

1. ¿Qué es? Es una técnica clínica que consiste en la introducción, mediante inyección en el interior de una articulación, de ácido hialurónico que es una sustancia (glucosaminoglucano sintético) que mejora las propiedades elásticas y de viscosidad del líquido sinovial, además de tener un efecto antiinflamatorio.

2. ¿Cómo se realiza? Se inyecta la medicación (ácido hialurónico) introduciendo una aguja que llega al interior de la articulación a tratar, guiada por referencias anatómicas o bien por ecografía. El tamaño de la aguja variará en función de la localización de la articulación a tratar. Tras la infiltración es necesario un reposo articular de 24-48 horas. Se puede realizar cada 6 meses.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?

- **Frecuentes (más del 10%):** reacciones locales como enrojecimiento, edema, prurito y dolor. En algunas personas muy sensibles a las técnicas médicas o con propensión a marearse puede aparecer un cuadro vagal (sudor frío, temblor, calor, mareo, desvanecimiento) que no es grave y cede con tratamiento postural o sintomático.
- **Infrecuentes (menos del 10%):** pueden aparecer reacciones alérgicas sistémicas al producto; aparición de granulomas intraarticulares como reacción inflamatoria local; infecciones de la articulación, que precisarán tratamiento urgente hospitalario; sangrado en el interior de la articulación (hemartros), normalmente tratado con reposo, frío, medidas compresivas y medicación.

4. Consecuencias previsibles de su realización: obtención de una reducción o la desaparición del dolor o de los fenómenos inflamatorios, y así poder normalizar la actividad habitual. En algunos casos nos permitirá seguir desarrollando el resto del programa rehabilitador.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: además de persistencia de dolor e incapacidad funcional, una mayor destrucción del cartílago articular.

6. Alternativas: con los mismos objetivos terapéuticos pueden utilizarse, vía oral o intramuscular, fármacos analgésicos- antiinflamatorios (AINE), 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 de calor así como el reposo de la zona puede ser eficaz en el control de los síntomas.

7. Riesgos en función de su situación: 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.

Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE	
DNI	Nº SIP	FECHA DE NACIMIENTO	

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NÚM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

AUTORIZACIONES:

Declaro que se me ha explicado el procedimiento. He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento y que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato.

AUTORIZO LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO

NO AUTORIZO

AUTORIZO LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

NO AUTORIZO

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

REVOCACIONES:

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO prestado en fecha _____

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS prestado en fecha _____

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN:

Expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello impida que pueda dar mi consentimiento para la realización de este procedimiento, tal como he firmado en el apartado anterior.

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

En caso de no convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida, deberán firmar padre y madre, en caso contrario el progenitor que la ostenta. Los datos de carácter personal serán tratados atendiendo a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales