

INFILTRACIÓNS PERITENDINOSAS

1.- Que é?

As infiltracións peritendinosas son técnicas clínicas consistentes na inxección local, ao redor dos tendóns, de substancias analxésicas e antiinflamatorias, cunhas agullas que variarán de tamaño segundo a zona para tratar.

2.- Para que serve?

Preténdese reducir os fenómenos inflamatorios locais e aliviar a dor, co fin de mellorar ou normalizar a función das estruturas afectadas e controlar o dano nos devanditos procesos inflamatorios tendinosos ou estruturas adxacentes (vainas tendinosas, bolsas, ligamentos). Calquera que sexa a localización destas estruturas no corpo humano é susceptible de ser tratada mediante esta técnica.

3.- Como se realiza?

En xeral, neste tipo de infiltracións inxéctase un corticoide (antiinflamatorio potente) aisladamente ou xunto a un anestésico local. Ocasionalmente pode realizarse unha infiltración (inxección) como método diagnóstico, utilizando só un anestésico local co fin de confirmar a estrutura que causa a dor.

O efecto beneficioso aparece de forma progresiva, aínda que non sempre é posible garantir este efecto previamente. Pódese repetir a técnica se se dan as condicións que o seu médico considere oportunas. Despois da súa realización, non é necesario ningún repouso.

O resultado previsible da aplicación deste procedemento é a redución ou a desaparición dos fenómenos inflamatorios e da dor, para conseguir normalizar a actividade persoal ou profesional. Nalgúns casos, esta melloría permítenos seguir desenvolvendo o resto do programa rehabilitador.

4.- Cales son os riscos?

• Frecuentes

A infiltración peritendinosa pode provocar reaccións locais leves e dor, que desaparecen en poucos días sen necesidade de tomar ningunha outra medida terapéutica. É frecuente a aparición temperá e pasaxeira dun rubor facial.

Poden aparecer efectos adversos propios dos corticoides (elevación da glucemia, da tensión arterial, atrofia do tecido subcutáneo).

• Infrecuentes

Poden aparecer reaccións alérxicas (desde cadros menores ata a morte por reacción anafiláctica) a calquera dos compoñentes inxectados, polo que se soubésese de antemán que vostede presenta algunha alerxia coñecida, deberá comunicala ao seu médico antes da súa administración.

5.- Cales son as alternativas?

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 estar 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.

As consecuencias previsibles da súa non realización sería a persistencia da dor e incapacidade funcional.

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

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