
1. ¿Qué es? Es un tratamiento que consiste en la inyección intradérmica (bajo la piel) de medicamentos a pequeñas dosis, que varían en función de la patología a tratar. La técnica consigue aumentar el efecto local de los medicamentos administrados. Habitualmente se emplea con fines analgésicos empleando anestésicos locales.

2. ¿Cómo se realiza? Se inyecta la medicación a nivel subcutáneo empleando una aguja muy fina y realizando múltiples punciones de pequeñas dosis en el área definida por el médico tras la exploración clínica. El número de sesiones y la frecuencia de aplicación de las mismas es variable en función de la patología de tratar y de la idiosincrasia de cada paciente. Cuando la medicación empleada es un anestésico local el efecto beneficioso se aprecia en unos minutos y se prolonga en el tiempo. Tras la infiltración no es necesario ningún reposo. Se debe evitar la exposición solar o lámparas ultravioleta durante el tratamiento. Hasta pasados tres o cuatro días de realizada la técnica no debe acudir a saunas o piscinas para evitar la contaminación de los puntos de punción.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?

- **Frecuentes (más del 10%):** la infiltración 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.
- **Infrecuentes (menos del 10%):** 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. A pesar de las medidas de asepsia empleadas, pueden producirse excepcionalmente infecciones de la zona tratada. Existe la posibilidad, aunque mínima, de que aparezca pigmentación en la zona del tratamiento sobre todo si hay exposición solar o lámparas ultravioleta después del mismo.

4. Consecuencias previsibles de su realización: obtención de alivio o desaparición del dolor 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: cuando el objetivo terapéutico de la mesoterapia es analgésico, con el mismo fin pueden utilizarse vía oral o intramuscular, fármacos analgésicos-antinflamatorios (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.

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, ...) ya que favorece la posibilidad de aparición de hematomas. La técnica debe usarse con precaución durante el embarazo.

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	CATEGORIA PROFESIONAL	NUM. 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: