



1. Identificación y descripción del procedimiento

La artrocentesis consiste en sacar líquido de una articulación enferma para estudiarlo o aliviar las molestias que la presencia del mismo ocasiona al paciente. Se utilizan para ello una jeringa y una aguja.

2. Objetivo

Suprimir o aliviar las molestias del paciente referidas a esa articulación.
Estudiar las características del líquido para ayudar en el diagnóstico de la enfermedad.

3. Beneficios

Aliviar o suprimir el dolor.
Mejorar la movilidad en los casos que esté limitada.
Evitar tener que aplicar otros tratamientos más agresivos o con más efectos perjudiciales.
Ayudar en el diagnóstico de la enfermedad de esa articulación.

4. Alternativas razonables

Tratamiento con:

- Medicamentos tomados por cualquier otra vía para la inflamación y el dolor.
- Fisioterapia, reposo.
- Utilizar otros medios para el diagnóstico

5. Consecuencias previsibles de su realización

Desaparición o alivio de la inflamación y del dolor.
Mejoría de la movilidad
Facilitar el diagnóstico.
Dolor en el punto del pinchazo

6. Consecuencias previsibles de la no realización

No alivio del dolor ni de la inflamación sin utilizar otros medios de tratamiento.
No mejoría de la movilidad sin utilizar otros medios de tratamiento.
Necesidad de otras pruebas para el diagnóstico.

7. Riesgos frecuentes

Dolor o molestia en la zona del pinchazo o en la articulación.

8. Riesgos infrecuentes

Infección en la articulación.
Lesión del cartilago por acción de la aguja.
Lipotimia.

9. Riesgo en función de la situación clínica del paciente

Ninguna en especial

10. Observación

Durante las primeras 48 horas a seguir a la artrocentesis deberá:

- Mantener en reposo la articulación puncionada.
- Comunicar cualquier anomalía que observe a su médico que no sea un discreto dolor en la articulación puncionada.

Si después de las 48 horas de la punción tuviera, fiebre y/o rojez y/o aumento del calor en la articulación puncionada debe comunicárselo de forma urgente a su médico

11. Declaración de consentimiento

Don/doña de años de edad, con domicilio en , DNI y nº de SIP

Don/doña de años de edad, con domicilio en en calidad de (representante legal, familiar o allegado de la paciente) , con DNI

Declaro:

Que el Doctor/a me ha explicado que es conveniente/necesario, en mi situación la realización de

y que he comprendido adecuadamente la información que me ha dado.

En a de de 2

Fdo.: Don / doña DNI

Fdo.: Dr/a DNI

Colegiado nº:

12. Revocación del consentimiento

Revoco el consentimiento prestado en fecha de de 2 y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En a de de 2

Fdo. el médico

Fdo. el/la paciente

Colegiado nº:

