INFILTRACIÓN DE PUNTOS DOLOROSOS MIOFASCIALES

1. ¿Qué es?

Es un procedimiento que consiste en inyectar en los puntos dolorosos más implicados de su dolor, algín medicamento, normalmente anestésicos locales mezclados con algún corticoide.

2. ¿Para qué sirve?

Se pretende la inactivación del impulso que transmite el dolor, es decir, el cese de la excitabilidad de los puntos gatillo que provoca dolor y limita el movimiento. De este modo, conseguir alivio del dolor y mejor tolerancia a los ejercicios de rehabilitación

El alivio del dolor, suele ser en general temporal y de duración variable. Puede durar algunos días, normalmente algunas semanas, a veces incluso meses. Interesa aprovechar ese periodo de mejoría para realizar ejercicios que retrasen o eviten las recaídas. En algunos casos no resulta eficaz.

La no realización de la técnica puede suponer la continuidad del cuadro doloroso, evolución a la cronicidad con mayor facilidad, posibilidad de aumento del área dolorosa al extenderse a otros músculos. Por otra parte, si el dolor es moderado, lleva poco tiempo de evolución o mejora con la medicación u otras técnicas, no suele ser necesario practicar las infiltraciones.

3. ¿Cómo se realiza?

La técnica consiste en identificar mediante la palpación los puntos dolorosos más implicados en su dolor, (en general 2-3 puntos, aunque puede variar) Es una técnica sencilla y poco dolorosa. Suele realizarse 3-4 veces, espaciadas semanalmente

4. ¿Cuáles son los riesgos?

Leves y frecuentes.

- Molestias en el lugar de la inyección, que mejoran en pocas horas.
- En algunas personas muy sensibles a las técnicas médicas y con propensión a marearse, puede aparecer un cuadro vagal (sudor frío, temblor, calor, mareo, desvanecimiento}, que no es grave y cede con tratamiento postural y sintomático.
- En más del 90% de los casos no existe ningún riesgo significativo.

Leves y poco frecuentes

- Hematomas en la zona de punción.

Graves y poco frecuentes

- Si se inyectan zonas del tórax, existe un pequeño riesgo de producir neumotorax (entrada de aire en la cavidad torácica), que puede requerir ingreso hospitalario y la colocación de un tubo pleural.
- Si se inyectan zonas en vecindad de troncos nerviosos, puede aparecer irritación de un nervio y provocar como un calambre o rampa transitorio. Riesgo de infección, como cualquier inyección.
- En pacientes anticoagulados, hematomas extensos.
- Raramente reacciones alérgicas.

5. ¿Cuáles son las alternativas?

Las alternativas a este procedimiento se realizan en los servicios de rehabilitación, y consisten en aplicar diferentes corrientes analgésicas, termoterapia, masajes, estiramientos, etc. No tienen por qué ser independientes de la infiltración, sino que se pueden combinar. Otra opción seria tomar fármacos analgésicos y relajantes musculares, que también se pueden asociar a las infiltraciones.

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: ...../...../.....*