante las primeras 48 horas.
- Hematoma – moradura – en la zona del pinchazo.
- Atrofia de la grasa y pérdida del color de la piel en el lugar donde se pincha.
- Subida del azúcar en los diabéticos
- Subida de la tensión en los hipertensos

Leves y poco frecuentes

- Dolor de cabeza, rojez, calor y sudoración de la cara y tronco
- Lipotimia
- Calcificación en la zona del pinchazo

Graves y poco frecuentes:

- Lesión de los tendones, incluso rotura, próximos al lugar del pinchazo
- Infección en la zona del pinchazo.
- Lesión de los vasos o nervios próximos al lugar del pinchazo.
- Sangrado uterino.
- Pancreatitis
- Cataratas subcapsulares
- Alergia y anafilaxia (excepcionalmente graves).

Su no realización puede llevar a:

- No alivio del dolor ni de la inflamación
- No mejoría de la movilidad
- Necesidad de tratar con medicamentos por otra vía de forma prolongada

5. ¿Cuáles son las alternativas?

- Medicamentos para la inflamación y el dolor, por cualquier otra vía de administración,
- 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 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:/...../.....