

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO PERCUTÁNEO DE TENDINITIS CALCIFICANTE

### EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La tendinitis calcificante es un proceso inflamatorio crónico que se produce más frecuentemente en el tendón supraespinoso del hombro, aunque pueden verse afectados otros tendones en el hombro u otras localizaciones. Se produce una calcificación en el espesor del tendón que produce tendinitis de repetición, dolor e impotencia funcional.

Mediante anestesia local y guiados por ecografía se puncionan mediante una aguja las calcificaciones y se realizan lavados de las mismas con anestésico. De esta manera se provoca la salida del calcio. Por último, antes de finalizar el procedimiento, se inyecta un fármaco antiinflamatorio (corticoide) en la zona tratada.

En ocasiones puede reaparecer el dolor en 1-2 meses debido al proceso de cicatrización del tendón donde estaba la calcificación. Esto es normal y no debe alarmarle.

En algunos casos, dependiendo de la clínica o de los hallazgos en ecografía, puede ser necesario repetir la punción en fechas posteriores.

La finalidad es eliminar las calcificaciones y evitar sus síntomas, sin necesidad de cirugía ni cicatrices.

### CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

### RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

- Dolor de la zona de punción.
- Dolor en el hombro durante las 48 horas posteriores al tratamiento.
- Hematoma en la zona de punción.
- Reacción alérgica o de intolerancia a la medicación utilizada en el procedimiento.
- Mareos.
- Infección en la zona de punción.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico.

### RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

No tiene     Diabetes     Obesidad     Hipertensión

Anemia     Edad Avanzada     Tabaquismo     Tratamiento anticoagulante

.....puede

aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

## CONTRAINDICACIONES

No tiene.

## ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Tratamiento farmacológico.
- Cirugía.
- Litotricia con ondas de choque.

## AUTORIZACIÓN PARA “TRATAMIENTO PERCUTÁNEO DE TENDINITIS CALCIFICANTE”

Yo, D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, como representante legal en calidad de “ tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre” del paciente debido a “Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad”, cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

## Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

Firma del representante legal: