



1. Identificación y descripción del procedimiento

La infiltración articular es una técnica clínica consistente en la introducción mediante inyección en el interior de una articulación de sustancias analgésicas, antiinflamatorias, o para la mejora de las propiedades viscoelásticas de la articulación.

Dado que se abre una ventana al espacio articular, se emplea instrumental esterilizado con el fin de evitar infecciones.

Tras la misma es necesario un reposo articular de 24-48 horas.

En este tipo de infiltraciones se inyecta Acido Hialurónico. Es una sustancia (glucosaminoglucano sintético) que mejora las propiedades elásticas y de viscosidad del líquido sinovial, además de su efecto antiinflamatorio. Su administración es de una inyección semanal (de una a cinco semanas según cada caso).

2. Objetivo del procedimiento y beneficios que se pretenden alcanzar

La finalidad de esta técnica es la viscosuplementación del líquido articular para el alivio del dolor y la reducción de los fenómenos inflamatorios, pudiendo de esta forma mejorar o normalizar la capacidad funcional del paciente. En muchas ocasiones es necesaria su realización para, mejorando estas complicaciones, poder continuar con un programa de rehabilitación.

3. Alternativas razonables a dicho procedimiento

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 ser 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.

4. Consecuencias previsibles del procedimiento

Obtención de una reducción o la desaparición del dolor o de los fenómenos inflamatorios, y así poder normalizar la actividad personal o profesional. En algunos casos nos permitirá seguir desarrollando el resto del programa rehabilitador.

5. Consecuencias previsibles de su no realización

Dado el efecto viscoelástico y antiinflamatorio, su no uso puede provocar, además de la persistencia de dolor e incapacidad funcional, una mayor destrucción del cartilago articular.

6. Riesgos frecuentes

La infiltración articular con ácido hialurónico puede provocar reacciones locales como enrojecimiento, edema, prurito y dolor.

7. Riesgos infrecuentes

Se considera en la actualidad una técnica segura, sin ninguna muerte descrita. Pueden aparecer reacciones alérgicas sistémicas al producto, por lo que si supiera de antemano que usted presenta alergia conocida deberá comunicarla a su médico antes de su administración. Se ha visto en algunos casos aparición de granulomas intraarticulares como reacción inflamatoria local.

A pesar de las medidas de asepsia empleadas pueden producirse infecciones de la articulación, que precisarán tratamiento urgente hospitalario.

Igualmente puede producirse un sangrado en el interior de la articulación (hemartros), normalmente tratado con reposo, frío, medidas compresivas y medicación.

8. Riesgos en función de la situación clínica del paciente

Debe evitarse esta técnica en pacientes con problemas de coagulación (uso de anticoagulantes, enfermedades de la coagulación,...). Igualmente está contraindicada en caso de alergia al producto.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación se emplearían todos los medios técnicos y humanos disponibles para intentar solucionarla.

9. Declaración de consentimiento

Don/doña de años de edad, con domicilio en
....., DNI y nº de SIP

Don/doña de años de edad, con domicilio en
..... en calidad de (representante legal, familiar o allegado
de la paciente) con DNI

Declaro:

Que el Doctor/a me ha explicado que es conveniente/necesario, en mi
situación la realización de

y que he comprendido adecuadamente la información que me ha dado.

En a de de 2

Fdo.: Don / doña DNI

Fdo.: Dr/a DNI

Colegiado nº:

10. Revocación del consentimiento

Revoco el consentimiento prestado en fecha de de 2 y no deseo proseguir
el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En a de de 2

Fdo. el médico

Fdo. el/la paciente

Colegiado nº:

