

INFILTRACIÓN DE PARTES BRANDAS

1. Que é?

A infiltración de partes brandas consiste en introducir unha substancia antiinflamatoria (habitualmente corticoide asociado, en xeral cun anestésico) na proximidade dun tendón ou bolsa dun tendón.

2. Para que serve?

Serve para suprimir ou aliviar as queixas do paciente referidas a ese tendón ou bolsa e mellorar a capacidade funcional se se atopa diminuída. Os obxectivos que se pretenden acadar son:

- 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

3. Como se realiza?

Utilízase para iso unha xiringa e agulla.

4. Cales son os riscos?

Leves e frecuentes

- Dor ou molestias no lugar da inxección durante as primeiras 48 horas.
- Hematoma ou moradura na zona da picada.
- Atrofia da graxa e perda da cor da pel no lugar onde se pica.
- Subida do azucre nos diabéticos
- Subida da tensión nos hipertensos

Leves e pouco frecuentes

- Dor de cabeza, rojez, calor e sudoración da cara e tronco
- Lipotimia
- Calcificación na zona da picada

Graves e pouca frecuentes:

- Lesión dos tendóns, mesmo rotura, pretos ao lugar do picada
- Infección na zona da picada.
- Lesión dos vasos ou nervios pretos ao lugar da picada.
- Sangrado uterino.
- Pancreatite
- Cataratas subcapsulares
- Alerxia e anafilaxia (excepcionalmente graves).

A súa non realización pode levar a:

- Non alivio da dor nin da inflamación
- Non melloría da mobilidade
- Necesidade de tratar con medicamentos por outra vía de forma prolongada

5. Cales son as alternativas?

- Medicamentos para a inflamación e a dor, por calquera outra vía de administración,
- 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./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 podo 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
(ou persoa autorizada)

Sinatura da testemuña

Sinatura do/a facultativo/a

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

Data:/...../.....