

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EMBOLIZACIÓN ARTERIAL DE PATOLOGÍA INFLAMATORIA ARTICULAR_PERIARTICULAR

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La embolización arterial de patología inflamatoria articular/periarticular (hombro congelado, artrosis/artrofibrosis de rodilla o de cadera, epicondilitis, etc.), es un procedimiento que sirve para interrumpir-bloquear la circulación en los vasos sanguíneos arteriales (inflamados, engrosados o con fibrosis), identificados en la cápsula engrosada de la articulación dañada que parecen ser responsables de los síntomas que padece.

Se pincha una arteria (ingle, antebrazo o muñeca), por donde se introduce un tubo fino (catéter) para inyectar un líquido (medio de contraste), que nos va a permitir ver los vasos sanguíneos que queremos estudiar mediante radiografías.

Una vez localizados los vasos, se introducen en ellos sustancias que interrumpen la circulación de la sangre hacia esa capsula articular dañada.

Este procedimiento se realiza con anestesia local y sedación.

La finalidad es la disminución/desaparición del dolor y la mejoría de la movilidad articular.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

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

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos del procedimiento son:

- Malestar, fiebre y dolor articular.
- Sangrado o trombosis (coágulo) de la arteria puncionada.
- Hematoma en el lugar de punción.
- Obstrucción no deseada de otros vasos sanguíneos del brazo.
- Reacción alérgica al material embolizante utilizado en el procedimiento.
- Reacción alérgica, intolerancia o alteración de la función renal por el contraste administrado.
- El empleo de rayos X puede originar efectos adversos en el organismo, incluido un riesgo muy bajo de producir cáncer. Por la complejidad del procedimiento pueden ser necesarios niveles altos de radiación, con un bajo riesgo adicional de lesiones en piel (enrojecimiento, quemaduras o depilación). Si se usan niveles altos de radiación será advertido para que vigile la posible aparición de los efectos mencionados y realizarle un seguimiento. Los beneficios de la prueba son mayores que estos efectos y en cualquier caso se utilizará la dosis mínima necesaria para completar el objetivo de la intervención.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

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.

Informe a su médico si está embarazada o sospecha que pueda estarlo, así como si está en periodo de lactancia, si es alérgico al contraste o tiene insuficiencia renal. De estar presentes deben ser consideradas según las características del paciente y el beneficio/riesgo de la técnica a realizar.

CONTRAINDICACIONES

No tiene.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otra alternativa a la técnica es:

- Tratamientos médicos o la intervención quirúrgica.

AUTORIZACIÓN PARA “EMBOLIZACIÓN ARTERIAL DE PATOLOGÍA INFLAMATORIA ARTICULAR_PERIARTICULAR”

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./D^a. , así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, 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

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

Servicio de Radiología

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o 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 _____

Fdo. Paciente: