

1. ¿Qué es? La infiltración local peritendinosa consiste en la inyección local, alrededor de los tendones, de sustancias analgésicas y antiinflamatorias para el tratamiento de procesos inflamatorios tendinosos o estructuras adyacentes (vainas tendinosas, bursas, ligamentos). Ocasionalmente puede realizarse una infiltración como método diagnóstico, utilizando sólo un anestésico local, con el fin de confirmar la estructura que causa el dolor

2. ¿Cómo se realiza? Se inyecta la medicación (corticoide sólo o con anestésico local) introduciendo una aguja que llega a la zona de alrededor del tendón a tratar, guiada por referencias anatómicas o bien por ecografía. El tamaño de la aguja variará en función de la localización de la zona a tratar. Tras la misma no es necesario ningún reposo.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?

- **Frecuentes (más del 10%):** puede provocar reacciones locales leves como enrojecimiento y dolor, que desaparecen en pocos días sin necesidad de tomar ninguna otra medida terapéutica. 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 y sintomático. Tras la infiltración de corticoides es frecuente la aparición temprana y pasajera de un rubor facial. También pueden producirse efectos adversos sistémicos (elevación de la glucemia, elevación de la tensión arterial).
- **Infrecuentes (menos del 10%):** pueden aparecer efectos adversos locales propios de los corticoides (atrofia del tejido subcutáneo, atrofia e hipopigmentación lineal cutánea) que en la mayoría de casos son reversibles en el plazo de 6-12 meses. Se han descrito roturas tendinosas pero es difícil discriminar si son consecuencia de la degeneración o inflamación persistente del tendón o del efecto de la infiltración, por lo que se recomienda evitar las infiltraciones directas intratendinosas. Pueden aparecer reacciones alérgicas (desde cuadros menores hasta la muerte por reacción anafiláctica) a cualquiera de los componentes inyectados, por lo que si supiera de antemano que usted presenta alguna alergia conocida deberá comunicarla a su médico antes de su administración. Como consecuencia del procedimiento y aunque infrecuente, pueden pincharse estructuras cercanas como vasos sanguíneos, nervios y el propio tendón. A pesar de las medidas de asepsia empleadas, pueden producirse excepcionalmente infecciones de la zona tratada.

4. Consecuencias previsibles de su realización: obtención del alivio o la desaparición de los fenómenos inflamatorios y del dolor con el fin de mejorar o normalizar la función de las estructuras afectadas y así poder normalizar la actividad habitual. En algunos casos esto nos permite seguir desarrollando el resto del programa rehabilitador.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: persistencia del dolor e incapacidad funcional.

6. Alternativas: 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 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: su uso presenta una contraindicación relativa en pacientes con problemas de coagulación (uso de anticoagulantes, enfermedades de la coagulación,...), y deben ser utilizadas con cuidado en pacientes con diabetes o hipertensión.

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: