

UNIDAD DE DOLOR	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INFILTRACIÓN TENDINOSA	F-UDO-__
	Fecha : _____	EDICIÓN: 1

El presente documento formaliza el acuerdo entre el Sr./Sra.

Apellido 1:

Apellido 2:

Nombre:

DNI

y la Unidad de Dolor de..... en cuanto realización de un **infiltración tendinosa** de acuerdo con la información médica que le ha sido explicada de forma clara y comprensible por el Dr./Dra..... (Nº de Colegiado:.....).

- Este documento tiene como **objetivo** reflejar que usted ha sido informado sobre la técnica analgésica que se le propone, sus complicaciones y alternativas.
- **Técnica propuesta: Infiltración tendinosa**
- **Información del procedimiento y recomendaciones previas.**
 - Esta técnica consiste en la infiltración de un medicamento (anestésico local o un corticoide) en la tendones de los músculos usando una aguja. Se emplea para tratar dolores de carácter mecánico generalmente provocados por inflamación tendinosa. Es una técnica poco dolorosa, y se realiza en unos 5-10 minutos empleando un poco de anestesia local. El bloqueo puede ser diagnóstico con anestésico local y efecto pasajero (para localizar el origen del dolor), o terapéutico con un esteroide y de mayor duración (para tratamiento del dolor).
 - No se recomienda, en general, el uso repetido de corticoides por lo que deben espaciarse las infiltraciones.
 - Se canalizará una vía venosa en uno de los brazos por si necesitara un sedante suave y se vigilarán sus constantes vitales (tensión arterial, pulso...).
- **Objetivos del procedimiento**
 - El objetivo de la técnica consiste en lograr que la aplicación de las sustancias inyectadas actúen en la zona responsable de transmitir la información al cerebro aliviando la sintomatología dolorosa; nunca la curación de su patología.
 - En un cierto porcentaje de los que se realiza una radiofrecuencia pulsada del nervio supraescapular se consigue una mejoría, que a menudo es temporal y en algunos casos puede llegar a ser duradera (en torno a 6 meses), proporcionando un alivio importante del dolor. El alivio completo del dolor no es imposible, pero sí difícil de conseguir mediante esta técnica.
- **Riesgos**
 - Falta de efectividad del tratamiento (ausencia de mejoría)
 - Aumento del dolor habitual que puede empeorar su estado previo.
 - Riesgos asociados a la técnica
 - a. Molestias locales en el lugar de punción. Ceden en pocas horas con analgésicos convencionales.
 - b. Molestias regionales: Corriente eléctrica, calambres, calor, hormigueo y/o dolor en el hombro y brazo. Suelen desaparecer en horas o días, aunque en ocasiones pueden ser permanentes.
 - c. Síncope vasovagal . Es un “mareo” que suele darse en ciertas personas ante determinadas situaciones (análisis, visión de sangre, dolor, etc.). Se acompaña de sensación de calor, sudor y desvanecimiento. Debe avisar si nota estos síntomas. No es grave y cede con atropina (que se puede administrar de forma preventiva).
 - d. Infección: acuda de inmediato a urgencias si presenta calor y enrojecimiento de la zona infiltrada, especialmente si se acompaña de fiebre o si pierde sensibilidad o capacidad para

mover una parte de su cuerpo. Infección y/o defectos de cicatrización del punto de punción, que podrían dejar marcas temporales o permanentes sobre la piel.

e. Riesgos poco frecuentes de especial gravedad y asociados al procedimiento por criterios científicos

1.Reacciones alérgicas al anestésico local.

2.Inyección intravascular con toxicidad aguda producida por el anestésico, que se manifiesta por pérdida de conciencia, convulsiones y coma.

3.Lesión nerviosa: Implica que los nervios afectados dejen de funcionar (parálisis).

También puede provocar diversos grados de dolor (desde una leve molestia a un dolor muy severo) o molestias locales o regionales, transitorias o permanentes.

- Efectos secundarios y/o complicaciones asociados al uso de corticoides: •Insuficiencia adrenal (bajadas de tensión, debilidad, pérdida o ganancia de peso, pérdida de apetito, depresión, dolor abdominal, desaparición de la regla). • Osteoporosis, • Aumento del azúcar en sangre, • Subida de la tensión. • Cambios del color de la piel, atrofia (destrucción) de la piel o de la grasa, caída del pelo, calor y rojez en la cara, rotura de tendones, atrofia muscular, irritación de los nervios, sangrado en el punto de punción o en otras partes del cuerpo, úlcera de estómago, ansiedad. • Debilidad muscular local, regional o generalizada, lo que se conoce como miopatía por corticoides. • Trombosis de un vaso, lo que implicaría la muerte del tejido al que aporta sangre ese vaso sanguíneo.
- Efectos secundarios y/o complicaciones asociados al uso de anestésicos locales : •Arritmias, mareos, bajada de tensión. • Convulsiones. • Signos de intoxicación sistémica por anestésicos locales como sabor metálico en la boca, zumbidos de oídos, visión borrosa, escalofríos.
- Personalizados:

.....
.....

• **Alternativas a la técnica:**

1. Tratamiento conservador : Optimizar la analgesia habitual de tolerancia que usted tiene prescrita. Analgesia tópica no invasiva Terapia Física rehabilitadora funcional .Seguimiento terapéutico y técnicas de soporte conductual (psicoterapia)
2. Otras técnicas en función del protocolo establecido en la Unidad del Dolor y/o la experiencia del médico que le trate:
.....
.....
3. Cirugía (deberá consultar con los cirujanos las técnicas quirúrgicas disponibles).

CONSENTIMIENTO

Yo, D/ Dña _____ doy mi consentimiento para que me sea aplicado una infiltración tendinosa. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuanto lo estime oportuno

 SÍ NO

Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la técnica, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud

 SÍ NO

Autorizo que se puedan utilizar, de forma anónima, datos específicos y concretos de la técnica analgésica al que usted se va a someter con fines docentes y científicos.

 SÍ NO

Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión de conocimiento científico.

En _____, a ____ de _____ de _____

Firma del paciente

Firma del médico responsable de la información

Fdo.....

Fdo.....

REPRESENTANTE LEGAL (en caso de incapacidad del paciente)

D./Dña.....D.N.I.....

.....

Parentesco (padre, madre, tutor, etc.):.....

Firma

DENEGACIÓN O REVOCACIÓN

Yo, D/ Dña _____ después de ser informado/a del tratamiento que se me va a realizar y sus riesgos, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación / revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión .

En _____, a ____ de _____ de _____

Firma del paciente

Firma del médico responsable de la información

Nombre.....

Nombre.....

REPRESENTANTE LEGAL (en caso de incapacidad del paciente):

D./Dña.....D.N.I.....

...

Parentesco (padre, madre, tutor, etc.):.....

Firma