

DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Tratamiento local de la sinovitis:
Radiosinoviortesis**

| Paciente | Historia | Habitación |
|------------------------|----------------------|------------|
| Nombre Paciente: | | |
| Dr: | | |
| C.I.A.: | | |
| Planta: | | |
| F. Ingreso: | F. Nacimiento: | |

1. IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El tratamiento local de la inflamación sinovial (sinovitis) puede realizarse mediante la administración de trazadores radiactivos en la propia articulación, donde depositan la radiación que emiten y producen una disminución en la actividad inflamatoria y en la producción de líquido.

Gran parte de las articulaciones se pueden tratar mediante esta técnica, sobre todo aquellas que escapan del control de la medicación habitual del paciente.

Dependiendo de la articulación a tratar, se emplean diferentes radiotrazadores: Ytrio-90 en rodilla; Renio-186 en hombro, codo, muñeca, cadera y tobillo, y Erblio-169 en pequeñas articulaciones de manos y pies. La radiosinoviortesis está indicada para el tratamiento local de la sinovitis activa de cualquier causa: enfermedades reumáticas (artritis reumatoidea, artritis psoriásica, etc), sinovitis villonodular, hemofilia, artrosis activada.

Técnica: consiste en la administración del trazador radiactivo mediante infiltración intraarticular. No precisa preparación previa. Tras el tratamiento se debe inmovilizar la/s articulación/es tratada/s durante 48-72 h para evitar el paso del radiotrazador de la cavidad articular al resto del organismo, y la inflamación local.

Previamente a la realización del tratamiento, el personal del Servicio de Medicina Nuclear correspondiente le informará del procedimiento y responderá a todas sus preguntas acerca del mismo.

2. OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Es un tratamiento local de la inflamación sinovial (sinovitis), es decir, pretende disminuir la inflamación articular y sus manifestaciones (dolor, derrame articular de repetición, etc) pero no actúa directamente contra la causa de la enfermedad ni contra la afectación del hueso de la articulación (dolor por artrosis).

Controlar de forma local y prolongada la inflamación articular y sus síntomas, así como los derrames de repetición que se producen secundariamente.

Reducir o como mínimo no tener que aumentar el uso de antiinflamatorios.

3. ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO

Continuar con infiltraciones de corticoides intraarticulares, a pesar de que cuando se plantea la radiosinoviortesis es porque este tratamiento ha fracasado, al menos parcialmente.

Cirugía, que también presenta sus contraindicaciones y efectos secundarios.

4. CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Contribuir al tratamiento sintomático de estos pacientes para mejorar su calidad de vida.

5. CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Persistencia de sintomatología dolorosa.

Aumento del consumo de antiinflamatorios.

Necesidad de evacuaciones periódicas de líquido articular.

6. RIESGOS FRECUENTES

En algunos pacientes se puede producir una inflamación local a los pocos días del tratamiento, que suele ceder espontáneamente y que es de corta duración.

7. RIESGOS POCO FRECUENTES

Es excepcional la aparición de un foco de necrosis por radiación en el punto de inyección.

También es rara la artritis séptica, debido a que se toman las medidas adecuadas de esterilidad.



8. RIESGOS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE

Este tratamiento está contraindicado en mujeres embarazadas.

En caso de realizarse a una mujer en periodo de lactancia, ésta debe interrumpirse durante un breve periodo de tiempo.

Durante 24-48 horas tras la administración del trazador radiactivo debe evitarse el contacto con niños pequeños y mujeres embarazadas.

9. 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.....
.....

DECLARO:

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

En..... a de de 2.....

Fdo.: Don/doña..... DNI.....

Fdo.: Dr/a..... DNI.....

Colegiado nº:

10. 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: