

1. ¿Qué es? Es un tratamiento con plasma rico en plaquetas (PRP) que es un derivado de su propia sangre, para tratar un proceso inflamatorio, mejorar las posibilidades de recuperación de una lesión ósea, cartilaginosa o músculo-tendinosa o detener la evolución de procesos degenerativos

2. ¿Cómo se realiza? Mediante la introducción del plasma rico en plaquetas o PRP) con una jeringa en una parte del organismo. El plasma rico en plaquetas se obtiene tras procesar una muestra que se le extraerá horas antes de la infiltración. El procesado lo realiza un facultativo en la consulta o en el laboratorio del hospital. El proceso extrae de la sangre las plaquetas y los factores de crecimiento que están en su interior, para que, ya concentrados en un volumen menor, se apliquen en la zona de su lesión. El PRP se puede administrar mediante infiltración en la propia consulta guiada por referencias anatómicas o bien con guía ecográfica. Si la inyección se localiza dentro de la articulación, es conveniente que efectúe reposo durante 24-48 horas para disminuir el riesgo de aumento de la inflamación articular.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?

- **Frecuentes (más del 10%):** dolor transitorio en la zona infiltrada, lesión de vasos adyacentes, lesión de nervios adyacentes, lesión de los tendones adyacentes, irritación de la articulación con inflamación de la misma, problemas cutáneos, nódulos o abultamientos.
- **Infrecuentes (menos de 10%):** a pesar de las medidas de asepsia empleadas puede producirse infección en la zona de la infiltración, también se han descrito síncope, mareo, dolor de cabeza, náuseas, gastritis, sudoración y taquicardia.

4. Consecuencias previsibles de su realización: aliviar o suprimir el dolor y las manifestaciones inflamatorias, prevenir o recuperar la limitación funcional, acelerar la evolución favorable del proceso, detener la evolución de procesos degenerativos y disminuir o eliminar la necesidad de tratamientos más agresivos o con posibles efectos secundarios.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: la no realización puede provocar persistencia y/o progresión de la sintomatología por la que consultó.

6. Alternativas: con los mismos objetivos terapéuticos pueden utilizarse, vía oral o intramuscular, fármacos analgésicos-antinflamatorios (AINE), siempre que no haya alergias o contraindicaciones al uso de los mismos. También pueden ser indicadas, en algunos casos y según criterio del médico especialista, determinadas técnicas electroterápicas. Según los casos, el uso del frío o de calor así como el reposo de la zona puede ser eficaz en el control de los síntomas.

7. Riesgos en función de su situación: además de los riesgos descritos anteriormente, por sus circunstancias personales, existen otros riesgos por lo que es imprescindible informar al profesional de los siguientes estados: toma de antiagregantes o anticoagulantes, alteraciones de la coagulación, embarazo, inmadurez esquelética o estados cancerígenos o tumorales.

Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE	
DNI	Nº SIP	FECHA DE NACIMIENTO	

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NÚM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

AUTORIZACIONES:

Declaro que se me ha explicado el procedimiento. He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento y que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato.

AUTORIZO LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO

NO AUTORIZO

AUTORIZO LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

NO AUTORIZO

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

REVOCAIONES:

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO prestado en fecha _____

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS prestado en fecha _____

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN:

Expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello impida que pueda dar mi consentimiento para la realización de este procedimiento, tal como he firmado en el apartado anterior.

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma: