


|  |   |                       |
|--|---|-----------------------|
|  | <b>CONSULTA EXTERNA</b>   | <b>CÓDIGO</b>         |
|  | <b>CONSENTIMIENTO INFORMADO INFILTRACIONES ARTICULARES, PERIARTICULARES Y BLOQUEO MIONEURAL</b> | <b>FO-CE-011-V001</b> |
|  |   | Página 1 de 4         |

## CONSENTIMIENTO INFORMADO INFILTRACIONES ARTICULARES, PERIARTICULARES Y BLOQUEO MIONEURAL

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombres y Apellidos del Paciente: \_\_\_\_\_

TD: \_\_\_\_\_ No. Documento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

### INFILTRACIONES ARTICULARES, PERIARTICULARES Y BLOQUEO MIONEURAL:

La infiltración articular, periarticular y bloqueo mioneural consiste en la instilación de una sustancia antiinflamatoria (generalmente un corticoide de depósito asociada a un anestésico local) mediante una jeringa en una parte del organismo de manera local. Puede utilizarse como técnica diagnóstica o terapéutica.

El objetivo de las infiltraciones consiste en aliviar o suprimir el dolor y las manifestaciones inflamatorias, prevenir o recuperar la limitación funcional, acelerar la evolución favorable del proceso y disminuir o eliminar la necesidad de tratamientos más agresivos o efectos secundarios.

La infiltración articular, periarticular y bloqueo mioneural suele precisar, en algunos casos, anestesia local.


### PREPARACIÓN:

En las consultas con su especialista en Ortopedia y Traumatología, se realizará una historia clínica para reconocer posibles patologías asociadas, factores de riesgo e historia clínica específica.

En estas consultas, el paciente debe indicarle al especialista todo lo que sea importante, como los medicamentos que está ingiriendo, las alergias principalmente al huevo, y todo lo que pueda ser relevante.

Informe a su médico especialista si usted padece alguno de los siguientes procesos, en cuyo caso habrán de tomarse medidas especiales:

- ✓ Trastornos de la coagulación (Hemofilia, trombopenia, tratamiento con anticoagulantes, etc.) Alergia a anestésicos locales o medicamentos de otro tipo.
- ✓ Trastornos circulatorios (isquemia distal, claudicación intermitente, gangrena, etc.)
- ✓ Inmunodeficiencia (incluyendo infección por VIH, Sida)

|  |   |                       |
|--|---|-----------------------|
|  | <b>CONSULTA EXTERNA</b>   | <b>CÓDIGO</b>         |
|  | <b>CONSENTIMIENTO INFORMADO INFILTRACIONES ARTICULARES, PERIARTICULARES Y BLOQUEO MIONEURAL</b> | <b>FO-CE-011-V001</b> |
|  |   | <b>Página 2 de 4</b>  |

- ✓ Hepatitis aguda o crónica.
- ✓ Alergias (principalmente al huevo)

#### **RIESGOS:**

- Puede salir un pequeño hematoma en el lugar de la inyección.
- Existe un riesgo mínimo de lesionar el lugar de inyección.
- Es aún más raro que empeoren los síntomas o que se provoque una infección local.
- A veces la piel se vuelve fina y blanca en el lugar donde se pone la inyección.

#### **RECOMENDACIONES POST PROCEDIMIENTO:**

Después de la infiltración presentará en la zona de pinchazo molestias debidas al propio pinchazo y al volumen de medicamento introducido. Si la inyección se ha introducido dentro de la articulación es conveniente que realice reposo durante 24-48 horas y aplique hielo local para disminuir el riesgo de aumento de la inflamación articular.


#### **CONTROLES:**

Para la realización de este procedimiento, está previsto efectuarse una cantidad de sesiones que se le ha informado y ordenado al paciente en la consulta, pudiendo incrementarse o reducirse el número de tales sesiones, según la respuesta al tratamiento realizado.

#### **POSIBLES COMPLICACIONES:**

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseados y/o complicaciones, encontrándose, entre otras, las siguientes propias a este procedimiento:

- ✓ Reacción alérgica a la medicación introducida, bajada de tensión arterial, así como un mínimo porcentaje de mortalidad por anafilaxia.
- ✓ Lesiones en vasos, nervios y tendones adyacentes Infección en la zona de pinchazo e irritación de la articulación con inflamación de la misma.
- ✓ Descompensación temporal de diabetes, hipertensión arterial o úlceras.
- ✓ Aparición de atrofia cutánea en la zona de los pinchazos

|  |   |                       |
|--|---|-----------------------|
|  | <b>CONSULTA EXTERNA</b>   | <b>CÓDIGO</b>         |
|  | <b>CONSENTIMIENTO INFORMADO INFILTRACIONES ARTICULARES, PERIARTICULARES Y BLOQUEO MIONEURAL</b> | <b>FO-CE-011-V001</b> |
|  |   | <b>Página 3 de 4</b>  |

### DECLARACIÓN Y FIRMAS

YO, \_\_\_\_\_ DECLARO:

1. Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por mi médico tratante del procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.
2. Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el procedimiento propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
3. Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
4. También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

#### **PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL:**

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

Tipo y No. Documento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

#### **DATOS DEL MÉDICO /ESPECIALISTA:**

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

Tipo y No. Documento: \_\_\_\_\_

### NEGACIÓN (RECHAZO)


Aun cuando he recibido toda la información necesaria del procedimiento quirúrgico, tanto en lo que dice relación con los beneficios de éste, y también de los eventuales riesgos que este procedimiento significa, como también se me ha informado de las consecuencias derivadas de la no realización de este procedimiento quirúrgico, **NO LO ACEPTO**, y asumo las consecuencias derivadas de mi decisión.

#### **PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL:**

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

Tipo y No. Documento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

|  |   |                       |
|--|---|-----------------------|
|  | <b>CONSULTA EXTERNA</b>   | <b>CÓDIGO</b>         |
|  | <b>CONSENTIMIENTO INFORMADO INFILTRACIONES<br/>ARTICULARES, PERIARTICULARES Y BLOQUEO<br/>MIONEURAL</b> | <b>FO-CE-011-V001</b> |
|  |   | <b>Página 4 de 4</b>  |

### DESESTIMIENTO

REVOCO el consentimiento dado para la realización de este procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco / (que padece el paciente \_\_\_\_\_)

**PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL:**

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

Tipo y No. Documento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_