



Sociedad Norte
del Dolor

1º APELLIDO _____

2º APELLIDO _____

NOMBRE _____

FECHA _____ N° HISTORIA _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BLOQUEO INTRARTICULAR DE RODILLA

EN QUÉ CONSISTE EL BLOQUEO DE RODILLA

Esta técnica consiste en la infiltración de un medicamento (anestésico local o un corticoide, ac hyalurónico, plasma rico en plaquetas) en la articulación de la rodilla usando una aguja. Se emplea para tratar dolores de carácter mecánico generalmente provocados por la artrosis. Es una técnica poco dolorosa, y se realiza en unos 5-10 minutos empleando un poco de anestesia local y mediante control ecográfico. El bloqueo puede ser diagnóstico (para localizar el origen del dolor), con anestésico local y efecto pasajero o, terapéutico (para tratamiento del dolor) de mayor duración.

No se recomienda, en general, el uso repetido de corticoides intrarticulares por lo que deben espaciarse las infiltraciones.

COMPLICACIONES FRECUENTES

Las complicaciones más frecuentes que pueden aparecer son:

- *Molestias locales* en el lugar de punción. Ceden en pocas horas con analgésicos convencionales.
- *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)

Existen otras complicaciones muy poco frecuentes, como es la infección de la articulación que puede requerir el uso de antibióticos intraarticulares, aumenta el dolor inicial..

RIESGOS PERSONALIZADOS

Estos riesgos están relacionados con el estado de salud previo del paciente, y los más significativos son:

DECLARO que he sido informado/a por el médico de los riesgos del bloqueo de rodilla, y sé QUE, EN CUALQUIER MOMENTO, PUEDO REVOCAR MI CONSENTIMIENTO.

ESTOY SATISFECHO/A con la información recibida, he podido formular todas las preguntas que he creído convenientes y me han aclarado todas las dudas planteadas.

En consecuencia, DOY MI CONSENTIMIENTO para que se me realice un bloqueo de rodilla.

Firma del paciente

.....

Firma del médico

Dr. D. _____

.....

Nombre del representante legal, en caso de incapacidad del paciente, con indicación del carácter con el que intervienen (padre, madre, esposo/a, tutor, etc.)

Firma DNI

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACIÓN DEL BLOQUEO DE RODILLA

Revoco el consentimiento para la realización del Bloqueo de rodilla.

Firma del paciente

Fecha