

TALLER DE INFILTRACIONES

F. Javier Maestro Saavedra. Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Atención Primaria de Elviña-Mesoiro. EOXI A Coruña. Servicio gallego de Salud

INFILTRACIONES ARTICULARES

Las diferentes técnicas que engloba la infiltración (la artrocentesis, la administración local intraarticular o en tejidos blandos periarticulares) son unos procedimientos sencillos que produce un alivio de la sintomatología, con escasos efectos secundarios.

ESQUEMA TERAPÉUTICO A UTILIZAR:

1. *Reposo relativo.*
2. *Medidas locales y ejercicio de rehabilitación.*
3. *AINES/Analgésicos (5-7 días).*
4. *Valorar infiltración local (que supone la colocación de una sustancia antiinflamatoria esteroidea, de depósito, en el punto de inflamación o dolor).*
5. *En caso de no ser efectiva puede ser necesaria la cirugía.*

FÁRMACOS EMPLEADOS EN LAS INFILTRACIONES

CORTICOIDES

Existen diversos análogos sintéticos, con potencia diferente aunque eficacia similar como son:

*Acetato de betametasona y fosfato de betametasona (**celestone cronodose^R**),*

*Acetato de parametasona (**cortidene depot^R**) y*

*Acetónido de triamcinolona (**trigón depot^R**).*

ANESTÉSICOS LOCALES

Los anestésicos locales a utilizar son: mepivacaína, lidocaína, xilocaína.

Hemos de distinguir entre:

La **anestesia local** para la posterior infiltración, la cual se realiza con anestésico solo y

La mezcla de infiltración, en proporción 1:1, que disminuye la frecuencia de artritis por microcristales que pueden producir los corticoides inyectados.

¿CUÁNTAS INFILTRACIONES SE PUEDEN REALIZAR ANTE LA MISMA PATOLOGÍA?

Las pautas de utilización, relativamente arbitrarias, recomiendan:

1. *Espaciar las infiltraciones entre 7 días y 1 mes.*
2. *No infiltrar una misma articulación más de 4 veces al año, ni más de 2 consecutivas si son ineficaces.*
3. *No infiltra más de 3 articulaciones en una misma sesión.*
4. *Mantener la articulación infiltrada en reposo 24-48 horas.*
5. *No administrar en patologías acompañantes que puedan agravarse (p.e: diabetes)*

HABILIDADES AVANZADAS APLICADA A LAS INFILTRACIONES

De manera general las infiltraciones las podemos dividir en cuatro grupos:

Infiltración de tendinitis
Infiltración de Bursitis
Drenaje e infiltración articular
Infiltración de dolores puntuales

INFILTRACIÓN DE TENDINITIS

Seguiremos los siguientes pasos:

- 1.- **Búsqueda del punto del dolor.**
- 2.- **Asepsia con betadine** con la técnica de ampliación centrifuga del círculo.
- 3.- **Anestesia puntual con anestésico**, usando una jeringa de insulina cargada con anestésico, **a unos 1,5 a 2 centímetros del punto de dolor** (tamaño de la **aguja subcutánea**).
Con **aspiración previa** a infiltrar para evitar punciones sanguíneas.
- 4.- **Pellizco** para separar las estructuras superficiales de las profundas.
- 5.- **Infiltración de la mezcla de infiltración** (anestésico y corticoide de depósito en proporción 1:1).
Normalmente esta **infiltración se realiza en abanico**, sobre todo si la zona presenta varios grupos tendinosos (como la epicondilitis).
- 6.- **En algunos casos se puede realizar un vendaje funcional u ortesis** para favorecer la curación, como en el caso de las epicondilitis o la tendinitis de DeQuervain.

Material utilizado en la infiltración de las tendinitis

Aguja de 0,5 x 16 mm (Naranja, subcutánea).
Jeringas de 2 ó de 5 ml.

