

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EMBOLIZACIÓN DE VARICES

### EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La embolización de varices es un procedimiento que consiste en pinchar una vena (variz), de la pierna afectada, con una aguja fina por donde se introduce una cantidad variable de líquido (material embolizante), para taponar los vasos sanguíneos afectados e interrumpir la circulación sanguínea.

Este procedimiento no necesita anestesia.

La finalidad es tratar el problema de las varices y sus síntomas.

### 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:

- Sangrado o trombosis (coágulo) de la vena puncionada.
- Hematoma en el lugar de punción.
- Obstrucción de vasos sanguíneos en lugares u órganos no deseados (embolia).
- Salida del material embolizante durante la inyección (extravasación), que puede producir dolor, la mayoría de las veces sin consecuencias.
- En ocasiones queda una tinción marrón que suele desaparecer con el paso del tiempo.
- Reacción alérgica al material embolizante utilizado en el procedimiento.
- El empleo de rayos X puede originar efectos adversos en el organismo, incluido un riesgo muy bajo de producir cáncer. Los beneficios de la prueba son mayores que estos efectos y en cualquier caso se utilizará la dosis mínima necesaria para completar el objetivo de la intervención.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

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

### 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.

*Informe a su médico si está embarazada o sospecha que pueda estarlo, así como si está en periodo de lactancia. De estar presentes deben ser consideradas según las características del paciente y el beneficio/riesgo de la técnica a realizar.*

### CONTRAINDICACIONES

No tiene

### ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otra alternativa a la técnica es:

- Cirugía.

### AUTORIZACIÓN PARA “EMBOIZACIÓN DE VARICES”

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<sup>a</sup>. , 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.

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: