

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EMBOLIZACIÓN ARTERIAL DE CAPSULITIS ADHESIVA DEL HOMBRO

Identificación del paciente

Nº Historia:

DNI:

Apellido 1:

Apellido 2:

Nombre:

Sexo:

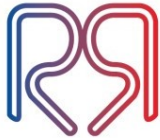
F. Nacimiento:

Fecha:

*La ley 41/2002, de 14 de noviembre, publicada en BOE 274, de 15-11-2002 establece que Ud. tiene derecho a conocer en qué consiste la intervención-procedimiento al que va a ser sometido, los riesgos y los beneficios de su realización. Este documento sirve para que Ud, o quien le represente, esté adecuadamente informado sobre lo que se le va a realizar y de su consentimiento escrito al respecto. **Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá usted o su representante legal que firmar el documento de consentimiento informado para realizar la intervención (en reverso de esta hoja u otra adjunta a este documento).***

Antes de firmar es importante que lea atentamente la información contenida en el mismo, ya que firmado significa que ha sido adecuadamente informado sobre la intervención y Ud. autoriza su realización. Si después de leer detenidamente este documento desea más información, no dude en preguntarnos. Firmar el presente consentimiento no le obliga a usted a someterse a dicha intervención. Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee y de su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida.

La **embolización arterial de la capsulitis adhesiva (hombro congelado)** es una intervención que sirve para tapar los vasos sanguíneos arteriales neoformados e hiperplásicos identificados en la cápsula engrosada de la articulación del hombro que parece ser responsable de los síntomas que usted padece. Este procedimiento se realiza con anestesia local y analgesia intravenosa para minimizar las molestias que conlleva. Se le pinchará una arteria (generalmente en la ingle, antebrazo o muñeca). A continuación, se le introducirá un tubo muy fino (catéter) por el que se inyecta un líquido (medio de contraste) que permite ver los vasos sanguíneos en diferentes radiografías. Una vez localizado el sitio exacto de las arteriolas que deben taparse, se introducen sustancias que interrumpen la circulación de la sangre hacia esa capsula articular engrosada. Esta intervención dura aproximadamente unas 2 horas. Generalmente deberá permanecer controlado en el Hospital unas horas después del procedimiento.



ALTERNATIVAS

En la actualidad la alternativa a este procedimiento de embolización son diferentes tratamientos médicos o la intervención quirúrgica. Los resultados que se obtienen con la embolización de arteriolas que irrigan las zonas de engrosamiento capsular compensan los posibles riesgos que a continuación le exponemos.

RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO

Por la técnica que se va a realizar

- Como consecuencia de la intervención (embolización) se puede presentar, hasta en un 20% de los casos, malestar, fiebre y dolor articular que pueden persistir entre 3 y 5 días y suelen ceder con tratamiento médico habitual.
- Se puede producir un coágulo (trombo) en el vaso que se pincha.
- Puede producirse hematoma/sangrado por el sitio de la punción.
- Puede ocurrir obstrucción no deseada de otros vasos del brazo, que puede conducir a complicaciones graves.
- La muerte puede producirse en 1 de cada 10.000 pacientes.

Por el medio de contraste

Reacciones adversas y/o alérgicas, que pueden ser:

1. Leves como náuseas, picores o lesiones en la piel.
2. Raramente graves como alteraciones de los riñones o sensación de ahogo.
3. Excepcionalmente la muerte (1 de cada 1.000.000 pacientes).

Por la exposición a los rayos X

Una ligera elevación del riesgo de padecer cáncer dentro de algunos años: *Este riesgo es muy bajo en comparación con la incidencia habitual del cáncer.* Lesiones en la piel: *La posibilidad de que ocurran depende de la dificultad del procedimiento (tiempo de exposición) y de su sensibilidad a la radiación.* Siguiendo la legislación vigente se utilizará la dosis mínima para completar los objetivos de la embolización.

De todas formas, si ocurriera cualquier complicación no dude que todos los medios médicos y técnicos de este hospital están dispuestos para intentar solucionarlas.

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS ESPECÍFICAS

OBSERVACIONES

Previamente a la realización de la intervención se debe comunicar al médico responsable si padece algún tipo de alergia, en especial a la anestesia o los medios de contraste. También si está Ud. embarazada o en periodo de lactancia.

Con la firma del consentimiento también autoriza el uso de imágenes del procedimiento con fines científicos y/o académicos, sin que sea revelada su identidad en las mismas.

Si después de leer este documento y antes de firmarlo desea más información o aclarar cualquier duda no dude en preguntar al especialista responsable.

Declaraciones y firmas

D./D^a _____, con D.N.I. _____ he sido informado suficientemente de la intervención que se me va a realizar, explicándome sus riesgos y complicaciones. He comprendido la información y doy mi consentimiento para que se me realice dicha intervención. Mi aceptación es voluntaria y puedo retirar este consentimiento cuando lo crea oportuno.

Firma del paciente

Fecha ___/___/ 201_

D./D^a _____, CON D.N.I. _____ y en calidad de _____ he sido informado suficientemente de la intervención que se le va a realizar. Por ello, doy expresamente mi consentimiento.

Firma del tutor o familiar

Fecha ___/___/ 201_



servei
SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE RADIOLOGÍA
VASCULAR
E INTERVENCIONISTA

SECRETARÍA TÉCNICA: C/ ALCALA, 135, 1º
28009 MADRID, +34 689.038.751
WWW.SERVEI.ORG
SECRETARIA@SERVEI.ORG

Dr./Dra. _____, he informado al paciente y/o al tutor o familiar, del objeto y naturaleza de la intervención que se le va a realizar, explicándose los riesgos, alternativas terapéuticas y complicaciones posibles.

Firma del médico responsable

Fecha ___/___/ 201_

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

D./D^a _____ con D.N.I. _____
revoco el consentimiento otorgado previamente para la realización del procedimiento
_____ y NO deseo que prosiga el mismo.

Firma de revocación

Fecha ___/___/ 201_