



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA

LA VISIÓN GLOBAL DE LA PERSONA ENFERMA

Consejería de Salud .....

Hospital .....

Servicio de Medicina Interna

## CONSENTIMIENTO INFORMADO: Artrocentesis

### INFORMACIÓN

#### ¿QUÉ ES Y CÓMO SE REALIZA?

Mediante la artrocentesis, se pretende la extracción de líquido (que puede ser sangre, exudado o pus) acumulado en la cápsula articular que rodea una articulación.

Para ello, se limpia y desinfecta la zona de punción, y aplicamos anestesia. Colocamos al paciente en una posición adecuada y con una aguja fina entramos en la cavidad articular. Con la ayuda de una jeringa, extraemos el contenido articular, que podemos remitir a laboratorio para conocer la naturaleza del derrame. En ocasiones podemos aplicar algún medicamento (corticoide o anestésico) que ayude a la correcta evolución de la enfermedad.

Se suele recomendar reposo relativo las 24 horas posteriores a la técnica.

#### ¿PARA QUÉ SIRVE?

- Favorecer la movilidad adecuada de la articulación, alterada por la presencia del derrame en el interior de la cápsula, y aliviar el dolor que produce.
- Diagnosticar el motivo del derrame mediante el análisis del líquido.
- Aplicar medicamentos en la cavidad articular.

#### ¿QUÉ RIESGOS PUEDE HABER?

Todas las técnicas médicas tienen riesgos, que en la mayor parte de los casos son leves o muy infrecuentes.

##### Riesgos frecuentes:

- Dolor en la zona de punción.
- Hematoma en la zona de punción poco importante.
- Inflamación tras la punción articular (artritis).
- No conseguir drenar el contenido articular.
- Mareos, sudoración, incluso síncope.

##### Riesgos más graves (poco frecuentes):

- Reacción alérgica a la anestesia u otros medicamentos.
- Infección articular.
- Rotura de tendón (muy poco frecuente).

Es muy importante para realizar esta técnica, conocer de antemano la existencia de problemas en la coagulación o de alergias a algún medicamento.

##### Riesgos personalizados:

Otros riesgos o complicaciones que podrían aparecer, dada su situación clínica y sus circunstancias personales o profesionales, son .....

#### ¿HAY OTRAS ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO?

Control del dolor con analgésicos y antiinflamatorios, no existen sin embargo alternativas para el análisis del líquido articular.

#### ¿QUÉ CONSECUENCIAS SON PREVISIBLES DE LA NO REALIZACIÓN?

La no realización de la técnica puede llevarnos a una incapacidad para el correcto funcionamiento articular, importante dolor, a no conocer la causa del derrame articular.

*Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar. Se le atenderá con mucho gusto.*

---

Antes de facilitar esta hoja de Consentimiento Informado a su paciente, compruebe si su Centro o Comunidad Autónoma posee un modelo específico para este procedimiento.



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA

LA VISIÓN GLOBAL DE LA PERSONA ENFERMA

Consejería de Salud .....

Hospital .....

Servicio de Medicina Interna

## CONSENTIMIENTO INFORMADO: Artrocentesis

### CONSENTIMIENTO

Tras haber recibido información verbal clara y sencilla y leer este escrito explicativo sobre la ARTROCENTESIS, he podido hacer preguntas y aclarar mis dudas sobre qué es, cómo se hace, para qué sirve, qué riesgos conlleva y por qué es importante en mi caso.

Así, tras haber comprendido la información recibida, doy libremente mi consentimiento para la realización de dicho procedimiento.

También se me ha indicado que puedo tener una copia de este documento y que puedo revocar el consentimiento en cualquier momento.

Observaciones del paciente .....

CONSENTIMIENTO Lugar y Fecha .....

Firma del paciente

(familiar o representante legal en caso de incapacidad)

DNI.....

Firma del médico

(responsable de la información)

N.º Colegiado.....

DENEGACIÓN Lugar y Fecha .....

Firma del paciente

(familiar o representante legal en caso de incapacidad)

DNI.....

Firma del médico

(responsable de la información)

N.º Colegiado.....

REVOCACIÓN Lugar y Fecha .....

Firma del paciente

(familiar o representante legal en caso de incapacidad)

DNI.....

Firma del médico

(responsable de la información)

N.º Colegiado.....

Fecha de Validación .....