

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO CON PLASMA RICO EN PLAQUETAS (PRP)

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El plasma rico en plaquetas es un derivado de la sangre que contiene, entre otras sustancias, un gran volumen de concentrado de factores de crecimiento y proteínas. Estas sustancias son capaces de acelerar los procesos de curación de los tejidos.

Las PRP se obtienen bajo un proceso seguro, que se realiza en el laboratorio y/o mediante una centrifugadora en el lugar de la extracción, con una muestra de su propia sangre, que se le extraerá unas horas antes de realizar la infiltración. La sangre se centrifuga para obtener la separación de sus componentes: glóbulos rojos, glóbulos blancos y el plasma con las plaquetas.

El procedimiento consiste en la aplicación de una fracción de su sangre, PRP, con una jeringa en la zona lesionada. Se administra mediante infiltración en la propia consulta (guiado por Rayos X o ecografía), o durante una cirugía.

Este procedimiento se realiza para los casos de epicondilitis (inflamación de músculos y tendones del codo), tendinopatía del manguito de los rotadores (inflamación o desgarro de algunos de los tendones del hombro), o en la fascitis plantar (inflamación de la planta del pie).

Esta técnica ayuda a regenerar el tejido enfermo que causa sus síntomas disminuyendo el dolor y la inflamación. Puede frenar la evolución de su proceso y conseguir recuperar parte de la movilidad. También evitar tratamientos más agresivos o con efectos secundarios.

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, edema o hematoma (morado) transitorio en la zona de la inyección.
- Lesión de vasos sanguíneos, nervios y/o tendones cercanos al punto de inyección.
- Infección o inflamación de la articulación.
- Aparición de atrofia de la piel en la zona
- Problemas cutáneos, nódulos, abultamientos.
- Infección en la zona del pinchazo.
- Rigidez o limitación funcional temporal de articulaciones vecinas.

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

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

El uso de este tipo de tratamientos no se puede usar en pacientes con:

- Enfermedad cardiovascular grave no controlada.
- Enfermedades que se transmiten por la sangre (como la hepatitis, VIH o sífilis, entre otras).
- Infección activa o fiebre.
- Cáncer activo o reciente (hace menos de 10 años).
- Trastornos graves de coagulación no corregibles.
- Trombosis, infarto, ictus recientes en tratamiento anticoagulante/doble antiagregante.
- Tratamiento con fármacos inmunosupresores (que bajan las defensas).
- Embarazo.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso, este tratamiento es el más adecuado. Hay otras alternativas como son:

- Uso de la cirugía.
- Infiltrar con ácido hialurónico o con corticoides.
- Uso fármacos para el dolor
- Técnicas de rehabilitación y medidas ortopédicas.

AUTORIZACIÓN PARA "TRATAMIENTO CON PLASMA RICO EN PLAQUETAS (PRAP)"

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.



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
N.º Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD
Servicio de Traumatología
y Cirugía Ortopédica

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

En _____, a _____

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

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: