



## BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO SORBALDAKO ARTIKULAZIO BARNEKO BLOKEOA BLOQUEO INTRARTICULAR DEL HOMBRO

### A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:  
<<NOMBREMEDICO>> /  
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

### B. INFORMAZIOA:

Teknika honetan, botika bat (anestesiko lokala edo kortikoide bat) injektatzen da, orratz baten bidez, sorbaldako artikulazioan. Izaera mekanikoko minak — eskuarki, artrosiak eragindakoak— tratatzeko erabiltzen da. Ez da batere mingarria, 5-10 minutu irauten du, eta anestesia lokal pixka bat erabiltzen da. Blokeoa diagnostikoa izan daiteke, anestesiko lokalarekin egina eta efektu iragankorra duena (minaren jatorria lokalizatzeko), edo terapeutikoa, esteroide batekin egina eta iraupen luzeagokoa (mina tratatzeko).

Oro har, ez da gomendatzen artikulazio barneko kortikoideak behin eta berriz erabiltzea; horregatik, denbora bat igarotzen utzi behar da infiltrazio batetik bestera.

### C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:

Konplikaziorik ohikoenak ondoko hauek izaten dira:

- Ondoez lokala ziztada-eremuan. Ondoeza ordu gutxiren buruan desagertzen da, ohiko analgesikoekin.
- Sinkope basobagala. Pertsona batzuek egoera jakin batzuetan —analisiak, odola ikustea, mina, etab.— izaten duten "zorabioa" da. Halakoetan, bero-sentsazioa, izerdia eta kordea galtzea gertatzen dira. Sintoma horiek nabaritzuz gero, horren berri eman behar duzu. Ez da larria, eta atropinarekin konpontzen da (era prebentiboan ere eman daiteke).
- Badira beste konplikazio batzuk ere, batere ohikoak ez direnak, hala nola artikulazioko infekzioa, zeinak artikulazio barneko antibiotikoak behar izatea eragin baitezake, eta hasierako mina areagotzen baitu.

### A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:  
<<NOMBREMEDICO>> /  
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

### B. INFORMACIÓN:

Esta técnica consiste en la infiltración de un medicamento (anestésico local o un corticoide) en la articulación del hombro 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. 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 intrarticulares por lo que deben espaciarse las infiltraciones.

### C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

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 intrarticulares, y aumenta el dolor inicial.



**E. ARRISKU PERTSONALAK:**

**Nire egoeratik, medikuak azaldu dit arrisku edo konplikazio hauek areagotu daitezkeela:**

<~~ ~>

**E. RIESGOS PERSONALIZADOS::**

Por mi situación actual, el médico me ha explicado que pueden aumentar riesgos o complicaciones como:

<~~ ~>



<--

**Datuak babesteari buruzko oinarrizko informazioa:** Interesdunari jakinarazten zaio bere datu pertsonalak Osakidetza – Euskal osasun-zerbitzuak tratatuko dituela. HISTORIA KLINIKOA tratamenduaren xedea da pazientearen historia klinikoren datuak izatea, horren jarraipena egiteko eta laguntza-jarduera kudeatzeko, legezko betebeharrak betetzeko. Posible da datuak honako hauei jakinaraztea: Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila, GSIN, agintari judizialak eta aseguru-etxeak. Datuak interesdunak berak, Eusko Jaurlaritzaren Osasun Sailak eta Osakidetza langile sanitarioek eman dituzte. Interesdunak eskubidea du datuetara sartzeko eta horiek zuzendu edo ezabatzeko, eta tratamendua mugatzeko edo horri uko egiteko. Datuen babesari buruzko informazio gehiago duzu webgune honetan:

<http://www.osakidetza.euskadi.eus/babesdatuak>

Información básica sobre protección de datos: Se informa a la persona interesada de que sus datos personales serán tratados por Osakidetza – Servicio vasco de salud. La finalidad del tratamiento HISTORIAL CLINICO es la de disponer de los datos de la Historia Clínica del paciente para el seguimiento del mismo y la gestión de la actividad asistencia, conforme al cumplimiento de una obligación legal. Pueden realizarse comunicaciones de datos al Departamento de Salud del Gobierno Vasco, al INSS, a autoridades judiciales y entidades aseguradoras. Los datos proceden de la propia persona interesada, del Departamento de Salud del Gobierno Vasco y de personal sanitario de Osakidetza. La persona interesada tiene derecho de acceso, rectificación, supresión de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento. Podrá ampliar información en materia de protección de datos en la siguiente dirección web:

<http://www.osakidetza.euskadi.eus/protecciondatos>

DOKUMENTU HAU SINATZEN DUT, ONGI IRAKURRI ETA NIRE ZALANTZAK GALDETU ETA ARGITZEKO AUKERA IZAN OSTEAN. BERAZ, ULERTU EGIN DUT ZER EGIN BEHAR DIDATEN, ZER EMAITZA ESPERO DAITEZKEEN ETA ZER ARRISKU ERAGIN DAITEKEEN HORRETATIK.

FIRMO ESTE DOCUMENTO DESPUÉS DE HABERLO LEÍDO Y HABER TENIDO LA OPORTUNIDAD DE PREGUNTAR Y ACLARAR MIS DUDAS. POR TANTO, DESPUÉS DE HABER ENTENDIDO LO QUE SE ME VA A HACER, LOS RESULTADOS ESPERADOS Y LOS RIESGOS QUE DE TODO ELLO PUEDAN DERIVARSE.

-->

## Pazientea/k / El Paciente/s

### Pazientearen izen-abizenak eta NAN

Nombre, apellidos y DNI del paciente

<-- <<NOMBREPACIENTE>> <<APELLIDO1PACIENTE>> <<APELLIDO2PACIENTE>> <<DNIPACIENTE>>

### Sinadura/k eta data

Firma/s y fecha



**Medikua/k / El/La Médico/s**

**Medikuaren izen-abizenak eta elkargokide-zk.**

Nombre, apellidos y número de colegiado

<<NOMBREMEDICO>> / <<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

**Sinadura eta data**

Firma y fecha

**Ordezkarria: adingabekorik edo pazientearen ezgaitasunik egotekotan / Representante: en caso de incapacidad del paciente o menor de edad**

**Legezko ordezkariaren izen-abizenak, NAN eta ahaidetasuna**

Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del representante legal

**Sinadura eta data**

Firma y fecha

**Pazientearen edo legezko ordezkariaren ATZERA EGITEA / DESISTIMIENTO del paciente o representante legal**

**Adierazitako prozedurapean EZ JARTZEAREN irismena eta arriskuak ulertzen ditut. Eta halako baldintzetan atzera egiteko eskubidea egikaritzen dut.**

Comprendo el alcance y los riesgos de NO SOMETERME al procedimiento indicado. Y en tales condiciones ejerzo mi derecho de desistimiento

**Sinadura eta data**

Firma y fecha