

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EMBOLIZACIÓN DE VARICOCELE

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El varicocele es una dilatación de las venas que rodean al testículo. La técnica de embolización consiste en cerrar estas venas.

Bajo anestesia local, se pincha una vena, generalmente en la ingle por donde se introduce un tubo muy fino (catéter) para inyectar un medio de contraste, que nos va a permitir ver los vasos sanguíneos que queremos estudiar mediante radiografías. Una vez localizado el sitio deseado (vena espermiática), se introducen sustancias embolizantes que interrumpen la circulación de la sangre para ocluirla.

Los agentes embolizantes son de diversos tipos, espirales metálicas (coils), tapones de nitinol, agentes líquidos y esclerosantes. Todos ellos son efectivos y será su médico el que decida cuál es el más idóneo en su caso.

La finalidad de la técnica es tratar el varicocele 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:

- Dolor en el lugar de punción.
- Hinchazón del testículo por inflamación de las venas tratadas (tromboflebitis).
- Sangrado o trombosis (coágulo) de la vena puncionada.
- Hematoma en el lugar de punción.
- De forma excepcional puede ocurrir que algunas de las espirales metálicas (coils) se desplacen y se alojen en un sitio no deseado.
- Reacción alérgica, intolerancia o alteración de la función renal por el contraste administrado.
- 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. Por la complejidad del procedimiento pueden ser necesarios niveles altos de radiación, con un bajo riesgo adicional de lesiones en piel (enrojecimiento, quemaduras o depilación). Si se usan niveles altos de radiación será advertido para que vigile la posible aparición de los efectos mencionados y realizarle un seguimiento. 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.



NOMBRE Y APELLIDOS.....
 FECHA DE NACIMIENTO.....
 CIP AUTONÓMICO.....
 Nº Htª CLÍNICA.....
 NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

Servicio de Radiología

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, si es alérgico al contraste o tiene insuficiencia renal. De estar presentes deben ser consideradas según las características del paciente y el beneficio/riesgo de la técnica a realizar.

CONTRAINDICACIONES

- Reacciones anafilácticas graves a medios de contraste radiográficos.
- Trastornos graves de coagulación no corregibles.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

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

- Ligar la vena espermática mediante cirugía.

AUTORIZACIÓN PARA “EMBOLIZACIÓN DE VARICOCELE”

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./Dª. _____, 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:



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

Servicio de Radiología

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: