

INFILTRACIÓN CON ÁCIDO HIALURÓNICO EN ARTICULACIONES

1. Que é?

A infiltración articular é unha técnica clínica que consiste na introdución de substancias analxésicas antiinflamatorias, mediante inxección, no interior dunha articulación, para a mellora das propiedades viscoelásticas da articulación. Neste tipo de infiltracións inxéctase ácido hialurónico. É unha substancia (glucosaminoglucano sintético) que mellora as propiedades elásticas e de viscosidade do líquido sinovial, ademais do seu efecto antiinflamatorio.

2. Para que serve?

Serve para obter unha redución ou para a desaparición da dor ou dos fenómenos inflamatorios, e así poder normalizar a actividade persoal ou profesional. Nalgúns casos permitiranos seguir desenvolvendo o resto do programa rehabilitador.

A finalidade desta técnica é a viscosuplementación do líquido articular para o alivio da dor e a redución dos fenómenos inflamatorios, podendo desta forma mellorar ou normalizar a capacidade funcional do paciente. En moitas ocasións é necesaria a súa realización para, mellorando estas complicacións, poder continuar cun programa de rehabilitación.

3. Como se realiza?

A súa administración é dunha inxección semanal (dunha a cinco semanas segundo cada caso). Dado que se abre unha xanela ao espazo articular, emprégase instrumental esterilizado co fin de evitar infeccións. Tras a mesma é necesario un repouso articular de 24-48 horas.

4. Cales son os riscos?

A pesar da adecuada elección da técnica e da súa correcta realización poden presentarse efectos indesexables.

Leves e frecuentes

- A infiltración articular con ácido hialurónico pode provocar reaccións locais como pel avermellada, edema, prurito e dor.

Graves e pouco frecuentes:

- Considérase na actualidade unha técnica segura, sen ningunha morte descrita.
- Poden aparecer reaccións alérxicas sistémicas ao produto, polo que se soubésese de antemán que vostede presenta alerxia coñecida deberá comunicala ao seu médico antes da súa administración.
- Vironse nalgúns casos aparición de granulomas intraarticulares como reacción inflamatoria local.
- A pesar das medidas de asepsia empregadas, poden producirse infeccións da articulación, que precisarán de tratamento urxente hospitalario.
- Igualmente pode producirse un sangrado no interior da articulación (hemartros). normalmente tratado con repouso, frío, medidas compresivas e medicación.

5. Cales son as alternativas?

Dado o efecto viscoelástico e antiinflamatorio, o seu non uso pode provocar, ademais da persistencia de dor e incapacidade funcional, unha maior destrución da cartilaxe articular.

Cos mesmos obxectivos terapéuticos poden utilizarse, vía oral ou intramuscular, fármacos analxésicos antiinflamatorios (AINEs), sempre que non haxa alerxias ou contraindicacións ao uso dos mesmos. Tamén poden ser indicadas, nalgúns casos e segundo criterio do médico especialista, determinadas técnicas electroterápicas.

Segundo os casos o uso do frío ou da calor así como o repouso da zona pode ser eficaz no control dos síntomas.

Se vostede ou algunha persoa autorizada desexa maior información, non dubide en consultar ao seu médico/a responsable ou a calquera do persoal médico do Servizo que o atende.

RISCOS PERSONALIZADOS



CONSENTIMENTO INFORMADO

Lei 3/2001, Título II (D.O.G. 8/6/01), modificada pola Lei 3/2005 (D.O.G. 21/3/05)

D./Dna. maior de idade, con
D.N.I.:, veciño/a de rúa
..... Nº, teléfono

MANIFESTO:

Que fun informado/a polo/pola Dr./Dra. en
data/...../..... (e que me foi entregada unha copia da información) do procedemento:
..... e igualmente dos beneficios que se esperan e
do tipo de riscos que comporta a súa realización (complicacións máis frecuentes) e a súa non realización, así
como das posibles alternativas segundo os medios asistenciais deste Centro.

Comprendo toda a información que se me proporcionou e as miñas dúbidas foron aclaradas
satisfactoriamente.

CONSINTO:

Aos facultativos do Servizo de a que me practiquen o
procedemento referido (descrito no anverso) e as probas complementarias necesarias. Son coñecedor/a de
que en caso de urxencia ou por causas imprevistas poderán realizarse as actuacións médicas necesarias para
manterme con vida ou evitarme un dano.

Sei que en calquera momento podoo revogar o meu consentimento.

Por incapacidade ou renuncia á toma de decisión: Persoa que autoriza (familiar ou titor legal)
D./Dna., con D.N.I.:
en calidade de

Asino dous exemplares en A Coruña, a de de

Sinatura do/a paciente Sinatura do/a representante legal Sinatura do/a facultativo/a

*Decidín **REVOGAR** o meu consentimento respecto da realización do procedemento referido.*

Sinatura do/a paciente Sinatura da testemuña Sinatura do/a facultativo/a
(ou persoa autorizada)

(Asinar só en caso de revogar o consentimento previo). Data:/...../.....