INFILTRACIÓN DE BURSITIS

Seguiremos los siguientes pasos:

- 1.- **Asepsia con betadine[®]**, con la técnica de ampliación centrifuga del círculo, **en la zona elegida para el drenaje o la infiltración.**
- 2.- **Anestesia puntual con anestésico**, usando una jeringa de insulina cargada con anestésico.
Con aspiración previa a infiltrar para evitar punciones sanguíneas.
- 3.- **Drenaje**, si es posible, del contenido de la bursa **con una aguja intramuscular**. En caso de llenar **la jeringa**, se cambia esta, las veces que sean necesarias, sin retirar la aguja del interior de la bursa.
Suele ser necesario, en las bursitis superficiales, **comprimir la bursa** para el correcto drenaje.
- 4.- **Tras retirar la aguja de drenaje**, por el mismo punto, **se realiza una nueva punción con una aguja nueva**, para mantener la asepsia, y **se inyecta la mezcla de infiltración** (anestésico y corticoide de depósito en proporción 1:1).
- 5.- **Es esencial un vendaje compresivo elástico no inmovilizador**, en las bursitis superficiales, para permitir el **contacto de la mezcla de infiltración con todo la superficie de la cápsula de la bursa**, debido a la diferencia entre el contenido extraído (que puede llegar a ser de + de 20 cc) y el inyectado (que en el caso máximo es de 4 cc)

Material utilizado en la infiltración en las bursitis

*Aguja de 0,8 x 40 mm (Verde, intramuscular)
Jeringa de 10 o 20 ml.*

DRENAJE E INFILTRACIÓN ARTICULAR

Seguiremos los siguientes pasos:

- 1.- **Asepsia con betadine**, con la técnica de ampliación centrifuga del círculo, **en la zona elegida**, según estructuras anatómica **de abordajes de la estructura articular**, para el drenaje o la infiltración.
- 2.- **Anestesia puntual con anestésico**, usando una jeringa de insulina cargada con anestésico.
Con aspiración previa a infiltrar para evitar punciones sanguíneas.
- 3.- **Drenaje**, si es posible, **del contenido de la articulación con una aguja intramuscular**.
En caso de llenar la jeringa, **se cambia esta las veces que sean necesarias, sin retirar la aguja** del interior de la articulación.
- 4.- **Tras retirar la aguja de drenaje**, por el mismo punto, se **realiza una nueva punción con una aguja nueva**, para mantener la asepsia, y **se inyecta la mezcla de infiltración** (anestésico y corticoide de depósito en proporción 1:1).
- 5.- **No suele ser necesario el vendaje compresivo elástico no inmovilizador**, aunque se suele utilizar.

Material utilizado en la infiltración articular.

Aguja de 0,8 x 40 mm (Verde, intramuscular)

Jeringa de 10 ó 20 ml

INFILTRACIÓN DE ESTRUCTURAS DOLOROSAS PUNTUALES

Seguiremos los siguientes pasos:

- 1.- Asepsia con betadine**, con la técnica de ampliación centrifuga del círculo, **en la zona elegida según lesión a infiltrar.**
- 2.- Anestesia puntual** con anestésico, usando una jeringa de insulina cargada con anestésico.
Con aspiración previa a infiltrar para evitar punciones sanguíneas.
- 3.- Realiza una punción** con una **aguja subcutánea** (en estructuras superficiales) ó **intramuscular** (en estructuras profundas), e **inyectar la mezcla de infiltración** (anestésico y corticoide de depósito en proporción 1:1), **en la zona perilesional** (como en los neuromas, espolones, fascitis, zonas de compresión tendinosa, etc.).
- 4.- En algunos casos se puede realizar un vendaje funcional u ortesis** para favorecer la curación, como en el caso del síndrome del túnel carpiano.

Material utilizado en la infiltración de estructuras dolorosas puntuales.

Aguja de 0,5 x 16 mm (Naranja, subcutánea).

Aguja de 0,8 x 40 mm (Verde, intramuscular)