

INFILTRACIONES PERITENDINOSAS

1.- ¿Qué es?

Las infiltraciones peritendinosas son técnicas clínicas consistentes en la inyección local, alrededor de los tendones, de sustancias analgésicas y antiinflamatorias, con unas agujas que variarán de tamaño según la zona a tratar.

2.- ¿Para qué sirve?

Se pretende reducir los fenómenos inflamatorios locales y aliviar el dolor, con el fin de mejorar o normalizar la función de las estructuras afectadas y controlar el daño en dichos procesos inflamatorios tendinosos o estructuras adyacentes (vainas tendinosas, bursas, ligamentos). Cualquiera que sea la localización de estas estructuras en el cuerpo humano es susceptible de ser tratada mediante esta técnica.

3.- ¿Cómo se realiza?

En general, en este tipo de infiltraciones se inyecta un corticoide (fármaco antiinflamatorio potente) aisladamente o junto a un anestésico local. Ocasionalmente puede realizarse una infiltración (inyección) como método diagnóstico, utilizando sólo un anestésico local con el fin de confirmar la estructura que causa el dolor.

El efecto beneficioso aparece de forma progresiva, aunque no siempre es posible garantizar este efecto previamente. Se puede repetir la técnica si se dan las condiciones que su médico considere oportunas. Después de su realización, no es necesario ningún reposo.

El resultado previsible de la aplicación de este procedimiento es la reducción o la desaparición de los fenómenos inflamatorios y del dolor, para conseguir normalizar la actividad personal o profesional. En algunos casos, esta mejoría nos permite seguir desarrollando el resto del programa rehabilitador.

4.- ¿Cuáles son los riesgos?

• Frecuentes

La infiltración peritendinosa puede provocar reacciones locales leves como enrojecimiento y dolor, que desaparecen en pocos días sin necesidad de asociar otra medida terapéutica. Es frecuente la aparición temprana y pasajera de un rubor facial.

Pueden aparecer efectos adversos propios de los corticoides (elevación de la glucemia, de la tensión arterial, atrofia del tejido subcutáneo).

• Infrecuentes

Pueden aparecer reacciones alérgicas (desde cuadros menores hasta la muerte por reacción anafiláctica) a cualquiera de los componentes inyectados, por lo que si supiera de antemano que usted presenta alguna alergia conocida deberá comunicarla a su médico antes de su administración.

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 estar 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. Las consecuencias previsibles de su no realización sería la persistencia del dolor e incapacidad funcional.

Si usted o alguna persona autorizada desean mayor información, no duden en consultar a su médico responsable o a cualquiera de los médicos del Servicio que le atienden.

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 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:/...../.....