

SERVICIO:		Nº Historia Clínica:	
Unidad:		Nombre Paciente:	
Habitación:	Cama:	Fecha Nacimiento:	Sexo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PULSOS INTRAVENOSOS DE GLUCOCORTICOIDES ESPECIALIDAD DE REUMATOLOGÍA

*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

DESEO QUE LA INFORMACIÓN de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre "MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO" para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Los corticoides son medicamentos que tienen una acción antiinflamatoria potente y, además, actúan sobre el sistema inmunitario del organismo. Se usan, entre otros, para el tratamiento de algunas enfermedades reumáticas.

Los pulsos consisten en administrar por vía intravenosa dosis muy altas de corticoides (0.5-1 gr de metilprednisolona). Estas dosis son mucho más elevadas que las que habitualmente se administran por vía oral.

El tratamiento se administra por vía intravenosa en un suero que contiene la medicación, estando el paciente ingresado en el Hospital de Día.

La duración aproximada es de 30-60 minutos.

Generalmente se administran 3 dosis en 3 días consecutivos.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Se pretende conseguir mayor eficacia en el tratamiento de situaciones graves o de afectación de órganos importantes que pueden darse en el curso de alguna enfermedades reumáticas.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Los corticoides orales y otros fármacos inmunosupresores, que actúan con menor rapidez y/o eficacia. Se ofrece este tratamiento porque pensamos que es el más idóneo en el momento actual para su enfermedad.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Los pulsos de corticoides, se le están poniendo porque su enfermedad requiere en este momento un tratamiento eficaz y que actúe con rapidez, lo que repercutirá en su bienestar.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Las alternativas nos ofrecen soluciones menos rápidas y eficaces, por lo que la respuesta al tratamiento se prevé proporcional al tratamiento empleado.

RIESGOS FRECUENTES

Los efectos secundarios de los corticoides son muchos y variados, entre ellos destacan:

1. Cardiovasculares: elevación de tensión arterial, arritmia, hipopotasemia, retención de sodio y líquidos, con aparición secundaria de edemas.

2. Obesidad con fenotipo cushingoides.

3. Descompensación de glucemia. Diabetes secundaria.

4. Osteoporosis corticoidea.

5. Trastornos digestivos: náuseas, vómitos

6. Retraso en la cicatrización de heridas. Aumento de fragilidad capilar.

7. Aparición de estrías cutáneas y aumento de vello.
8. Amenorrea en mujeres. Impotencia en hombres.
9. Mayor predisposición a infecciones. Reactivación de infecciones antiguas.
10. Cefalea, mareo, vértigos. Debilidad muscular.
11. Trastornos oculares por aparición de cataratas.

RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

1. Insuficiencia cardíaca, si existe patología subyacente.
2. Necrosis avasculares (cabeza femoral y/o humeral).
3. Hemorragia digestiva.
4. Muerte súbita.

RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES

Además de los riesgos anteriormente citados por la/s enfermedad/es que padece puede presentar otras complicaciones:.....
.....

CONTRAINDICACIONES

Actualmente no se conocen contraindicaciones absolutas.

PACIENTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
MÉDICO RESPONSABLE DR D/D^a			
DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA