

INFILTRACIÓN DE ARTICULACIÓN

1. Que é?

A infiltración da articulación consiste en introducir unha substancia antiinflamatoria (habitualmente un corticoide, asociado ou non cun anestésico) no interior da articulación.

2. Para que serve?

Suprimir ou aliviar as queixas do paciente referidas a esa articulación e mellorar a capacidade funcional.

En concreto:

- Aliviar ou suprimir a dor
- Mellorar a mobilidade nos casos que estea limitada
- Evitar ter que aplicar outros tratamentos máis agresivos ou con máis efectos prexudiciais.
- Axudar nos tratamentos de fisioterapia ou rehabilitación.
- Desaparición ou alivio da inflamación e da dor.

3. Como se realiza?

Utilízanse para iso unha xiringa e unha agulla.

4. Cales son os riscos?

Leves e frecuentes:

- Dor ou molestias no lugar da inxección durante as primeiras 48 horas.

Leves e pouco frecuentes:

- Atrofia da graxa e perda da cor da pel no lugar onde se pica.
- Inflamación da articulación como reacción á substancia que se inxecta.
- Dor de cabeza, cor avermellada, calor e sudoración da cara e tronco.
- Lipotimia
- Subida do azucre nos diabéticos
- Subida da tensión nos hipertensos

Graves e pouco frecuentes:

- Infección na articulación
- Deterioro da articulación.
- Calcificación na articulación
- Pancreatitis
- Sangrado uterino
- Cataratas subcapsulares
- Alerxia e anafilaxia (excepcionalmente graves)

A súa non realización poderá facer que non se consiga o alivio da dor nin da inflamación, non melloría da mobilidade, e pode ser necesario tratar con medicamentos por outra vía de forma prolongada.

5. Cales son as alternativas?

- Medicamentos tomados por calquera outra vía para a inflamación e a dor.
- Fisioterapia, repouso, rehabilitación.

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./Dña. 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 podo revogar o meu consentimento.

Por incapacidade ou renuncia á toma de decisión: Persoa que autoriza (familiar ou titor legal)
D./Dña., 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:/...../.....